

UNA PARADOJA DE LAS
POLITICAS "PROGRESISTAS"
POR RUBEN TORRES

PLANIFICACION ESTRATEGICA
PROSPECTIVA EN SALUD
POR IGNACIO KATZ

 universal
assistance

LA REVISTA DE SALUD
Y CALIDAD DE VIDA

Médicos

AÑO IX - Nº 48 - 2008 - \$10

Medicina Global

SANATORIO ANCHORENA

El Ave Fénix de la salud



>> Nuestro compromiso es con la vida.

 GALENO



**universal
assistance**

somos asistencia

**YO ELIJO VIAJAR
TRANQUILO**



www.universal-assistance.com



HAY MÁS DE UN MILLÓN
DE ARGENTINOS
SOPLANDO BIEN FUERTE

35 años

Cuando un grupo de personas decide cooperar,
los objetivos se logran. Hace 35 años nos propusimos brindar
en cada uno de nuestros proyectos solidez, calidad y confianza.
Hoy, gracias a más de un millón de argentinos
que nos acompañan, podemos cumplir ese sueño.

Cumplimos 35 años. Y entre todos queremos festejarlo.



OSDE

GRUPO OSDE. UN GRUPO DE PERSONAS.

**Amar la vida
es Construir Salud.**

Nueva Sala de Hemodinamia

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



Nueva Sala de Neonatología

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



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

SANATORIO FRANCHIN
Alta complejidad e internación
Bv. Nive 3545, Capital Federal

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

La salud al alcance de todos.

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



ASSIST-CARD LE BRINDA LA TRANQUILIDAD
Y EXPERIENCIA EN ASISTENCIA AL VIAJERO
QUE USTED NECESITA

DIVISIÓN SA+UD



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



Lejos... la mejor compañía

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Nuevos E-Mails:

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

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Yamila Bêgné
(Redacción),
Pablo González (Fotografía),
Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLOS
TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

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

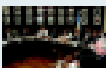
ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados
Estudio Jurídico
Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792 - Fax: 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Preimpresión e impresión: Artes Gráficas Buschi S.A., Ferré 2250/52, (1437) Buenos Aires.

SUMARIO



Breves

La ministra Ocaña se reunió con sus pares provinciales



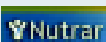
La Superintendencia oficializó la puesta en marcha de los planes de prevención

8



Novedades

Novo Nordisk, la segunda mejor empresa para trabajar



Nutrar.com, prevención y salud plena

10



Actualidad

"Defenderemos el derecho a la libre elección de Obra Social"

12



Nota de tapa

Sanatorio Anchorena: El Ave Fénix de la salud

14



Voces

La farmacia: un espacio sanitario

20



Voces

Una paradoja de las políticas "progresistas"

22



Columna

Planificación estratégica prospectiva en salud

24



Prestadores

Actualidad y asignaturas pendientes

26



"No vislumbro un cambio radical en las políticas hacia nuestro sector"

28



El desfase entre ingresos y costos

30



"Es necesario una Ley Federal de Salud"

32



Seguros

Praxis Médica: la necesidad de asegurarse

34



Tendencias

Premios a los comportamientos saludables y castigo a los "riesgosos"

36



Informe Especial

¿Cuánto cuestan, cuándo y por qué llegan los reclamos por mala praxis médica?

38



Programas solidarios

"Cosechando Fortalezas" Huerta y personas en diálisis

42



Opinión

Costos médicos: qué se espera a nivel mundial en materia de incrementos

44



Medicina Prepaga Corporativa

Un verano caliente

46



Columna

Conmutativos y aleatorios

48



Opinión

LA SALUD... ¿Un derecho inalienable?

50



Grageas

52-53-54-56

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



Porque creemos
que tiene un futuro
por construir,
queremos cuidarla.

Retirar los mangos de las cacerolas hacia atrás cuando estén en el fuego
y apartar los objetos calientes del borde de la mesa, previene de posibles quemaduras.

Cuidamos la salud, siempre.

0800-345- **andar** 2 6 3 2 7



Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

S.S. Salud 0800-222-72583 - Moreno 2045 - Cdad. Aut. de Bs. As. Cód. O.S. (1-2210-4) www.andar.org.ar

andar

La ministra Ocaña se reunió con sus pares provinciales

La funcionaria presidió la 1ª Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud (COFESA), que se llevó a cabo en la sede de la cartera sanitaria nacional.



Espero que esta reunión sea el comienzo de un proceso que nos permita decir, cuando concluya nuestro mandato, que hemos cambiado la salud de los argentinos", expresó la ministra de Salud de la Nación, Graciela Ocaña, quien presidió los días 21 y 22 de febrero la 1ª Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud (COFESA), de la que participaron los responsables del área de Salud de las 24 provincias argentinas.

Asimismo, la ministra señaló que "es necesario coordinar las políticas públicas de salud de la Nación con las provincias y los municipios para lograr una mejor cobertura sanitaria", y agregó que "hoy esas políticas no están suficientemente arti-



culadas como para llegar a ver los resultados que anhelamos, y ahí está el gran desafío".

Durante el encuentro -que se desarrolló en la sede de la cartera sanitaria nacional- los ministros provinciales expusieron sobre los lineamientos principales de la política sanitaria jurisdiccional, los problemas

prioritarios para la provincia y la visión sobre la implementación de los programas nacionales.

Además, Ocaña y los secretarios de Promoción y Programas Sanitarios, Juan Carlos Nadalich; de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Alberto Hernández; y de Políticas, Regulación e Institutos, Carlos Soratti, presentaron los lineamientos y programas priorizados de la política sanitaria en la etapa actual.

Por su parte, el Dr. Hugo Fernández, director nacional de Prevención de Enfermedades y Riesgos del ministerio, presentó un informe detallado sobre la situación y las acciones preventivas que se están desarrollando en el país contra la fiebre amarilla. □

La Superintendencia oficializó la puesta en marcha de los planes de prevención



Durante el mes de febrero fueron convocadas sucesivamente las Obras Sociales beneficiadas con la puesta en marcha de los Planes de Prevención de aplicación para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, aprobados por la resolución 806/07. La primera reunión informativa contó con la presencia del Superintendente de Servicios de Salud Héctor Adrián Capaccioli, el Gerente General del Organismo Dr. José Bustos, los Dres. Oscar Cochlar y Fernando Scopinaro, Gerente y Subgerente, respectivamente, de Gestión Estratégica, el Sr. Jorge Duarte, Subgerente de Control Económico Financiero y los representantes de 10 Obras Sociales invitadas a esta primera convocatoria.

Héctor Capaccioli explicó los alcances de la resolución 806/07 y destacó la necesidad de avanzar más allá de las obligaciones que impone el tratamiento de la enfermedad de la población beneficiaria.

En este sentido señaló que "estos planes de prevención hablan de políticas activas para tener datos estadísticos y políticas de prevención que hagan que en el futuro podamos evitar patologías relacionadas con la hipertensión arterial, el colesterol, la diabetes, el cáncer de cuello de útero

y de colon y tantas otras que pueden prevenirse con políticas adecuadas que garanticen la calidad de vida de nuestra población".

Por otra parte Capaccioli explicó: "Estamos hablando de 15 millones de beneficiarios. En economía de escala y mirando al futuro, si podemos detectar precozmente alguna de las patologías mencionadas, habremos obtenido los resultados propuestos".

Resaltó también que en esta primera etapa, la asignación de recursos para los tratamientos que requieren las patologías que contempla el Plan Médico Obligatorio (PMO), está a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Por último enfatizó la intención de ampliar la base de sustentación de estas primeras 47 Obras Socia-

les para llegar a las casi 300 que registra el Sistema.

Posteriormente, el Gerente General del Organismo de Control José Bustos, destacó la importancia de generar reuniones periódicas a fin de llevar a cabo de la mejor manera el cumplimiento de la resolución 806/2007, sobre todo en sus aspectos operativos, jurídicos y técnicos.

"El objetivo -señaló Bustos- es poder coordinar acciones conjuntas con las Obras Sociales para hacer eficiente los procesos y ahorrar costos. No parece razonable que las 47 obras sociales favorecidas en este primer sorteo hagan la difusión separadamente sino que pensamos que deberían unificarse los esfuerzos en este sentido".

A continuación, los Dres. Cochlar y Scopinaro, responsables de la recaudación de datos y de la rendición de los mismos, se refirieron a los aspectos técnicos y operativos de esta primera etapa.

Por su parte, los representantes de las Obras Sociales invitadas aportaron sus puntos de vista y debatieron juntamente con los funcionarios de la Superintendencia sobre los diferentes aspectos que hacen a la implementación de los Planes de Prevención aprobados. □



NOVARTIS
1996-2006
10 AÑOS



Cuidamos y Curamos

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

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

De acuerdo con el ranking Great Place to Work®

Novo Nordisk, la segunda mejor empresa para trabajar

Novo Nordisk Pharma Argentina ha sido seleccionada como la segunda mejor empresa para trabajar en la Argentina, según el ranking del año 2007 elaborado por The Great Place to Work Institute, a través de una encuesta realizada entre más de 52 mil empleados de 120 firmas.

Para la clasificación, el Instituto Great Place to Work utiliza una metodología en la que se encuesta a los empleados acerca del nivel de confianza y la calidad de las relaciones que existen entre ellos y la gerencia, buscando identificar cuáles son aquellas empresas que representan los mejores lugares para trabajar.

Novo Nordisk, una compañía farmacéutica de origen danés, se ubicó por 4º año consecutivo entre las 6 primeras empresas: 6º en 2004, 3º en 2005, 4º puesto en 2006, y segunda en 2007, compartiendo el podio con American Express (1º) y MercadoLibre.com (3º).

"En Novo Nordisk estamos orgullosos por este reconocimiento que reafir-

ma nuestro constante compromiso con todos los empleados. Es política del laboratorio llevar adelante una medición del clima laboral y de la satisfacción, para detectar rápidamente las áreas sobre las que debemos trabajar más", afirmó Flavio Devoto, Gerente General de la compañía.

"Desarrollamos diferentes iniciativas con el objetivo de mantener motivado al personal, ya que estamos convencidos de que ese es el mejor camino para obtener mejores resultados. La búsqueda del equilibrio entre la vida laboral y la personal también es una de nuestras preocupaciones. Asimismo, es importante destacar el sistema de remuneración variable en función



de la performance de la compañía, para todos los niveles, y el reconocimiento de los logros", concluyó Devoto.

El ranking Great Place to Work® comenzó a realizarse en la Argentina en 2002 y utiliza una metodología que se implementa en 30 países del mundo. En 2007 participaron de la encuesta más de 52 mil empleados de 120 empresas: éstos expresaron su opinión sobre la calidad de sus ambientes laborales a través de encuestas anónimas. Para la elaboración del ranking, las respuestas de los empleados se ponderan con un 75% y el 25% restante surge del análisis de las políticas de Recursos Humanos declaradas por las propias compañías.

ACERCA DE NOVO NORDISK

Novo Nordisk es una compañía dedicada al cuidado de la salud, y es líder mundial en el tratamiento de la diabetes. La empresa cuenta con la más amplia cartera de productos para el tratamiento de la diabetes, y ofrece los más avanzados sistemas en el área de los suministros de insulina. Asimismo, goza de una posición líder en áreas tales como manejo de la hemostasia, terapias con hormona de crecimiento, y terapias de reemplazo hormonal. □

Nutrar.com, prevención y salud plena

GARANTIA MEDICA S.A. adquirió en el mes de octubre de 2007 el sitio **NUTRAR.COM**, portal que ofrece recursos para el conocimiento de los últimos avances científicos, técnicos y comerciales orientados al campo de la prevención primaria y secundaria de enfermedades, prevención de adicciones, la alimentación, la nutrición, la actividad física y todas las medidas que tienen que ver con el cuidado de la salud.

Este sitio destina diferentes espacios para el desarrollo profesional más allá de las fronteras clásicas, establece relaciones con el mundo del trabajo y mantiene una fuerte vinculación con los actores del sistema educativo y del sistema de salud, estimulando el debate y la comunicación y actuando como nexo con la comunidad.

La Misión de la compañía consiste en brindar a la sociedad, profesionales, empresas e instituciones información, divulgación, actualización científica y capacitación a través de la utilización de soluciones tecnológicas innovadoras.

Para tal fin, **NUTRAR.COM**



cuenta con 2 herramientas principales:

Una plataforma de educación a distancia a disposición de las organizaciones públicas y privadas tanto en el área de la educación como de la salud para capacitar y actualizar conocimientos dirigidos al personal docente, profesionales, agentes sanitarios y administrativos tanto de la Capital como del interior del país en los temas vinculados con la prevención y la salud plena.

Una base de datos de más de 10.000 contenidos, entre notas, noticias, reportajes y artículos de interés.

PERFIL DEL SITIO

El sitio cuenta con 250.000 visitas mensuales y 54.000 usuarios registrados, entre los cuales el 52%

son profesionales y el resto, una numerosa comunidad de interesados por temas vinculados a la salud a través de Internet. La mayoría de los usuarios registrados tienen edades de entre 18 y 50 años y reciben un mail semanal con las actualizaciones de los contenidos que se publican en el sitio.

A su vez, más del 50% de las visitas provienen de la Argentina, y el resto pertenecen a países de habla hispana (España, México, países latinoamericanos, y población de habla hispana de los Estados Unidos de Norteamérica). El sitio está nombrado 25.800 veces en el buscador Google donde se hace referencia a muchos de sus contenidos.

ACUERDOS

NUTRAR.COM tiene suscriptos convenios de reciprocidad con la Universidad Maimónides, Sociedad Argentina de Nutrición, ONG Legión de la Buena Voluntad, Fundación de las Américas y está próximo a suscribir acuerdos de intercambio de contenidos con importantes organizaciones científicas del país y del extranjero. □

Premio CA.DI.ME. de Salud

Tercera Edición: 2007/2008

La Atención Primaria de la Salud El Rol del Sector de Diagnóstico y Tratamiento Médico

La Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico convoca a la Tercera Edición de este concurso de trabajos de investigación sobre el sistema de salud argentino, con el objetivo central de estimular el análisis, las reflexiones y el diseño de propuestas que aporten concretamente a la optimización de los resultados en materia sanitaria.

CA.DI.ME reconoce y prioriza la estrategia de la Atención Primaria como medio de extender la cobertura de salud de la población, priorizando una economía de la prevención a una de la enfermedad, mediante la articulación de los efectores públicos y privados.

JURADO

Prof. Dr. Alfredo Buzzi.

Decano de la Facultad de Medicina. U.B.A.

Dr. Jorge Lemus.

*Director del Hospital Gral. de Agudos
"Juan Antonio Fernández"*

Dra. Elsa Moreno.

Académica en Salud Pública.

Dr. Martín A. Morgenstern.

*Dr. Econ. Secretario Científico AES,
Investigador y Profesor titular Economía
de la Salud y Financiamiento y Gasto Social ISALUD.*

Dr. Ricardo Rezzónico.

*Secretario Legal y Técnico del Instituto de Cardiología y
Cirugía Cardiovascular de la Fundación Paralore.*

Mag. Arturo Schweiger.

Presidente Asociación de Economía de la Salud.

Dr. Donato Spaccavento.

*Presidente de la Fundación
Hospital General de Agudos "Cosme Argerich"*

Dr. Juan Hector Sylvestre Begnis.

*Presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública
de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación.*

Dr. Néstor Vázquez.

Director Profesor Titular Escuela de Salud Pública. U.B.A.



REQUERIMIENTOS:

El trabajo debe ser presentado por autores que desarrollen sus actividades en el ámbito de la República Argentina. Deben ser inéditos. Podrán tener uno o más autores.

INFORMES y ENTREGA de TRABAJOS:

CA.DI.ME. - Rivadavia 926 Piso 6 Oficina 611
(1002) Ciudad Autónoma de Bs As.

Teléfono: 5235-7200

cadime@cadime.com.ar - www.cadime.com.ar

Coordinador Premio: Dr. Atilio E. Giordano.

*"No hay desarrollo sustentable
sin una atención de salud
inclusiva y equitativa
de toda la población"*



PREMIO:
Diploma de Honor
y \$5.000.

Presentación de Trabajos:
Hasta el 31 de marzo de 2008

ENTREGA:
Acto Público
Mayo 2008

Reportaje al Dr. Jorge Gilardi, Presidente de la Asociación de Médicos Municipales de la CBA.

“Defenderemos el derecho a la libre elección de Obra Social”

El Dr. Gilardi ratifica la posición histórica de la AMM a favor de la libre elección de la obra social y el cumplimiento de la ley que establece la desregulación de la ObSBA.

¿Cuál es la postura de la AMM con respecto a la desregulación de la ObSBA?

Nosotros ratificamos la posición histórica de la AMM expresada tanto por las luchas gremiales como por las acciones judiciales realizadas a partir del año 2000 a favor de la libre elección de la obra social. Siempre nos hemos comprometido ante los médicos de la Ciudad para mantener la guardia alta y el espíritu gremial alerta, para evitar cualquier nueva frustración de un derecho que entendemos válido y legítimo de nuestros asociados.

Todo esto se ha visto reflejado en los distintos frentes de nuestro accionar gremial. Entre otras medidas, hemos presentado en diciembre de 2002 junto con docentes, Femeca y profesionales no médicos más de 25.000 firmas al entonces Jefe de Gobierno para que se respete el derecho a la libre elección, habiendo retirado, por mandato de nuestro Consejo Central, nuestro representante del Consejo Directivo de la obra social, realizamos un acto en la ex Casa Cuna en el que reunimos a más de 3.000 profesionales y exigimos en todo momento que se dé cumplimiento a los términos de la ley o las acciones judiciales encaradas.

¿Cuáles son las principales gestiones gremiales que vienen llevando a cabo?

El Comité Ejecutivo mantiene reuniones con representantes de las áreas de Hacienda y Salud del GCBA en las que ha planteado, entre otros temas pendientes, un nuevo reclamo por el salario y las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Por otro lado, a partir de las gestiones que realizamos, se efectivizaron 60 nombramientos de anestesiólogos de guardia y de planta de los distintos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Además, se elevaron al Ministerio de Hacienda 136 cargos pendientes de jefes, firmados por el Ministro de Salud. Este debería ser el inicio del cumplimiento, por parte de este Ministerio, de implementar el reclamo gremial por las designaciones pendientes.



logos de guardia y de planta de los distintos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Además, se elevaron al Ministerio de Hacienda 136 cargos pendientes de jefes, firmados por el Ministro de Salud. Este debería ser el inicio del cumplimiento, por parte de este Ministerio, de implementar el reclamo gremial por las designaciones pendientes.

En cuanto al reclamo histórico de la titularización de cargos, ¿en qué etapa se encuentran las gestiones gremiales?

Estamos manteniendo reuniones permanentes ante el Ejecutivo y el Legislativo para que se presente un proyecto de ley de titularización de los cargos interinos tanto de ejecución como de conducción. □

LA AMM Y LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL UN SISTEMA DE COBERTURA NACIONAL

El sistema de cobertura por responsabilidad profesional de la AMM cuenta con una muy amplia inserción en todo el país. El Dr. Jorge Iapichino, Secretario de Hacienda de la AMM, destaca la importancia de los convenios que la entidad ha suscripto con numerosas instituciones médicas del interior del país: “El impacto social, sanitario y económico de la llamada *industria del juicio* por presunta mala praxis es innegable. El ejercicio de la profesión médica se ha visto afectado en varios de sus aspectos: humano, científico, asistencial. En nuestro país, si bien existen realidades diferentes, todos los médicos se ven afectados. Para acercar posiciones, todos los años realizamos una jornada que cuenta con la presencia de las delegaciones de veinte provincias argentinas con las que hemos firmado convenios para brindarles cobertura legal. Esta actividad enriquece el debate y permite un intercambio de experiencias interesante y esclarecedor. En noviembre del año pasado realizamos el último encuentro, que fue un éxito de convocatoria. Allí, entre otros temas, quedó claro que el aumento de las demandas por presunta mala praxis se vuelve contra la sociedad misma y se traduce en una constante alza en los costos de salud y, lo que resulta más grave aún, en la ruptura de la confianza mutua que debe primar en toda relación médico-paciente”. Jorge Iapichino aclara que la presencia de la AMM en las entidades médicas provinciales, es constante: “Además de la jornada, nos reunimos con regularidad para conocer las situaciones especiales que se viven en las diferentes instituciones y acercamos programas de capacitación con el fin de establecer estrategias de prevención tendientes a evitar muchos de los casos más habituales a los que los médicos y las instituciones se enfrentan”.

LEY N° 2.155 - EFECTORES DE SALUD - VACANTES

La AMM realiza gestiones ante la Dirección General de Recursos Humanos para que se reglamente y entre en vigencia la ley 2.155 que establece que las vacantes con partida presupuestaria (al momento del dictado de la ley y las producidas con posterioridad) pueden ser cubiertas por resolución del Director del hospital de acuerdo a los procedimientos de selección interna vigentes.

MediAr

medicina de argentina

5 años

**El complemento ideal
para su empresa de salud**

Alta complejidad

Sistema Nacional de Prestaciones

Call Center Especializado en Salud

0800 222 MEDIAR

6 3 3 4 2 7

www.medi-ar.com.ar

SANATORIO ANCHORENA

El Ave Fénix de la salud

El sindicato UPCN (Unión del Personal Civil de la Nación) y su Obra Social, Unión Personal, lograron que el Sanatorio Anchorena resurgiera de las cenizas como el Ave Fénix. El Lic. Sergio Cassinotti, presidente de la Obra Social, cuenta cómo, tras haber efectuado su compra en el año 2003, remodelaron y acondicionaron este antiguo edificio de 14.000 m² para transformarlo en una moderna y funcional institución con la misión de "brindar un nivel médico y científico superior, cuidando proveer la más alta calidad en el servicio".



Cuando el objetivo es grande, grande también es el orgullo que se siente al verlo cumplido. Pero cuando todos apuestan a que se trata de una causa perdida, ese orgullo crece todavía más. Y orgullo es lo que se respira al caminar por los pasillos del Sanatorio que se levanta en Anchorena y Peña, una de las esquinas más codiciadas de Capital Federal. Es que cuando en el año 2000 la quiebra se apoderó del tradicional Sanatorio Anchorena nadie pensó que sería posible recuperarlo, y aún más, cuando en el 2003 lo

compró un sindicato -y no un holding constructor o una empresa multinacional, como suele ocurrir en estos casos- los agoreros de siempre dejaban escapar una sonrisa.

Veintidós oferentes se presentaron en aquel momento al remate judicial para adquirir el edificio. Entre ellos Swiss Medical, el grupo SPM, la constructora IRSA y otros inversores nacionales y extranjeros, en su mayoría empresas de la construcción. Es que el inmueble estaba emplazado en una de las esquinas más cotizadas de la Ciu-

dad de Buenos Aires. La compra se hizo por 14,5 millones de pesos.

Hoy el Sanatorio Anchorena reabre sus puertas y es el orgullo de Unión del Personal Civil de la Nación.

El licenciado Sergio Cassinotti, presidente de la obra social Unión Personal, sentado frente a nosotros se transforma en el portavoz de ese orgullo, y nos hace saber que se trata de un logro compartido: *"que una Obra Social sindical, en conjunto con un Gremio, pueda desarrollar semejante proyecto no es muy común. Y esto es una continuidad, no se trata de una sola gestión. Yo hace ya cinco años que estoy como presidente pero esto ya venía de antes y por suerte armamos un buen equipo de trabajo, en el que se discute y se analiza mucho. Discutimos pero vamos para adelante. Pero, indudablemente, sin el apoyo del gremio, no podría llevarse a cabo".*

¿Por qué decidieron la compra del edificio?

La compra surgió, un poco, porque vislumbramos que si la crisis laboral se empezaba a revertir y la gente comenzaba a reincorporarse al sistema de seguridad social iba a haber serias dificultades con la disponibilidad de camas -hoy es uno de los principales problemas del sector- y también para no depender únicamente de prestadores de terceros, comentó el Licenciado. No-

sotros habíamos hecho nuestra primera experiencia con el Instituto Quirúrgico del Callao, inaugurado en 1998, con muy buen resultado: se realizaban en ese momento ochocientas cirugías mensuales. También inauguramos un centro ambulatorio propio, que es el Centro Médico Accord, donde se realizan unas 15.000 consultas. Para completar esta trilogía decidimos tener un sanatorio tradicional propio, que incluyera servicios de altísima complejidad y que pudiera hacer frente a internaciones de largo plazo. Se buscó un sanatorio bien ubicado y conocido, y el Anchorena es un Sanatorio que la gente recuerda con mucho cariño: nadie se acuerda de los últimos dos años que fueron difíciles para el sanatorio, que incluso tuvo un incendio en uno de sus pisos.

Lic. Sergio Cassinotti,
presidente de Unión
Personal.



LA OBRA:

El objetivo del proyecto fue mantener el basamento original de dos niveles, un subsuelo y seis plantas, para lo que se reciclaron 7.500 m², se demolieron 5.000 m² y se construyeron otros 8.000 m². De este modo, el sanatorio tiene en la actualidad una disponibilidad total de 200 camas.

Las unidades de interacción fueron ampliadas, las áreas de complejidad del sanatorio, como las salas de imágenes, guardia, quirófanos, terapias, neonatología, etcétera, se ejecutaron sobre estructuras realizadas totalmente a nuevo, diseñadas con criterios de resistencia y flexibilidad según las funciones. El mismo criterio se utilizó para la construcción de los dos núcleos principales de circulación vertical, resueltos con dos escaleras nuevas y 15 ascensores, también nuevos.

Además, se diseñó un sistema de control inteligente BMS Building System, que comandará todos los equipos de seguridad. Se instalaron sistemas antiincendio con rociadores (sprinklers) en todos los ambientes.

"La experiencia de haber tenido ya otro Centro (aunque no fuera de larga estadía) nos permitió mirar con más profundidad todo lo que es circuitos: cómo se iba a manejar el

marcamos diferencia
en lo que hacemos

INTEREXP

CONSULTORA DE SALUD

INTEREXP S.A. es la única empresa que brinda asesoramiento y gestión integral para la tramitación de expedientes ante la Administración de Programas Especiales, con la finalidad de maximizar las posibilidades de recupero de las diferentes prestaciones que por su alto costo, inciden desfavorablemente en la situación económico-financiera de la seguridad social.

info@interexp.com.ar | www.interexp.com.ar

Paraguay 419 4º 40 (C1057AAC) Buenos Aires, República Argentina - teléfono: (+54 11) 5031-1551/1555



instrumental, cómo se iban a mover los medicamentos, cómo se iban a trasladar los pacientes", cuenta Cassinotti. "Pudimos ver con más claridad el hecho de que debíamos hacer doble circulación donde correspondía y de que los quirófanos debían ser muy funcionales, sin trabas de ningún tipo".

También se modificó el sector de guardia, otorgándole un espacio preponderante en la planta baja, con once consultorios de guardia. "Una ciudad como Buenos Aires, con su violencia y sus accidentes, necesita guardias fuertes" argumenta Cassinotti "Lo vimos como una necesidad no sólo de nuestros afiliados, sino también de la ciudad".

Se destaca, además, el sector de terapia pediátrica "nosotros queríamos desarrollarlo pese a los que dicen que no es conveniente económicamente. Desde nuestro punto de vista tenía que estar, por el servicio que se le va a brindar a nuestra población y a la que nos contrate. Por eso desarrollamos terapias neo y pediátrica muy importantes, con muchísimo equipamiento" cuenta el directivo.

Al mismo tiempo, el edificio recuperó hacia el interior de la manzana un pulmón verde adonde dan todas las habitaciones internas, y enfrente, en la intersección de Anchorena y la avenida Pueyrredón, se creó una plaza pública que integra el interior del sanatorio al exterior.

El proyecto arquitectónico fue llevado a cabo por el estudio GRM y la empresa constructora interviniente fue Caputo S.A.

LA INVERSION

Además de la compra del edificio la obra requirió una fuerte inversión en equipamiento. "Fue un trabajo en conjunto que hicimos entre UPCN y la Obra Social. Un trabajo de equipo: ellos compraron el edificio e hicieron la obra y nosotros pusimos el equipamiento y, por supuesto, lo vamos a gestionar". La Obra Social invirtió 10 millones de dólares: siete millones en equipamiento



miento médico y tres millones en mobiliario e infraestructura. "Cuenta con angiógrafos, resonadores, tecnología en quirófanos, etc. Nosotros creemos que hoy en día es el Sanatorio mejor equipado de Buenos Aires y de la Argentina. Algunos incluso dicen que de Latinoamérica", asegura. "Hay dos maneras de llevar adelante una obra así: comprar lo más económico o adquirir equipamiento pensando a futuro. Un Sanatorio de esta envergadura, bien ubicado y que cuenta con el cariño de la gente, uno lo arma para desarrollarlo y que crezca".

PARA UP Y PARA TODOS

La Obra Social va a utilizar el sanatorio para la demanda de sus

propios afiliados, pero también van a brindar servicios a otras obras sociales y a la medicina privada. Asimismo, continuarán utilizando servicios de terceros. Cassinotti lo explica de este modo:

"Nosotros tenemos más de 200 pacientes internados por día en el área metropolitana. Y alrededor de 70 clínicas y sanatorios contratados en esa área. Esos sanatorios van a seguir trabajando con nosotros. En el Anchorena calculamos que vamos a destinar 80 o 90 camas de esas 200 para uso de la obra social porque hemos tenido dificultades. Y no sólo nosotros las hemos tenido, sino todos los financiadores durante los dos últimos años. Y nos sigue pasando que, por ejemplo, un paciente de Capital tiene que ser derivado al Gran Bs. As. o viceversa según la situación".

Con el resto de la capacidad del sanatorio, la idea de la Obra Social es "poder comercializarlo como hicimos con el Callao, en donde tuvimos muy buenos resultados: la mitad de su capacidad se vende a distintos financiadores o a médicos privados que realizan cirugías. Sabemos que hay varios que están muy interesados en contratar camas. La idea es poder acordar con ellos".

¿Y el personal? ¿Se podrá contratar rápidamente?

El personal se contrató ya casi todo. La dificultad es la enfermería, esto es histórico. Pero también a la gente le interesó bastante poder empezar en un Sanatorio como éste. Esto para nosotros también es una alegría: poder ofrecer más de 600 puestos de trabajo, sin contar los médicos de especialidades, es decir, contando sólo a los médicos de guardia y el personal de enfermería, recepción, administración, mucamas y mantenimiento.

TECNOLOGIA AL SERVICIO DE LA GENTE

El Sanatorio Anchorena también profundiza una práctica que se viene afianzando en todas las prestaciones de UP en los últimos tiempos: la de incorporar tecnología para simplificar las cuestiones ad-

*Protección
para quienes nos protegen*



PRUDENCIA



Compañía Argentina
de Seguros Generales S.A.

*Responsabilidad Civil Profesional de la Actividad Médica
Seguros para Profesionales e Instituciones de la Salud*

Lavalle 579 Pisos 5º, 8º y 9º - C1047AAK - Ciudad de Buenos Aires
Tel.: 5235-8816 - Fax: 5258-2840
prudencia@prudenciaseg.com.ar - www.prudenciaseg.com.ar

PRUDENCIA

ministrativas y al mismo tiempo obtener un mayor control.

"Trabajamos mucho en eliminar todas las autorizaciones innecesarias. Prestaciones como una resonancia, una tomografía, un estudio de laboratorio, una mamografía, no requieren autorización. Ahora estamos avanzando, haciendo estas mismas cosas para el interior, en donde cuesta un poco más que se acepten estos mecanismos, que sirven para facilitar el acceso".

A contramano de lo que puede suponer la visión tradicional, Cassinotti explica que esta filosofía no ocasiona mayores gastos a UP: *"Hemos comprobado que liberando estas barreras y haciendo los controles necesarios, no hemos tenido desfase de gastos. Y la satisfacción de la gente es incomparable. Es un poco romper con la lógica de la autorización que muchas instituciones todavía mantienen. Si a los médicos los contratamos nosotros, y tenemos un sistema confiable que nos permite saber qué prescribió cada médico, para qué trabar al beneficiario".*

La simplificación no la disfrutaron solo los pacientes: también alcanza a la operatoria cotidiana de los médicos. La digitalización de imágenes que se realiza en el Anchorena permite que el profesional acceda a los resultados desde el Instituto Quirúrgico del Callao y desde el Centro Médico Accord. *"La idea es operar con los médicos con que más trabajamos y tratar de que ellos también puedan ver, a través de Internet, una resonancia, un electro, una historia clínica sin necesidad ni siquiera de llevar el CD", se entusiasma. "Si uno lo ha logrado con instituciones de terceros, mucho más con una institución propia. Con todas las instituciones del área metropolitana nos manejamos a través de Internet"*

Por último, la tecnología facilita también un tema tan fundamental como es el pago a los profesionales: *"Tenemos 1.500 médicos que, cuando termina el mes, tienen la plata depositada en su cuenta por transferencia electrónica. Esto para nosotros también es mucho más rápido: se evitan 1.500 cheques que llevan tiempo de confección. Seguimos avanzando en este sentido: hacerlo con los médicos, con las farmacias, con las clínicas, con*

LA SITUACION CON LOS PRESTADORES

Mucho se habló en cada congreso y seminario de salud durante todo el año pasado, sobre la difícil relación que llevan prestadores y financiadores, de cara a los aumentos de costos y condiciones de pago. Unión Personal no es ajena a esta problemática.

¿Hubo conflictos durante el año pasado en negociaciones con prestadores?

Nosotros llegamos a acuerdos con todos. Ninguno planteó un corte. Sí hubo discusiones. Nosotros ya veníamos dando ajustes parciales, en la medida de la necesidad. Ahora, lo que a mí más me preocupa es el interior del País porque se han recibido solicitudes de incrementos disparatadas. Hubo lugares que han pedido el 70%, el 50%. Realmente me tiene sorprendido. No se entiende sobre la base de qué pautas realizan estos pedidos. Porque yo puedo entender un pedido del 20% o hasta del 25% si se desarrolló algo nuevo. Se viene primero el corte y después la discusión. Realmente no le vemos solución porque las economías de las Obras Sociales son transparentes: si entra cierta cantidad, no podés pagar disparates. Hay localidades en las que le interrumpieron servicios, de Pami para abajo, a todos. Realmente yo veo muy conflictivo el 2008 en el interior, muy conflictivo.

¿A qué creés que se debe esto?

A mí me cuesta pensar que es una recomposición, porque ésta se tiene que llevar a cabo paulatinamente. Yo entiendo que los honorarios de los médicos no estaban en el nivel que tenían que estar, pero también uno tiene que ser coherente y hacer un plan a dos o tres años y no pretender que en tres meses se lleven los salarios al nivel que tienen que estar porque eso no se puede afrontar. Del otro lado no fluyen los fondos infinitamente; uno tiene que recaudar porque los aportes pueden no alcanzar. Hoy alcanzan mucho mejor que en otras épocas, pero esto no es mágico. Yo insisto: se puede ir recomponiendo poco a poco, pero no en tres meses.

los centros de imágenes, con los laboratorios. Tenemos que avanzar con esto. Si no, las obras sociales deberían tener cerca de 3.000 personas para manejar menos de 100.000 beneficiarios". UP cuenta con 460.000 afiliados y sólo 300 empleados administrando la Obra Social.

"LA OBRA SOCIAL SIGUE CRECIENDO"

¿Querés contarnos algo de la situación de la Obra Social?

La Obra Social, por suerte, sigue creciendo.

La última vez que nos vimos tenían 400 mil afiliados. Ahora tienen 460 mil.

Sí. Y nosotros no hacemos una estrategia publicitaria agresiva en revistas de tirada masiva, sólo en revistas del sector. No hay avisos en TV. Destinamos todo a la prestación. Y parece que el boca a boca funciona porque seguimos creciendo y no hay mes en que sumemos menos de 3.000 afiliados nuevos.

Hubo meses de este año en que sumamos 8.000.

Estos nuevos afiliados ¿son adherentes?

Parte y parte. Una parte elige, por su actividad o por su actividad independiente, contratar el plan privado de Accord. Nuestros valores son bastante accesibles. Esto para nosotros es importante porque la cartilla es comparable a cualquiera de primer nivel y el costo es un 50% menor. También damos 50% de bonificación en medicamentos, aseguramos que los oncológicos y las insulinas lleguen a cualquier parte del país. No hay inconvenientes con el servicio. Indudablemente, uno ofrece en cada ciudad o en cada provincia la estructura que tiene; ojalá pudiésemos ofrecer mejores prestaciones en el interior. Tenemos 70 locales de atención en todo el país para ofrecer un mejor servicio y caminamos mucho lo que es el Interior y el Gran Buenos Aires. □



Aseguradora líder en responsabilidad profesional médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados. Su compromiso se encuentra respaldado por el patrimonio del grupo.



La Compañía de Seguros Generales de Swiss Medical Group



La farmacia: un espacio sanitario

Por el Farmacéutico Manuel Agotegaray
Presidente de FEFARA

EL OBJETIVO DE AVANZAR EN SALUD

Desde este espacio la profesión farmacéutica viene sosteniendo que "avanzar en salud", implica no solo garantizar el acceso a los medicamentos, sino también transparentar su mercado, el control de la prescripción y dispensación, con vista a un uso racional del mismo desarrollando acciones orientadas a la prevención y educación sanitaria.

Para esto los medicamentos deben ser considerados instrumentos de salud y no meros productos de consumo como lo son en algunos países, que cuentan con una legislación liberal en la materia, donde los modelos sanitarios no se caracterizan por su solidaridad y equidad social.

En definitiva se trata de priorizar los objetivos sanitarios sobre los de cualquier otra naturaleza económica y asegurarse que la legislación en torno a los medicamentos siga estos criterios.

En materia farmacéutica y a modo de sugerencia de líneas de trabajo que deberían ser objeto de consideración y desarrollo por parte del Ministerio de Salud de la Nación, proponemos las siguientes:

1. Medicamentos es sinónimo de instrumentos de salud

- Las reglas del mercado no deben imperar en el ámbito del medicamento, ya que su empleo sólo está justificado cuando la patología del individuo lo precisa y en el período de tiempo lo más corto posible.
- Las estrategias industriales de los fabricantes de medicamentos deben adecuarse a las políticas sanitarias de nuestro país, lo cual no tiene motivos para impedir su progreso competitivo.

2. Publicidad e información

Debe existir una clara diferencia entre publicidad e información sobre medicamentos. Para lo cual es esencial tener presente:

- Es un derecho de los pacientes y ciudadanos en general, la absoluta garantía de una información independiente sobre los medicamentos prescritos y de venta libre.
- Los farmacéuticos, en su condición de especialistas universitarios en el medicamento, disponen de la formación y la experiencia necesarias para facilitar la información y asesoramiento independiente sobre las cuestiones relacionadas con el uso racional de los medicamentos.
- La red de establecimientos sanitarios, como lo son las oficinas de farmacias, constituyen el lugar idóneo para facilitar información complementaria sobre problemas de salud de diversa índole.
- Los farmacéuticos son agentes sanitarios activos

que deben formar parte de los equipos multidisciplinares de salud.

- Al existir INTERNET como herramienta de difusión de información y publicidad, sobre medicamentos, las oficinas de farmacias son más relevantes ya que se precisa la garantía de una información más objetiva, ante la falta de seguridad e incluso por la probabilidad de falsificaciones, representando un daño potencial para la salud.

3. Mejora en la calidad de la prestación farmacéutica

Las oficinas de farmacias y los farmacéuticos asumimos el compromiso de consolidar y mejorar la calidad de la prestación farmacéutica, orientando nuestra actividad hacia funciones relacionadas con el uso racional de los medicamentos y labores de carácter asistencial, como prevención de la salud y/o educación sanitaria, repercutiendo todo ello, en el control del gasto sanitario.

Lo expresado implica potenciar las funciones de los farmacéuticos, ya que aportamos valor agregado a la dispensa, desde nuestras oficinas de farmacias, único establecimiento sanitario, proporcionamos una amplia gama de servicios de salud, entre los que se puede mencionar: la farmacovigilancia, la trazabilidad del medicamento, la detección de enfermos crónicos, el seguimiento del paciente, campañas de educación sanitaria, vacunación, la automedicación, etc.

Un estudio reciente en los países de la Unión Europea ha demostrado que entre un 15% a un 20% de los ingresos hospitalarios se deben a problemas derivados del mal uso de los medicamentos, a interacciones, efectos secundarios y otras causas. Los farmacéuticos ejercemos un papel indispensable en la detección de problemas relacionados con los medicamentos.

4. Expansión en el ámbito sanitario de las tecnologías de la información y las comunicaciones

Hace más de diez años que iniciamos el camino de la informatización de las transacciones en nuestras oficinas de farmacias, convencidos de la ventaja que ésta implica para hacer efectivo el derecho del acceso a los medicamentos, para garantizar la calidad de los mismos; proveer de información epidemiológica y económica para optimizar el gasto sanitario y contribuir al uso racional de los medicamentos.

Pero quizás el mayor aporte de la informática sea la de transparentar este mercado, donde lo económico y lo sanitario confluyen en intereses que no siempre son compatibles.

Es desde estos principios que los farmacéuticos reiteramos nuestro ofrecimiento de colaboración con las autoridades sanitarias para trabajar en la construcción de la política sanitaria, desde el respeto y la garantía de la protección y promoción de la salud de nuestros conciudadanos. □



THE PROFESSIONAL'S COMPANY

UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS DIFERENTE.

ESPECIALISTAS EN PRAXIS MEDICA



TPC, LA MEJOR ALTERNATIVA POR SERVICIOS,
EXPERIENCIA Y RESPALDO REAL DE REASEGURO.



AACS
Asociación Argentina de
Compañías de Seguros



Tel: (011) 4876-5346

TPC Compañía de Seguros S.A.

Av. Belgrano 634 piso 9 (C1092AAT) Bs. As. - Argentina

www.webtpc.com.ar | info@webtpc.com.ar



Una paradoja de las políticas “progresistas”

Por el Dr. Rubén Torres
Director de la Maestría en Sistemas de Salud y
Seguridad Social de Isalud

Recurrentemente solemos leer en los medios de comunicación noticias o informes sobre la falta de cobertura, o las dificultades para obtener la misma para determinados productos medicinales o prácticas diagnósticas y terapéuticas, y juntamente con ellas, la ardua defensa de la misma por parte de autoridades o decisores.

La última de ellas, aparecida en un matutino, del 16/2/08 titula por ejemplo: “Discuten si la única vacuna contra el cáncer debiera ser obligatoria. Es cara y las obras sociales no siempre la cubren”, refiriéndose a la posible “inmunización” contra el HPV. Esta, como tantas otras de las apreciaciones apresuradas y poco fundamentadas en referencia a estos temas, mueve a algunas reflexiones:

1. En primer lugar, a la necesidad de discutir, si la aprobación de comercialización de medicamentos debiera estar precedida (o no) por la opinión por una o algunas agencias ad hoc, de evaluación de tecnología sanitaria, fundada no solamente en su inocuidad y/o buena práctica de manufactura, sino en la evidencia concreta de su utilidad y en su costo efectividad respecto de otros medicamentos. Similar discusión debiera alcanzar a la totalidad de los insumos de uso médico, al igual que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La necesidad de una discusión profunda y con fuerte información de este tema se debe a que la innovación y la difusión de nuevas tecnologías sanitarias tienen algunas características propias que la diferencian del resto de los bienes, y la relevancia de las mismas debiera medirse por su resultado final: la salud que contribuyan a crear. Existe sin embargo, una tremenda presión para hacer cosas nuevas o “de punta”, y la mayoría de las veces se omite decir que esto no es siempre mejor, y en algunas ocasiones causa importantes daños tanto a nivel individual (pacientes) como comunitario (sistemas de salud), y la evidencia científica en este sentido es masiva y contundente. Además la dinámica “natural” de la innovación, está marcada por su velocidad de difusión, que la industria de producción de tecnología maneja con abrumadora capacidad a su favor (formando esto parte de su natural y lógica motivación: incrementar beneficios), y en la cual la expe-

sión por la prensa representa una pieza clave de presión e inducción sobre los ciudadanos, que a su vez motivados por la lógica posibilidad de disponer de nuevas herramientas en la lucha contra la enfermedad, reclaman por ellas, sin reparar en la necesidad de proteger el bien común, en sistemas que con financiamiento público, tiendan a la cobertura universal. La “fascinación” por la alta tecnología, el “imperativo tecnológico”, la medicalización de la sociedad y la presión mediática terminan marginando la cultura y práctica médica tradicional, la de la relación médico paciente estrecha y la atención primaria y atrayendo muchas de esas “nuevas” tecnologías al conjunto de prestaciones públicas, y el gasto en salud del sistema termina determinándose por las fuerzas del mercado, con escasos efectos en los resultados sanitarios. Por otra parte, la sobreabundancia de “innovaciones” diagnósticas conduce a la paradoja de las seudoenfermedades (anomalías que se diagnostican gracias a la precisión del test diagnóstico, pero que de no haberse diagnosticado nunca, ni tratado, permitirían al paciente vivir sin llegar a sentir jamás síntomas ni ver su nivel de salud o de calidad de vida disminuidos), cuyo diagnóstico es costoso (en términos personales, para el paciente, al que se somete a sufrimiento innecesario, y, en costos, para los sistemas de salud), y este es otro de los problemas contra el cual la evaluación de tecnologías y la MBE (Medicina basada en evidencia) deben ser utilizadas para la fundamentación de políticas públicas. Además, como el tiempo de desarrollo de la aparatología médica y de nuevas técnicas, y el aprendizaje por los médicos de las mismas requiere experimentación y entrenamiento, los financiadores tienen derecho a conocer qué parte del costo es asistencial y qué parte es atribuible al entrenamiento.

2. Así como los médicos deben aprender a usar adecuadamente las nuevas tecnologías, los sistemas de salud y las organizaciones que los componen deben aprender a integrarlas, incorporarlas y utilizarlas en beneficio del interés común, especialmente porque no son neutrales frente a la desigualdad, y el gradiente social de esa desigualdad es mayor en las enfermedades

en las que ha habido mayor progreso diagnóstico y terapéutico, y los grupos económica y culturalmente más aventajados aprovecharon mejor los descubrimientos y nuevos tratamientos (las tecnologías de fertilización asistida, por ejemplo, benefician a los grupos más favorecidos de mujeres), incluso en países con cobertura pública y universal de la prestación. Esta situación es mucho más clara en nuestro país, donde llamativamente, los reclamos por incumplimiento del PMO surgen de aquellos que tienen garantizado su cumplimiento (por vía administrativa o judicial): justamente los que poseen seguros (obligatorios: obras sociales, o privados: medicina prepaga), (y habitualmente, las autoridades se inscriben rápidamente entre los arduos defensores) dejando librados al abandono (de garantía de derechos) a la mitad de los argentinos, llamativamente los más pobres.

Es función de la autoridad sanitaria y objetivo clave de las políticas públicas la difusión de tecnologías costo-efectivas, o que benefician a grupos de población particularmente necesitados o vulnerables, y regular fuertemente la difusión de otras costosas e insuficientemente evaluadas, garantizando que se genere suficiente evidencia sobre su uso. También se debe evitar que se difundan tecnologías que, sin aportar mejoras de salud ni calidad de vida, aumenten los costos del sistema, particularmente si deben afrontarse con fondos públicos, y estas políticas deberían utilizarse legítimamente en pro del interés común.

Sin dudas, el instrumento más potente de las

políticas públicas sobre este ciclo de la innovación es el financiero, incluyendo o no en el conjunto de prestaciones públicas tal o cual nueva tecnología, pero la herramienta disponible más lógica para apoyar la toma de cualquiera de estas decisiones es la evaluación de tecnologías, para generar evidencia transparente sobre ellas, y conseguir que se tenga en cuenta en la práctica, en términos de aceptabilidad y accountability (contabilidad).

El aumento del gasto sanitario está en parte fuera del control de los gobiernos porque el imperativo tecnológico obliga a los sistemas de salud a cubrir nuevas prestaciones y tecnologías cuando representan grandes ventajas terapéuticas, sin que las políticas puedan (ni deban) restringir la cobertura: hay tratamientos cuya eficacia salta a la vista sin necesidad de consultar tablas estadísticas, ni realizar ensayos clínicos complicados porque los resultados marcan diferencias tan visibles que generan la obligación moral de incluir de forma rápida esos tratamientos altamente efectivos en el conjunto de prestaciones, pero existe un amplio campo de "grises" entre ellos y otras nuevas tecnologías absolutamente inadecuadas. Los decisores de políticas públicas en salud están hoy ante esos retos, que incluyen además la instrumentación de adherencia a las guías y protocolos, con incentivos a profesionales y organizaciones, y además ante la imperiosa necesidad de esclarecer a la Justicia en el uso de estos instrumentos, teniendo presente que lo importante no es usar nuevas tecnologías, sino cuánto se consigue de salud y calidad de vida gracias a ellas, y a qué costo. Si de políticas progresistas hablamos, aquí tenemos una. □



Fundada en 1971

SERVESALUD
Un bien de familia

OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN

Cobertura integral y Cartilla Médica propia
con profesionales e instituciones de primer nivel
hacen la diferencia

Planes de salud al alcance de todos:
Empresas, Monotributistas y Particulares

Líneas rotativas: (011) 4322-5224 - www.servesalud.com.ar

Casa Central: Tucumán 650 - C1049AAN - Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Sucursales en San Isidro, Quilmes, Zárate, Puán, Llavallol, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Rosario, Santa Fé, San Juan, Tucumán





Planificación estratégica prospectiva en salud

Por el Doctor Ignacio Katz

En tiempos de improvisaciones e irracionalismo, planificar es más necesario que nunca. Y especialmente en el campo de la salud, un tema prioritario para el desarrollo humano. A continuación, abordaremos la idea de "planificación estratégica prospectiva en salud", una herramienta clave para salir de la desidia actual y apuntalar el desarrollo de un verdadero sistema sanitario integral.

Lao Tsé pronunció una frase admirable: "*Todo lo grande nace de lo pequeño. Hay que obrar sobre lo que aún no existe*". Está expresando la idea de la profunda importancia de *lo posible*. Tenemos que obrar sobre lo posible antes de que llegue a realidad.

Pero no tiene sentido ponerse en una actitud adivinatoria, respecto de un tema como la salud, que debe ser abordado científicamente. Por eso, en vez de confeccionar horóscopos hay que elaborar mapas sanitarios, y tener claro cuál es el destino y cuál es el camino, y ajustar nuestras acciones para no descarrilar⁽¹⁾ por las negligencias de nuestro presente.

(1) "Así como la locomotora con su tren sólo puede desplazarse por los carriles y solo en la dirección en que éstos corren y se detiene de inmediato cuando descarrila, así también la ciencia puede lograr su efecto sólo dentro de las situaciones económicas y sociales en las que ha surgido, y puede seguir teniendo influencia sólo en la dirección que a través de estas situaciones, se ha vuelto posible y necesaria. Tan pronto como se coloca fuera de estas situaciones cesa también la capacidad de crear movimiento; o bien no es entendida o bien se presenta como una mera diversión del pensamiento". *Walter Benjamin*

El futuro es incierto, complejo, plagado de contingencias. Pero al mismo tiempo es un ejemplo de libertad, que tenemos que saber aprovechar en beneficio de la sociedad toda y no derrochar tiempos que hace rato están agotados. *La planificación es una herramienta de esa libertad*, que nos permite ser en mayor medida artífices de nuestros destinos, como individuos y como cuerpo social.

UNA ANECDOTA PARISINA

Hoy me toca entonces hablar de "Planificación Estratégica Prospectiva". Y para ilustrar este punto, quisiera recordar un episodio que relata Rolando Gar-

cía. El nos cuenta que, durante una reunión de científicos en París en 1900, en tiempos del carro a caballos como vehículo clave, se les solicitó que señalaran los problemas que iba a enfrentar la ciudad en el año 2000. Dado el aumento de la población y el desarrollo urbano creciente, llegaron a la conclusión de que el primer problema sería la "transportología", es decir, todo lo relacionado con el transporte, tanto de personas como de mercaderías. Y que, por lo tanto, un inconveniente fundamental de las calles del París del año 2000 iba a ser la bosta de los animales. Vemos aquí a qué clase de vaticinios se pueden llegar con cálculos errados, o basados en *datos estáticos* que no contemplan la innovación y las derivas propias del desarrollo científico y tecnológico.

Por otro lado, para poder medir los avances o retrocesos en la situación sanitaria, muchas veces nos basamos en el índice de mortalidad de tal o cual enfermedad.

Propongo que pensemos también en un índice menos conocido por su nombre que por sus efectos: la tasa de sufrimiento. Con la lógica del "parche perpetuo", ¿cuánto estamos profundizando ese "índice de sufrimiento" hoy mismo en determinado paciente?

En este sentido, en el libro de mi autoría *En busca de la salud perdida*, que acaba de publicar la Editorial Universidad de La Plata, hago la siguiente reflexión que quiero compartir con todos ustedes:

"La situación sanitaria impone profundizar la reflexión en torno a cómo *construir* un sistema de salud que tenga como metas mínimas la equidad y un acceso oportuno y eficiente. Tampoco podemos seguir apelando a la labor del remendón, a la aplicación continua de parches. Retornar a un pensamiento lógico significa descartar los fósiles políticos e involucrarnos en una planificación estratégica que integre los componentes con los que aún contamos, con sus alcances y también con sus limitaciones."

SALIR AL SOL

Schopenhauer expresa que "la inteligencia del hombre mediocre se parece a una linterna que ilumina sólo lo que busca, mientras que la inteligencia superior es como el sol que lo ilumina todo".

"Llegó la hora de que la conciencia despierte", decía ya Víctor Hugo en 1852. Haciéndonos eco de esa frase del genial escritor francés, invito a los profesionales que elaboran presupuestos a salir del "estudio cerrado" y a avanzar al "aire libre" del campo sanitario.

Esta "ida al campo sanitario", que implica abandonar burbujas burocratizadas, se relaciona con la obtención de lo que en antropología se llama "la anécdota bien documentada, insertada en un contexto ramificado". Es decir, en base a la observación atenta, se extraen detalles, situaciones y actitudes, que luego pueden servir como base para aportes teóricos posteriores.

Pensar las transformaciones que ocurrirán en el campo de la salud en un futuro deseado es un tema que impone, *por un lado*, ponernos bajo la advocación de Sarmiento cuando señalaba: "Los males extremos tienen una ventaja, y es la de no poder continuar sin que se le busque un remedio".

Y por el otro, pasar de la razón analítica a la razón lógica. Esta última implica que se trata de un capítulo que integra junto a la "Nueva Configuración Social" y la "Nueva Ordenación Territorial", el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

Toda política de desarrollo se asienta en la tríada compuesta por estructura, estrategia y cultura. Repasemos: *Sin estructura*, sin una columna sólida y a la vez flexible, cualquier plan gira en el vacío y cae por su propio peso. *Sin estrategia*, queda claro que no hay asignaciones eficientes de recursos de ningún tipo. *Y sin cambios en la cultura*, las planificaciones estratégicas son llevadas adelante por las manos equivocadas.

A esta tríada, propongo sumarle otra cadena combinatoria de conceptos, más precisamente, una "cascada conceptual". Hablamos de lo que deseamos para el país, pero no hay deseos sin una estructura. Y no hay estructura sin sistema. Ni sistema sin función. Ni función sin órgano, ni órgano sin finalidad.

ESCENARIOS Y PROPUESTAS

Sin una política estratégica sólo nos queda la imprevisibilidad y la fragilidad de los *mercados no regulados*, donde lo que predomina es la *incertidumbre*

financiera. De ahí, que el concepto de planificación estratégica sea *clave*, para no quedar a merced de anárquicos flujos de dinero, o de huecos en las políticas oficiales.

El objetivo final de toda planificación de este tipo, es lograr un *pacto-acuerdo sanitario*, que tenga como base material, una agenda a cumplir, con un engranaje de gestión, con todo lo que este concepto conlleva. *Se necesita un acuerdo pluralista y participativo*, en donde los sectores interesados en dar respuesta a los problemas sanitarios de los habitantes de este país, en especial los más necesitados, homologuen⁽³⁾ posiciones, articulen fuerzas y logren poner en marcha los mecanismos que reviertan los signos desalentadores del presente.

⁽³⁾ *Homologación*: acuerdo racional, equiparación de partes. Los adversarios aprenden a ponerse de acuerdo sobre el terreno de desacuerdo, encuentran los medios de regular las diferencias.

Este pacto-acuerdo, tiene que implicar ver la infraestructura y la gestión como un todo, para lograr la transformación que la equidad impone. Lo que lubricará este pacto, es una *nueva cultura de gestión*, que articule y coordine -y por lo tanto potencie- los valores existentes.

De ahí la importancia de la planificación estratégica al servicio de un *Proyecto de Nación*, que consolide un *Sistema Integrado de Salud*, justo y eficiente. Cada instante de demora es un triunfo de la inercia y la mediocridad, que profundiza esa "tasa de sufrimiento" que afecta a miles de conciudadanos, en este mismo momento, en distintos puntos del país. □

Ignacio Katz, Doctor en Medicina (UBA), Autor de: "En búsqueda de la Salud Perdida" (EDULP), Responsable Científico Académico del Observatorio de Economía y Gestión de Salud de la Universidad Nacional de La Plata.



Praxis | médica

Más de 500 Instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios

Nuestro Valor...

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

lamutual@lamutual.org.ar

www.lamutual.org.ar

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



Actualidad y asignaturas pendientes

Por el Dr. Francisco Díaz - Presidente de ADECRA

Luego de más de seis meses de negociaciones, en noviembre finalmente se acordó la nueva escala salarial para los trabajadores de la sanidad. Allí se estableció un incremento del 20% de los salarios básicos de convenio a partir del mes de diciembre, un adicional para las licenciadas en enfermería y una contribución patronal del 1% de la nómina para todas las empresas de la actividad.

Previo a ello y con la finalidad de hacer viable la negociación, la Superintendencia de Servicios de Salud dictó la resolución 737 que fija un incremento de los aranceles médico-asistenciales del 20% a partir de la fecha de publicación de la misma. También pudo acordarse con el Pami un incremento en el valor de la cápita del 27% desde diciembre pasado mediante la disposición 40/08.

Estos incrementos alcanzan a la población cubierta por obras sociales nacionales y Pami, que no comprenden el 100% de las entidades financiadoras del sistema de salud pero que involucra a 14 millones de beneficiarios. No menos importante es que marca una señal concreta para los financiadores privados (empresas de medicina prepaga, ART, etc.).

El factor que genera preocupación es que las obras sociales provinciales no han ajustado sus aranceles. Siendo a nivel local las entidades financiadoras más im-

portantes de cada lugar, esto ha generado serias dificultades a las clínicas, sanatorios y centros de diagnóstico para hacer frente a los incrementos salariales.

No hay que olvidar que, aunque los salarios constituyen el 60% del costo prestacional, hay un 30% restante de insumos médicos y no médicos que durante el 2007 se han encarecido. Se trata de insumos biomédicos, alimentos, energía eléctrica, servicios generales, etc. Tomando en consideración la evolución de los salarios más el encarecimiento de estos insumos surge que desde el 2001 a la fecha

los costos de producir atención médica se han incrementado en un 170%, mientras que los aranceles del sector sólo lo hicieron en promedio en un 113%. En otras palabras, el sector prestador tiene un retraso de precios del 27% a diciembre de 2007.

Las consecuencias del sostenido desfase entre los precios que percibe el sector por las prestaciones médico-asistenciales que brinda y los aranceles que cobra afectó y continuará afectando la calidad de los servicios médicos; puso y pone en riesgo de cierre a muchas instituciones, situación que se evidenció con la falta de camas y de recursos humanos calificados tanto en el sector público como privado durante el 2007.

Por ello es fundamental que los mayores recursos que ingresan en las entidades financiadoras se traduzcan en una mejora en los aranceles médico-asistenciales.

Las clínicas, sanatorios y centros de diagnóstico no reciben ningún tipo de incentivo fiscal ni subsidio del gobierno, siendo que brindan una actividad complementaria del Estado en la gestión de la salud pública. Incluso el Estado genera deuda contra las instituciones. Cualquier inversión edilicia o de equipamiento le cuesta a las empresas prestadoras un 21% más debido a que no pueden utilizar los créditos fiscales de IVA, por estar las prestaciones médicas que se destinan a la



seguridad social exentas de IVA.

Es decir, las instituciones privadas de salud, cuando invierten y cuando producen atención médica generan créditos fiscales a su favor que están legalmente reconocidos pero que el Estado en la práctica no los reintegra, ni permite compensarlos contra otros impuestos. Dado que los prestadores médicos privados son una de las fuentes generadoras de empleo registrado más importantes del sector servicios correspondería, al menos, que el Estado permitiera compensar estos créditos fiscales de IVA contra el pago de las contribuciones patronales.

NUESTROS OBJETIVOS PARA ESTE AÑO

- * Continuar trabajando con las entidades financiadoras (obras sociales, empresas de medicina prepaga y Pami) para actualizar los

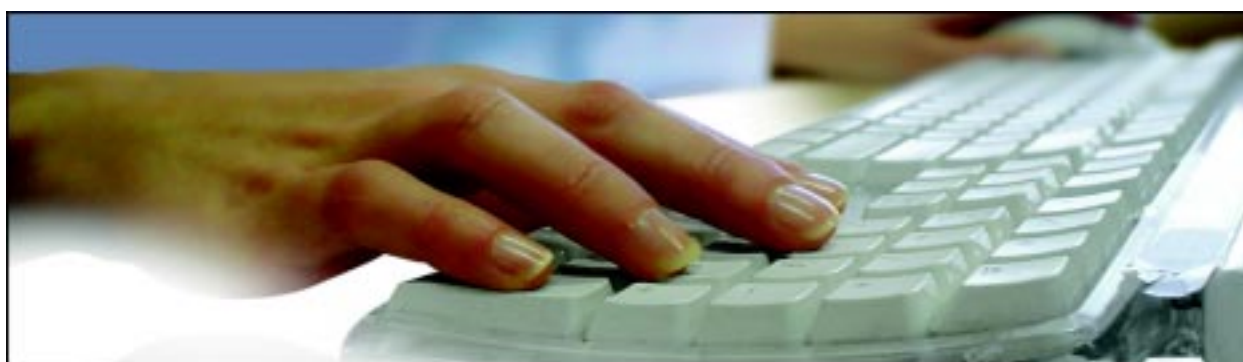
aranceles prestacionales y que desaparezca el retraso de precios existente.

- * Integrar a los financiadores provinciales, porque es allí donde vemos serias dificultades en el reconocimiento de los mayores costos prestacionales.

- * Focalizarnos en nuestros recursos humanos, revalorizar a quienes realizan diariamente su tarea con un valioso nivel de com-

promiso, buscar atraer a un mayor número de personas y jerarquizar la calidad prestacional en todos sus ángulos.

- * Trabajar para que nuestras autoridades comprendan las distorsiones impositivas que pesan sobre el sector y la necesidad de las empresas de contar con créditos que les permitan actualizar sus instalaciones y su tecnología. □



Administrar los recursos de su empresa es muy fácil.

No hacemos promesas. **Hacemos sistemas.**

En **PLUS SERVICES** nos dedicamos al desarrollo de soluciones informáticas que le permiten simplificar, integrar y controlar los diversos procesos de su empresa. Nuestra experiencia en el desarrollo de soluciones para la gestión de Centros Médicos, Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga, asegura la calidad de nuestros sistemas.

(54-11) 5277.0290/92

Entre Ríos 258 - 5º Dt. "L" (C1079ABP) Cdad. Aut. de Bs. As.
info@plusservices.com.ar / www.plusservices.com.ar

PLUS SERVICES®
SOLUCIONES TECNOLÓGICAS





“No vislumbro un cambio radical en las políticas hacia nuestro sector”

Por el Contador Jorge Cherro - Presidente de ACLIFE



EL SISTEMA DE SALUD EN GENERAL

Un buen sistema de salud se basa en 4 pilares, a mi criterio, muy importantes:

1. Accesibilidad a la atención médica.
2. Equidad en el uso racional de los recursos (financieros, tecnológicos y humanos).
3. Calidad en la prestación que se brinda.
4. Satisfacción del paciente.

En contraposición a estos pilares, nuestro sistema de salud padece de algunos vicios o males:

1. Es un sistema fragmentado, en donde conviven diversos subsistemas autónomos sin el más mínimo concepto de integración o coordinación (Obras Sociales Nacionales, Provinciales, el Pami, los Prepagos, los Hospitales Pú-

blicos, etc.).

2. Se está tornando cada vez menos solidario. El concepto de solidaridad ha sido el principio más importante en el que se basó nuestro actual sistema de la seguridad social.
3. Es anticuado, no se ha actualizado a los vientos de cambio que soplan en el siglo XXI.
4. Es discriminatorio, a mi entender el peor de los males. Conviven, de un lado, los ciudadanos de primera, es decir los trabajadores formales bien remunerados o los que tienen recursos propios para solventar un sistema prepago. Para ellos acceder a una prestación, aunque sea la más compleja, es casi tan fácil como salir de shopping. En la otra vereda están los trabajadores formales con salarios por debajo de la línea de la pobreza, los trabajadores informales, los carenciados. Para este grupo, acceder a una simple consulta

médica o a un análisis de laboratorio se puede transformar en una verdadera pesadilla.

Ante este panorama, ¿qué actitud adopta el gobierno? El poder político mira para otro lado, no hace nada para intentar resolver esta realidad, como si la misma se pudiese resolver sola, simplemente con el paso del tiempo. Llama la atención tanta inacción. Con su inmovilidad sólo están logrando que estos males se profundicen más. No quieren hacer cirugía mayor porque implica tocar intereses de los amigos del poder, intereses que están lejos de beneficiar a la verdadera y única razón que tiene nuestra actividad: la atención de la salud del ciudadano común.

Los dirigentes de los más diversos sectores venimos insistiendo desde hace mucho tiempo en la necesidad de darle al sector un verdadero marco regulatorio en forma de ley, que otorgue certidumbre a los diferentes actores que tiene esta actividad (pacientes, efectores públicos y privados, financiadores), que cada uno sepa su rol, sus derechos y obligaciones. Que contenga un menú básico de prestaciones al que pueda acceder fácilmente el más pobre de nuestros conciudadanos, que se asegure la fuente de financiamiento; que logre integrar al prestador estatal con el privado al servicio de una salud pública para todos los habitantes de nuestro País.

Que adhieran todas las Provincias, en especial las más pobres en donde los males descritos se exteriorizan de la manera más descarnada entre los niños y recién nacidos.

Hasta ahora no obtuvimos respuesta.

LAS CLINICAS Y SANATORIOS PRIVADOS

En este escenario desarrollan su actividad los diferentes sectores en que está dividido el amplio espectro que conforman los prestadores, cada uno con su problemática particular, entre ellos el sector de clínicas y sanatorios privados.

Nuestro sector enfrenta el año 2008 habiendo transitado ya seis años desde la declaración de la emergencia sanitaria. La misma era un instrumento imprescindible para poder transitar la crisis de 2002. Tenía como objetivo, entre otros, salvaguardar el patrimonio de las Obras Sociales y del Pami, por un lado y de sus prestadores (acreedores) por el otro. Se intentaba, mediante la utilización de diferentes mecanismos, que los agentes de salud, cualquiera fuera su rol, no desaparecieran y se mantuvieran operativos para continuar cumpliendo con su importante función social. Un objetivo muy loable.

Seis años después podemos analizar con objetividad quiénes ganaron y quiénes perdieron con la emergencia sanitaria. Mientras las Obras Sociales han equilibrado su ecuación económico-financiera mediante una extraordinaria mejora en sus flujos de ingresos, sus prestadores sanatoriales enfrentan cierres y convocatorias, aumentan su pasivo con la AFIP por sumas incalculables, pierden cada vez más terreno en la lucha por mantener equilibrada la ecuación Ingresos vs. Costos y no logran modificar una matriz tributaria a todas luces injusta.

Por si todo esto fuera poco, en los últimos meses debemos lidiar con una variable muy conocida y temida por todos: la inflación, que deteriora, no sólo nuestros ingresos, ya que cobramos a 60/90 días de efectuada la prestación, sino

“Seis años después podemos analizar con objetividad quiénes ganaron y quiénes perdieron con la emergencia sanitaria. Mientras las Obras Sociales han equilibrado su ecuación económico-financiera mediante una extraordinaria mejora en sus flujos de ingresos, sus prestadores sanatoriales enfrentan cierres y convocatorias...”

que también afecta a los salarios y honorarios que cobran nuestros recursos humanos, generándose expectativas que tornarán dificultosa la futura negociación paritaria.

Como una solución a nuestros problemas y luego de años de negociación con las autoridades gubernamentales, finalmente hemos conseguido un paliativo para nuestro sector: una moratoria a 15 años para deudas con la AFIP en excelentes condiciones de financiación. Al fin se podrá pagar la famosa “mochila de los mil millones”.

Algunos dirigentes del sector ven el vaso medio lleno y están conformes de haber conseguido algo luego de tantos años de lucha. Lamentablemente yo no soy tan optimista y me pregunto si un instrumento financiero como la moratoria, alcanzará para resolver los problemas estructurales que padece nuestro sector o si,

por el contrario, no será peor el remedio que la enfermedad cuando nuestras representadas tengan que pagar la posición tributaria corriente (que en la actualidad no están pagando) más la moratoria. Pareciera que el gobierno no ve o no quiere ver la real situación del sector y sus funcionarios se sorprenden cuando les planteamos que con la moratoria no alcanza.

DEBEMOS INSISTIR, EN LOS AMBITOS GUBERNAMENTALES QUE CORRESPONDA, QUE LA MORATORIA DEBE IR ACOMPAÑADA DE OTRAS MEDIDAS ESTRUCTURALES QUE PERMITAN EQUILIBRAR NUESTRA ECUACION ECONOMICO-FINANCIERA. Esta es, a mi criterio, “la” asignatura pendiente que tenemos en nuestro sector, de la que dependerá la sustentabilidad del mismo en el largo plazo.

Con respecto a mis expectativas para el 2008, siempre que un año comienza se renuevan las ilusiones, en especial cuando viene acompañado de un nuevo gobierno como es este caso. Sin embargo, lamento ser escéptico, este gobierno es una continuidad del anterior y, como tal, no vislumbro un cambio radical en sus políticas para con nuestro sector.

En alguna oportunidad en que tuve el honor de disertar en la conferencia “Quo Vadis Salud” planteé a la concurrencia que tal vez la falta de implementación de políticas para nuestro sector sea una política en sí misma, generando de esta manera, un escenario propicio para el desarrollo y expansión de los grandes grupos sindicales y económicos que tienen la actividad integrada, mientras que el resto de los actores asistimos resignados a la reducción y a la concentración del sector.

Espero que ya no sea demasiado tarde para darnos cuenta de que estamos solos. □

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

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



OSDO
OBRA SOCIAL DE DEFINICIÓN

www.osdo.com.ar



El desfase entre ingresos y costos

Por los Contadores Jorge A. Gutsztat y José Luis Bologna - de CEPsAL

Para los prestadores de servicios de salud resulta interminable el camino a la salida de la crisis más profunda que se recuerde.

En efecto, lejos quedaron los tiempos heroicos de 2002 y 2003 cuando la incertidumbre nacional y sectorial solamente permitía pensar apenas en la subsistencia del día a día. En aquellos días no había forma de atenuar el impacto de la crisis por más ley de emergencia sanitaria que pretendía sostener un sector vital para la población.

Lentamente se fue recomponiendo en algún grado la situación de forma que permitió un poco de optimismo para que el sector tan sensible aspire lograr un estado de normalidad elemental. Pero muy a pesar nuestro, casi todos los sectores han evolucionado con una rapidez que no fue posible lograr en el sector de la salud.

COSTOS

El desfase entre ingresos y costos de los prestadores continúa sometido a vaivenes por disposiciones oficiales y poder de negociación de los financiadores, que siguen sin reconocer el verdadero valor de las prestaciones. Los costos continúan en una espiral de incrementos inflacionarios que se acelera día a día.

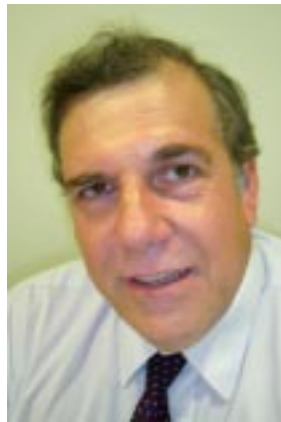
Los valores de los descartables y medicamentos han subido de precio hasta límites incompatibles con las tarifas de nuestros servicios, en parte por el vertiginoso avance tecnológico y también el efecto inflacionario. Los medicamentos y los insumos médicos con alto contenido de costos de importación incrementan sus valores a pesar de que el tipo

de cambio no registra variaciones. Los servicios públicos aumentaron durante 2007 con tasas que triplican y cuadruplican otros incrementos y para 2008 todo parece indicar que las recomposiciones de tarifas continuarán a paso firme.

Y finalmente el costo más importante en nuestras empresas: las remuneraciones continúan en una tendencia ascendente que no podemos controlar. En la reciente paritaria nuestro sector ha concedido un 21% con un único objetivo conciliatorio, pero nin-



Jorge A. Gutsztat



José Luis Bologna

guna de nuestras empresas confía que la ecuación económica (ingresos-costos) permitirá absorber dicho incremento.

La carga fiscal tampoco parece adecuada para encontrar el equilibrio deseado. Las Cámaras representativas del sector trabajan duramente recorriendo los estrados públicos reclamando un paliativo para los impuestos que tanto repercuten en los costos de nuestras empresas (en particular el IVA sobre las compras que no se puede trasladar y el costo de las contribuciones en empresas con mano de obra intensivas).

INGRESOS

Pero la verdadera cuestión proviene del lado de los ingresos. En efecto, el sistema recibe cada vez más ingresos de la mano del incremento de la recaudación proveniente de la seguridad social y de la mano del incremento de las cuotas en la medicina prepaga. Prácticamente nada de dichos incrementos llega a las economías de los prestadores.

Los prestadores de salud hemos ejercido el máximo de nuestro poder de negociación para lograr algunos reconocimientos que no constituyen -en grado alguno- soluciones verdaderamente sustentables. Por la resolución 844/2006 de la Superintendencia de Servicios de Salud se homologaba el acta de acuerdo entre la Comisión Consultiva (r. 395/2006 SSS) y los prestadores de servicios de salud en la que, "a los efectos de armonizar el incremento que tuvieron los valores relacionados con los servicios de salud", las partes acordaron un incremento de un 20% de los valores en las prestaciones médico-asistenciales a partir del 1 de enero de 2007. Este incremento se llevó a la práctica parcialmente y a destiempo a lo largo del año.

Más recientemente el (12/11/07) la Superintendencia de Servicios de Salud dictó la resolución 737/2007 disponiendo en un ambiguo texto que "...Reconócese un incremento en los valores de las prestaciones médico-asistenciales de un veinte por ciento (20%) a favor de los prestadores inscriptos por ante el Registro de Prestadores".

No hay forma posible de sostener el servicio en el volumen y la

calidad requerida, sin entender y aceptar que los ingresos deben permitir mantener en todo momento la ecuación económica y financiera del prestador equilibrada.

Esto sería posible si los importantes incrementos en la financiación del sistema relacionado con las obras sociales nacionales, con el Pami y las obras sociales provinciales gracias a las mejoras en la tasa de ocupación, el nivel salarial y el nivel de cumplimiento de las obligaciones por parte de los empleadores, son dirigidos en la proporción que corresponde a los prestadores efectivos del servicio de salud. En el mismo sentido y en la proporción adecuada deberían dirigirse los incrementos en las cuotas de la medicina prepaga.

FINANCIAMIENTO

El sistema de salud no tiene financiamiento. Los únicos créditos existentes son los destinados a la adquisición de determinada tecnología, con financiación por parte de la empresa vendedora o de alguna entidad que otorga los préstamos a través de leasing, pero eso es totalmente marginal. No existe crédito del sistema

para las ampliaciones de las entidades de salud, para ampliación de capital de trabajo, ni de ningún otro aspecto.

¿Cómo se revierte esto?

En primer lugar, se deberían otorgar líneas de crédito específicas en las instituciones financieras oficiales. Por otra parte, los bancos privados deberían tener facilidades del Banco Central para dar estas líneas de crédito.

El país está sufriendo una falta de camas, el ministro de salud saliente lo reiteró en muchas oportunidades y, a pesar de ello, no hay una línea crediticia específica para financiar esta necesidad. Se tiene que hacer exclusivamente con capital propio, lo cual es limitadísimo, y es prácticamente imposible. Es un tema en el que el gobierno debería tomar la iniciativa y nosotros, como dirigentes, tendríamos que estar trabajando en la problemática.

IMPUESTOS

Sería injusto concluir este análisis sin mencionar el importante logro obtenido con relación a la financiación de deudas impositivas. El stock de deudas había constituido una válvula de escape para el

gran desfase sufrido entre los ingresos y los costos de nuestro sector desde el advenimiento de la crisis de 2001. Desde los estrados oficiales se miraba con angustia y complicidad la existencia de dicha deuda, sin animarse a dictar medidas que constituyeran una solución definitiva al problema.

Si bien la Emergencia Sanitaria fue prorrogada, ha caducado la protección de los prestadores de salud ante los embargos del fisco. A cambio se ha establecido un plan de pagos que podría representar una oportunidad hacia el futuro de cancelar la deuda. El esfuerzo es valioso y apreciado por los integrantes del sector, pero podría resultar estéril si no se asegura algún grado de superávit futuro que permita solventar los costos corrientes y pagar la deuda acumulada.

El desafío para el 2008 es arduo e interesante. Continuaremos reclamando para nuestro sector los aranceles dignos que la prestación de salud requiere, seguiremos reclamando créditos (hoy inexistentes) para renovar y actualizar nuestros activos y continuaremos brindando un servicio esencial para millones de argentinos que confían en nosotros. □



MEDICAL SYSTEM

LA SOLUCIÓN EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

www.medicalsystem.com.ar

Junín 1616 4º piso (C1113AAR) - Bs. As. - Tel: 011-4803-8585 - Cel: 15-5183-5200



“Es necesario una Ley Federal de Salud”

Por el Dr. Gustavo C. Mammoni - Presidente de CONFELISA

Superada la etapa de crisis que nos tocó vivir a partir de 2002, que se pudo transitar gracias al consenso de todos los actores del Sistema. Se generaron acciones para que dicha crisis no impacte en la salud de los ciudadanos, como por ejemplo, el Plan Federal de Salud que le devuelve la Rectoría del Sistema al Ministerio de Salud de la Nación y a través del COFESA, a todos los Ministerios de Salud Provinciales; la reducción de la mortalidad infantil a través del Plan Nacer, instalado en un primer momento, en las Provincias más postergadas; la formación del Recurso Humano a través del Programa de Médicos comunitarios que permite afianzar la estrategia de la Atención Primaria en todo el País; la intención de reducir el embarazo adolescente con un Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable; el acceso al medicamento a pobres e indigentes sin cobertura, a través del Programa Remediar; y la Prescripción del medica-

mento por su nombre Genérico que no sólo abarata el costo del mismo, sino que rejerarquiza el rol del farmacéutico.

En esta nueva etapa es necesario una Ley Federal de Salud que establezca las competencias de las distintas jurisdicciones; que le dé la sustentabilidad económica al Sistema; y que defina la articulación entre lo Estatal y Privado en Redes con mecanismos de referencia y contrareferencia. Esta Ley debe encuadrar el Derecho a la Atención Médica y establecer, con equidad, una canasta básica de Salud que deberán cumplir todas las Provincias y especificar que la actividad de la Salud es Pública independientemente de quien la provea. Este último punto es fundamental para definir una Política Tributaria para el Sector.

Un tema pendiente, y muy importante, es el referente a una Ley de Responsabilidad Profesional que reduzca los gastos que genera la medicina defensiva y termine con la industria del juicio por mala praxis.

Por otro lado, debe saldarse la deuda que mantiene el Estado Nacional y el INSSJP con los prestadores y que la mayor recaudación operada en el Sistema de Seguridad Social se vuelque a mejorar el valor de las prestaciones.

La fragmentación de los financiadores promueve la inequidad ya que no todos tienen la obligación de cumplir con el PMO y sus distintos modelos de atención, atentan contra la accesibilidad de sus afiliados a prestaciones integrales, oportunas y de calidad. Establecido el encuadre del Derecho a la Atención Médica, debemos establecer un PMO realista y financiable que deban cumplir todos y que reduzca el sangrado financiero que provocan los recursos de amparo al sistema; determinar su costo, vinculado a un Modelo de Atención único para todos los financiadores, y sino alcanzan los recursos, debe financiarse con aportes del Tesoro Nacional.

Esto permitiría terminar con la discriminación que tiene el sistema, que asegura exclusivamente al que tiene empleo, la integración del mismo, y la Universalización de la Seguridad Social asegurando la cobertura a toda la población.

Por último, pero no menos importante, debemos avanzar hacia la equidad, la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente; definir una política de Recursos Humanos asegurando su formación en calidad y cantidad necesaria, con una retribución de acuerdo con la responsabilidad de su actividad y asegurando su distribución para facilitar la accesibilidad geográfica de la población al sistema. □



mucho más que diálisis.

CARDIOPROTECTIVE HAEMODIALYSIS

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

¿Qué podemos alcanzar?

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

Mejor resultado médico.

Menor costo total de atención.



Fresenius Medical Care

Fresenius Medical Care Argentina S.A.
Suipacha 1067 Piso 7° | C1008AAU Ciudad de Buenos Aires | Argentina
(011)4130.1000 | info.argentina@fmc-ag.com | www.fmc-ag.com.ar



Praxis Médica: la necesidad de asegurarse

Por Alberto C. Bugna - Gerente Comercial de SMG Seguros

Durante las últimas décadas la cantidad de reclamos y juicios a profesionales de la salud ha crecido drásticamente. De hecho, las demandas judiciales en la Argentina la ubican entre los principales lugares dentro de América latina. La tendencia es creciente e indica que hoy, al menos 1 de cada 5 profesionales médicos, ya recibió algún cuestionamiento de un paciente o sus familiares.

Se prevé que los reclamos por mala praxis médica se quintuplicarán en esta década superando los 150 mil casos, con una demanda promedio de 400 mil pesos, y totalizarán así un volumen de 6.000 millones de pesos anuales^(a). Las demandas judiciales por mala praxis médica le costaron al sistema sanitario unos 3.000 millones de pesos en la última década y las acciones de este tipo aumentaron 57 por ciento en el país en los últimos tres años^(b).

1 de cada 5 médicos ya tuvo alguna experiencia en el área judicial lo que indica que el problema ya está cerca de cada profesional y con tendencia en alza. Es muy probable que quien no padeciera el problema personalmente, conozca a un colega que sí. Además, no son sólo los doctores quienes pueden pasar por estas situaciones, sino también otras disciplinas profesionales (anestesiastas, veterinarios, enfermeros, personal de laboratorio, etc.).

LA SITUACION ACTUAL ENTRE MEDICO-PACIENTE

Día a día los avances tecnológicos en materia de salud crecen, se desarrollan y multiplican vertiginosamente, lo que ayuda de forma muy significativa al diagnóstico y terapéutica del médico. Todo esto acompañado, además, de una permanente capacitación de cada profesional. Sin embargo, existen algunos factores críticos que elevan la desconfianza en el resultado de la intervención profesional que en el pasado no se manifestaban con tanta intensidad.

Los pacientes ahora tienen mayor acceso a información y herramientas para ac-

ceder y pedir un juicio por mala praxis. Esto no significa que el profesional se equivoque más que antes, sino que está más expuesto a ser cuestionado.

Otro punto que vale la pena remarcar es que la relación médico-paciente se ha deteriorado. La antigua tendencia del médico de familia que acompañaba al grupo en evolución y tratamiento de la salud año tras año, es reemplazada hoy día por una mayor especialización profesional y un trato menos personalizado. Esta tendencia es otro factor clave que incide para que el paciente o sus familiares inicien acciones legales por un daño que creen haber recibido, teniendo en cuenta que no los une ningún lazo afectivo o de consideración con ese profesional determinado. El ansia por encontrar un "culpable", también es una tendencia mundial en el derecho de daños.

UN CORRECTO RESPALDO

La razón genuina por la cual un profesional decide una cobertura de seguros es la tranquilidad de tener en resguardo su patrimonio. Sus activos, posesiones y todo aquello por lo que ha bregado desde que se inició en su actividad profesional, puede verse comprometido ante un hecho negligente que genere obligación de resarcimiento a un tercero. El límite de indemnización en los seguros de responsabilidad

civil abarca las sumas que se pagan en concepto de resarcimientos, sean éstos generados por sentencia judicial o por convenio previo al inicio de una demanda o durante ésta y también se incluyen los gastos y costas del litigio. Hoy las bajas sumas de indemnización pueden ser engañosas en cuanto a la protección contratada. Por ejemplo, qué uso tiene una póliza de \$ 50.000 de capital asegurado cuando el monto promedio de demandas supera los \$ 400.000.

Algunos creen que la exigencia de contar con una póliza por parte de instituciones médicas públicas y privadas o de obras sociales y prepagas al vincularse con-

Se prevé que los reclamos por mala praxis médica se quintuplicarán en esta década superando los 150 mil casos, con una demanda promedio de 400 mil pesos, y totalizarán así un volumen de 6.000 millones de pesos anuales. Las demandas judiciales por mala praxis médica le costaron al sistema sanitario unos 3.000 millones de pesos en la última década y las acciones de este tipo aumentaron 57 por ciento en el país en los últimos tres años.

tractualmente es el único motivo para pagar una prima y obtener el seguro. Otros, por su parte, estiman que contratar un seguro significa la oportunidad de transferir un riesgo. Si bien puede ser un avance en el criterio de protección, no se percibe, hasta el momento del siniestro concreto ya que el riesgo de cometer un error nunca se transfiere sino que en alguna medida lo que se hace es protegerse de su sanción económica.

En conclusión, existen algunas medidas que apuntan no sólo a resguardar la integridad patrimonial del profesional asegurado, sino también a su adecuado desarrollo:

1. Confianza. La idea es partir del concepto de que los pacientes confían en su médico. En tal sentido, requieren atención y buen trato, no sólo la mera interpretación de diagnósticos y tratamientos terapéuticos. La relación es directa: Mejor calidad de atención al paciente, menor probabilidad de reclamos futuros por mala praxis.

2. Historia Clínica. Se debe escribir absolutamente todo, de la forma más completa posible con respecto a su intervención profesional en la histo-

La razón genuina por la cual un profesional decide una cobertura de seguros es la tranquilidad de tener en resguardo su patrimonio. Sus activos, posesiones y todo aquello por lo que ha bregado desde que se inició en su actividad profesional, puede verse comprometido ante un hecho negligente que genere obligación de resarcimiento a un tercero.

ria clínica de cada paciente. La jurisprudencia actual dice que: "la confección incompleta de una historia clínica constituye una presunción en contra del planteo exculpatorio del profesional médico actuante, porque el damnificado carecería de la documentación necesaria para concurrir al proceso en igualdad de condiciones probatorias"^(c).

3. Cobertura Asegurativa. La cobertura de seguros que un médico contrata es de larga duración, por lo que las sumas aseguradas deben ser las adecuadas a cada especialidad y deben actualizarse a través de pólizas calificadas

por la Superintendencia de la Seguros de la Nación. □

(a) informe elaborado por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI),
(b) IX Congreso Argentino de Salud – Iguazú Setiembre 2006,
(c) Ac 82.488, 03/08/05, "V., W. J. y otro c/Clínica Privada del Niño y La Familia S.R.L s/Daños y perjuicios". Magistrados votantes: Hitters - de Lázzari - Roncoroni - Negri - Kogan - Genoud (extracto del voto del doctor Roncoroni).





NINGUN MERCADO ESTA TAN LEJOS

SERVICIOS Y EQUIPAMIENTOS INTEGRAMENTE PROPIOS MARCAN LA DIFERENCIA



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

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

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





Premios a los comportamientos saludables y castigo a los “riesgosos”

Por el Profesor Carlos Vassallo

Considerando la evidencia que existe sobre los riesgos de ciertos comportamientos poco saludables o riesgosos y la repetición de los mismos por parte de la población se puede comprobar las limitaciones cognitivas de lo que llamamos conductas racionales.

La influencia de los entornos sociales donde se mueven las personas y la de los medios de comunicación que crean conductas y establecen tendencias conspiran gravemente contra los comportamientos saludables que tienen fama de ser demasiado “responsables y cuidados”. Las empresas alimenticias, tabacaleras o de cigarrillos hacen de sus productos verdaderos símbolos de la aventura y riesgo en un medio donde impera la rutina.

Las políticas sanitarias pueden hacer sin duda y en alguna medida lo están haciendo, pero necesitamos ir más rápido acortando el proceso que no puede sólo apelar a la concientización y la educación. Es imperioso tomar el atajo y esto se llama integrar las políticas públicas. En este sentido es importante lo que se puede esperar por ejemplo de la política económica y fiscal que es una de las grandes generadoras de incentivos que afectan el comportamiento humano respecto de los más importantes factores de riesgo sanitario como son los hábitos de vida.

Julian Le Grand de la London School of Economics de Londres y principal asesor durante el tiempo de Tony Blair, el ex primer ministro inglés, escribió una interesante nota en el Financial Times donde plantea una serie de recomendaciones y propuestas para mejorar la salud de los ciudadanos británicos.

Estas propuestas que están siendo discutidas se refieren a una serie de medidas que crean incentivos destinados a cambiar comportamientos de las personas. Algunas actúan directamente sobre los destinatarios y otras en forma indirecta a través del accionar sobre las empresas.

La primer propuesta es establecer un mecanismo donde el fumador tiene que tener un carnet con prescripción médica para poder comprar cigarrillos, es decir se hace más difícil el acceso a un producto que tiene una probada nocividad sobre la salud de la población. Qué debe hacer el Estado, hasta dónde intervenir, es posible seguir observando cómo se consumen vidas en nombre de cierta libertad individual que se confunde con la libertad de mercado.

Otra propuesta es una reedición de una política

aplicada en EE.UU. muchos años atrás sin resultados positivos, es restringir la venta de alcohol. Este enfoque de una especie de Estado Niñera que le dice y obliga a los ciudadanos a comportarse en forma saludable no parece ser un mecanismo demasiado efectivo para enfrentar el problema del alcohol. Los jóvenes son los más perjudicados y aquí hay mucho por hacer en materia de controles a la publicidad, que vale para los cigarrillos pero no para el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Hay algunos criterios que sí personalmente creo deben ser considerados por que son señales para la sociedad estableciendo prioridades en los casos como trasplantes de órganos según el comportamiento saludable o no que ha tenido el destinatario. Por ejemplo, para el caso de un trasplante de hígado una persona que lo ha perdido por una cirrosis por ingesta de alcohol versus otra que lo perdió por un accidente u otro factor no evitable, quién tiene derecho a recibirlo primero, el que está anotado o el que tuvo un comportamiento saludable.

Otra de las propuestas es crear incentivos que promuevan que las empresas brinden una hora al día a los empleados que quieran realizar ejercicio físico. Esta es una medida que muchas empresas ya hacen sin necesidad de que sean incentivadas por el Estado, dado que se ha comprobado que personas que están mejor físicamente son más productivas y creativas.

La cuarta propuesta implica actuar sobre los productores de alimentos preparados reemplazando la sal en la conservación. Recordemos que una ingesta excesiva de sal está relacionada con un mayor riesgo de hipertensión, y de complicaciones cardiovasculares, como puede ser un infarto cerebral. La respuesta a esta propuesta está directamente relacionada con la capacidad de control que tiene la autoridad de alimentación para autorizar y profundizar su control y evitar que la medida sea evadida. El poder del sector alimentario es muy fuerte y según un estudio realizado recientemente

1) Reducción del 15% del consumo de sal, en la población de 23 países evitaría la muerte de 8,5 millones de personas, si a eso se le suma dejar de fumar la cantidad de fallecimientos asciende a 14 millones. Los países estudiados fueron Rusia, Ucrania, Polonia, Turquía, Myanmar, Indonesia, Egipto, Vietnam, India, Sudáfrica, China, Filipinas, Irán, la Argentina, Brasil, Bangladesh, Pakistán, Tailandia, Colombia, Nigeria, México, Congo y Etiopía.

por la OMS la reducción del consumo de sal en la dieta alimenticia de 23 países en desarrollo (entre los cuales se encuentra la Argentina) evitaría la muerte de 8,5 millones de personas en diez años.¹ Como sabemos el control bromatológico de los alimentos no es algo que se haga con mucha eficacia y sin dudas impacta fuertemente en la salud de la población. El mismo estudio antes mencionado determinó que si las personas dejan de fumar además de reemplazar la sal para conservar alimentos, los fallecimientos evitables ascienden a 14 millones.

En la Argentina que es un país lácteo por naturaleza cómo es posible que los alimentos descremados cuesten más; que en definitiva tener una alimentación saludable es más caro que comer comida que perjudica la salud. ¿No deberíamos pensar más acerca de esto y empezar a generar políticas integradas que dejen de lado una mirada estrecha sobre los precios y articular políticas en términos de la población? Es cierto que con funcionarios como Moreno controlando precios no es posible pensar en estas finezas de la regulación.

Finalmente se plantea una última propuesta que es subvencionar a los colegios y empresas para que den frutas en sus instalaciones a los estudiantes y trabajadores. Promover el consumo de frutas y verduras de comprobada eficacia en las dietas es algo que sin dudas permitirá actuar sobre la salud de la población. Las vitaminas naturales y el equilibrio dietario que muchas veces no se puede alcanzar por una cuestión de hábitos o de

costos tendría de esta manera un fuerte aliado en la política económica que discriminaría positivamente a favor de las frutas.

Este artículo tiene por objeto generar un debate más profundo, hoy inexistente en la sociedad argentina, que asiste impertérrita a las presiones para vender más tecnologías y medicamentos, al accionar de jueces que responden a médicos que prescriben influenciados, a pacientes que incentivados piden cualquier cosa incluso medicamentos no autorizados o en experimentación o determinadas marcas por el solo hecho que el estudio jurídico o el médico prescriptor indicó como irremplazable.

Los legisladores siguen actuando en forma automática alimentando la caldera del financiamiento de la salud hasta el punto que la misma termine estallando o siga ajustando por calidad como lo viene haciendo todos estos años. La carrera de la tecnología médica que viene y que vendrá necesita de parámetros objetivos, de indicadores de costo efectividad que puedan ser medidos y de una clara y rotunda definición de lo que significa utilidad terapéutica. □

Carlos Vassallo. Profesor Economía de las organizaciones de Salud en la Universidad de San Andrés y Profesor Titular Gestión de las innovaciones en servicios de salud de la Escuela de Sanidad de la Universidad Nacional del Litoral. e-mail: cvassallo@udesa.edu.ar

FEFARA
Federación Farmacéutica

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

**La farmacia un
espacio sanitario**

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



¿Cuánto cuestan, cuándo y por qué llegan los reclamos por mala praxis médica?

1.- MATERIAL ANALIZADO:

Luego de cuatro años de trabajo en la atención de reclamos por Responsabilidad Profesional Médica, en la Aseguradora de Responsabilidad Profesional en la que me desempeño, -TPC- estamos en condiciones de evaluar una importante cantidad de Mediaciones Cerradas con Acuerdo y Pago durante el período comprendido entre los años 2004 a julio de 2007, que nos permiten analizar la necesidad de corregir políticas y procedimientos institucionales, para amortiguar el impacto económico que aquellos producen en el patrimonio de las Instituciones Médicas, y evitar aquellos daños que sean evitables.

Para esto se trabajó con 171 expedientes del Departamento de Siniestros de nuestra compañía.

De ellos, cinco fueron desestimados por falta de pago de la póliza y uno por no contar el asegurado con cobertura al momento del acto médico que dio origen al reclamo, por lo que se cerraron con acuerdo y pago 165 casos.

De los 165 casos de Mediaciones Cerradas con acuerdo y pago se aprecia que hay 16 asegurados que tienen entre 3 y 15 casos cerrados, totalizando 96 (58,18%); 11 asegurados con 2 casos cerrados, 22 (13,33%); 47 asegurados con 1 caso cerrado (28,48%).

De los 165 expedientes se consideraron e identificaron aquellos asegurados que tuvieran más de 3 siniestros involucrados en estos casos cerrados, pudiendo destacar que entre 16 asegurados contabilizan 96 casos el 58,18 %.

Si al análisis le sumamos los 11 asegurados que tuvieron dos siniestros, contabilizan 118 casos, es decir el 72,23% de los reclamos.

2.- SIGNIFICACION MONETARIA DE LOS 165 CASOS EVALUADOS:

El Monto Total Reclamado en los 165 casos, ascendió a veinticuatro millones de pesos (\$ 24.709.622,79) siendo el promedio por reclamo de ciento cincuenta mil pesos (\$ 149.755,29) con un monto mínimo reclamado de cuatro mil pesos (\$ 4.000) y un monto máximo reclamado de dos millones trescientos mil pesos (\$ 2.303.000).

El Monto Total Acordado ascendió a cinco millones de pesos (\$ 5.022.432,28) siendo el promedio por caso de doscientos cincuenta mil pesos (\$ 251.121,61) con un monto mínimo de ochocientos pesos (\$ 800,00) y un monto máximo de quinientos mil pesos (\$ 510.000).

El Monto Total pagado como In-

demnización exclusivamente por nuestra Compañía TPC ascendió a un millón y medio de pesos (\$ 1.559.664,94) siendo el promedio de cada caso de nueve mil pesos (\$ 9.452,51) con un monto mínimo de ciento cincuenta pesos (\$ 150) y un monto máximo de ciento setenta y ocho mil pesos (\$ 178.916). Se destaca que en 24 casos TPC, no pagó indemnización.

Por gastos y honorarios en los 165 casos se pagaron \$ 960.337,22 siendo el promedio de \$ 5.583,36; con un monto mínimo de \$ 344,52 y un monto máximo de \$ 53.402,08.

El Monto Total Pagado TPC, que incluye indemnización, gastos / honorarios y al cual se le resta el recupero de franquicia, ascendió a \$ 2.350.079,16; siendo el promedio de \$ 13.663,25; con un monto mínimo de \$ 450,00 y un monto

Gráfico 1: Primeras diez especialidades demandadas en 165 casos cerrados a junio de 2007.

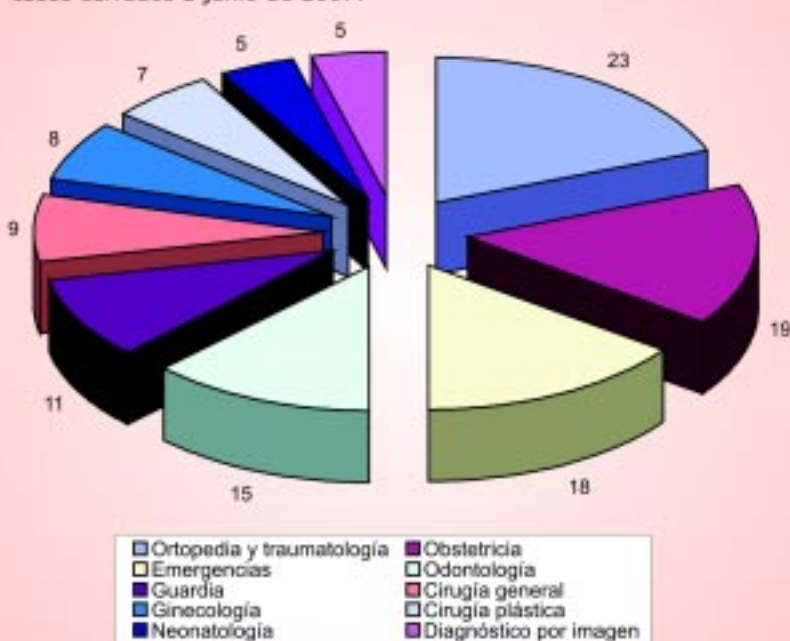


Tabla I	ESPECIALIDAD	N	%	
1.- Ortopedia y traumatología	23	13,94	}	66,63%
2.- Obstetricia	19	11,51		
3.- Emergencias domiciliarias	18	10,90		
4.- Odontología	15	9,09		
5.- Guardia de emergencias	11	6,66		
6.- Cirugía general	9	5,45		
7.- Ginecología	8	4,84		
8.- Cirugía plástica	7	4,24		
9.- Neonatología	5	3,03		
10.- Diagnóstico por imágenes	5	3,03		
11.- Gastroenterología	4	2,42		
12.- Farmacia comercial	4	2,42		
13.- Sin identificar especialidad	4	2,42		
14.- Oftalmología	3	1,81		
15.- No involucra especialidad alguna	3	1,81		
16.- Anestesiología	3	1,81		
17.- Laboratorio externo	3	1,81		
18.- Enfermería (caídas de cama)	3	1,81		
19.- Kinesiología - rehabilitación	2	1,21		
20.- Cirugía cardiovascular	2	1,21		
21.- Clínica médica	2	1,21		
22.- Neurocirugía	2	1,21		
Otras (varias de un caso)	8	7,84		
RC Comprensiva**	2	1.21		
n	165	100		

**** 1 caso caída por hueco del ascensor; 1 caso choque ambulancia con daño al paciente.**

máximo de \$ 198.482,72. La relación porcentual de cada caso se muestra en la Tabla 2. Se destaca que los 5 casos desestimados y el caso rechazado erogaron \$ 21.783,74 en conceptos de gastos y honorarios.

3.- ESPECIALIDADES MEDICAS INVOLUCRADAS EN LOS RECLAMOS

Analizadas las especialidades médicas involucradas en los reclamos, el 66,63% de los mismos, involucra a las siguientes: Ortopedia y Traumatología en 23 casos; Obstetricia en 19 casos; Emergencias (atención médica prehospitalaria) en 18 casos; Odontología en 15 casos; Guardia (servicio hospitalario/sanatorio) en 11 casos; Cirugía general 9 casos; Ginecología con 8 casos y Cirugía plástica con 7 casos. El resto de las especialidades involucradas se presentan en la tabla I.

4.- LESIONES DENUNCIADAS EN LOS RECLAMOS

De la lectura y análisis de la información contenida en los expe-

Un nuevo concepto en salud

Soluciones integrales para sus beneficiarios

4543-6800

Correa 3039 | Capital Federal | Buenos Aires - ARGENTINA
Tel: (54 11) 4543-6800 | Fax (54 11) 4543-9991
Web: <http://www.tmd.com.ar> | E-mail: info@tmd.com.ar

grupo AIR PRODUCTS

TMD
SERVICIOS MEDICOS DOMICILIARIOS S.A.

TMD desde 1994 desarrolla en el país la Atención Médica Domiciliar de distintas patologías. Principalmente aquellas vinculadas a la patología respiratoria crónica, campo en el que actualmente Air Products cuenta con más de 120.000 pacientes atendidos en sus domicilios diariamente, considerando más de 5.000 en Argentina.



dientes, se clasificó a las lesiones que dieron origen a los reclamos en dos grandes grupos:

1. Lesiones posiblemente evitables con programas de gestión de riesgos y seguridad del paciente.
2. Lesiones y/o complicaciones del acto médico inevitables.

Las lesiones posiblemente evitables con programas de gestión de riesgos y seguridad del paciente: fueron reconocidas en 114 reclamos constituyendo el 69.09%. En este grupo se incluyeron aquellos incidentes, que de acuerdo con la información brindada por los registros médicos, por los datos contenidos en los informes de incidentes y que por el cotejo de los informes periciales, pueden reconocerse como originados en fallas en las conductas de los miembros del equipo médico, como resultado de acciones que no se apegan a las normas y/o recomendaciones del buen arte, o bien en dificultades para el reconocimiento de la presencia de factores potenciales y/o reales de riesgo de acuerdo con la patología de base paciente o del tipo de acto médico a prestar.

Las lesiones y/o complicaciones al acto médico inevitables se reconocieron en 51 casos, el 30,91%. En este grupo se consideraron aquellos incidentes, que de acuerdo con la información disponible, fueron el resultado de situaciones sumamente complicadas que presentaban los pacientes al momento del acto médico reclamado, ya sea por su patología de base, por una situación de emergencia o por el tipo de acto médico a prestar. En varios casos los reclamos resultan de la asistencia a pacientes, hospitalizados y/o en domicilio, portadores de cuadros clínicos en estado terminal, en los cuales las posibilidades de intervención exitosa eran escasas. En algunos casos los reclamos se originan en situaciones clínicas, si bien pasibles de ocurrir (ej.: doble circular de cordón umbilical) la oportunidad de intervención médica, está demostrada estadísticamente como escasa y/o casi nula.

Cuando analizamos las lesiones factibles de evitar con programas de gestión de riesgos y seguridad del paciente, que se reconocieron en los reclamos, encontramos que el mayor porcentaje corresponde a lesiones y/pérdida de

piezas anatómicas por atención médica deficiente, el 20,17%, le siguen las distintas lesiones por error diagnóstico inexcusable el 12,28%; los óbitos injustificados con el 10,52%; las quemaduras de piel durante la atención médica generalmente intraquirúrgica con el 7,89%; distintas lesiones por tratamientos odontológicos 7,89%, alergias de distinta naturaleza no detectadas y sus resultados dañosos son el 5,26%; distintas lesiones por demora en asistir al paciente representan el 7,02%; la disconformidad con el tratamiento y/o la atención brindada 5,26%; totalizando el 71,03% de los casos para este grupo. El resto de las lesiones se presentan en la Tabla III.

En cuanto al grupo de: Lesiones y/o complicaciones del acto médico "inevitables", encontramos que el 27,45% corresponden a óbitos, seguidos por las infecciones del sitio quirúrgico el 25,40%, a lesiones de distinta naturaleza por procedimientos quirúrgicos erróneos 13,75%; Feto nacido muerto 7,84%, completando los porcentajes de mayor significación que totalizan el 74,44%.

Tabla II: Lesiones factibles de disminuir con programas preventivos denunciadas en mediaciones cerradas con acuerdo. TPC Departamento Siniestros 2006.

Lesiones Evitables	N	%
Distintas lesiones por Error diagnóstico	14	12,28
Óbitos	12	10,52
Quemadura de piel durante atención médica	9	7,89
Lesiones y/ pérdida de piezas anatómicas por atención Médica deficiente	23	20,17
Alergias de distinta naturaleza y resultados	6	5,26
Distintas lesiones por demora en asistir al paciente	8	7,02
Patologías presentes al momento de consulta no diagnosticada	4	3,51
Disconformidad con el tratamiento y/o la atención brindada	8	5,26
Fractura por caídas de camilla, cama y/u otras	5	4,38
Distintas lesiones por tratamientos odontológicos	9	7,89
Infecciones herida quirúrgica	6	5,26
Aplicación Inyectable por Persona no habilitada	2	3,54
Otras (11 de un caso)	8	7,02
Total	114	100

Tabla III: Lesiones y/o complicaciones del acto médico "inevitables" denunciadas en mediaciones cerradas con acuerdo. TPC Departamento Siniestros 2006.

Lesiones Inevitables	N	%
Óbitos	14	27,45
Lesión distinta naturaleza por procedimientos quirúrgicos	7	13,75
Feto nacido muerto	4	7,84
Infecciones herida quirúrgica	13	25,49
Otros	5	9,80
Distintas lesiones por tratamientos odontológicos	6	11,76
IAM	2	23,92
Total	51	100

El resto de las lesiones con sus respectivos porcentajes se presentan en la Tabla III.

5.- CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS TIEMPOS TRANSCURRIDOS.

Durante el control y análisis de los expedientes de causas cerradas que se revisaron en esta oportunidad, surgió inevitable por el argumento médico defensivo permanentemente expuesto, el conocer cuánto tiempo (en días, meses o años) transcurría entre las fechas significativas en cada siniestro, esto es, el período existente entre la fecha de prestación del acto médico reclamado, la fecha de denuncia del mencionado reclamo por el asegurado, y la fecha de acuerdo definitivo y cierre con pago de la reclamación. La unidad de medida utilizada fue el mes.

Para el total de los casos estudiados (165), el promedio para el lapso existente entre la fecha de realización del acto médico reclamado y la fecha de denuncia fue de 7,9 meses; el límite de menor extensión fue de 4 días y el límite de mayor tiempo fue de 39 meses. (tres años y tres meses).

El promedio de tiempo entre fecha de denuncia por el asegurado del mencionado reclamo y la fecha de acuerdo definitivo y pago fue 7,7 meses; el lapso de menor extensión fue de 1 mes y el de mayor fue de 32 meses. (2 años y ocho meses)

De los 41 asegurados que poseen sólo 1 caso de reclamo, que llegó a cierre por acuerdo con pago en Mediación, el promedio de tiempo entre la fecha de prestación del acto médico supuestamente dañoso y la fecha de denuncia, es de 8,7 meses, con un mínimo de 1 mes y un máximo de 32 meses. El promedio de tiempo entre la fecha de denuncia por el

Asegurado del reclamo y la fecha de cierre del acuerdo con pago es de 5,9 meses con datos similares a la situación anterior. El plazo mínimo de cierre con Acuerdo y Pago fue de 1 mes y el máximo de 32 meses.

6.- CONCLUSIONES:

- El proceso de Mediación Obligatoria -ya sea pública o privada- es apta para lograr soluciones a corto plazo en materia de reclamos por responsabilidad profesional médica, ya sea contra personas físicas o personas jurídicas. Para ello es necesario, Mediadores con conocimiento del proceso y arte para acercar a las partes, así como abogados de ambas partes, dispuestos a tomarse el tiempo necesario para mediar, y Consultores Técnicos Objetivos. Todavía no se ha logrado en la Argentina esta conjunción de recursos humanos.
 - Los montos de los reclamos en esta etapa, resultan exorbitantes. Evaluamos que en ello tiene que ver la falta de conocimiento de los letrados de los requirentes, o bien la necesidad de "entusiar" al requirente o su familia con montos elevados para "tomar" el asunto. Con posterioridad, y cuando se puede establecer la justa medida del daño y los de las patologías preexistentes, resulta muy difícil al profesional, desdecirse de lo prometido.
 - Los montos de los pagos en los acuerdos, representaron un 20% del monto del reclamo inicial.
 - El plazo tan temido por la comunidad médica, de la prescripción de la acción de la víctima de diez años, contado a partir del descubrimiento del
- daño por la víctima directa para el inicio de la acción, hoy se ha visto notoriamente reducido.
 - Los datos de los acuerdos en Mediaciones, no integran las estadísticas de cantidades de demandas en trámite que sin base de datos cierta, circula por los medios de comunicación desde hace más de veinte años.
 - Existe un alto porcentaje de daños que podrían evitarse, con programas de gestión de riesgos y seguridad del paciente, tal cual lo pregonan la OMS, la OPS y la Academia Nacional de Medicina, pero los prestadores institucionales y los financiadores, demuestran poco interés en instrumentarlos.
 - Los reclamos recibidos respecto de las 10 primeras especialidades más demandadas, han sido efectuados en la gran mayoría de los casos, contra Instituciones Prestadoras aseguradas en TPC y no contra médicos de esas especialidades asegurados en TPC.
 - En el análisis que hemos efectuado respecto de la evitabilidad del daño, no ha sido aún considerada la denominada Pérdida de Chance de Curación.
 - Próximamente estaremos en condiciones de publicar el análisis de los daños que fueron motivo de reclamo, en cada una de las diez especialidades más demandadas, de las que da cuenta el presente trabajo. □

Por: Fernando G. Mariona - Abogado - Director Departamento Legal y Técnico de TPC, Compañía de Seguros S.A. y Licenciados en Enfermería Mario Coria y Carlos Gonzáles, Analistas de Riesgo de la misma aseguradora.



ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

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

ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

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

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



“Cosechando Fortalezas”

Huerta y personas en diálisis

La experiencia inédita a nivel mundial de promover la actividad hortícola en pacientes en diálisis para paliar la crisis de 2001 demostró múltiples beneficios que trascendieron el aporte nutricional. Fresenius Medical Care Argentina SA, impulsora de la idea, decidió comunicar estos beneficios a través de una publicación de reciente edición donde cuenta por qué seis años más tarde el programa llega a casi el 50 % de los pacientes.

Porque sus riñones ya no funcionan, más de 7.700 personas concurren 3 veces por semana a uno de los 84 Centros de Nefrología y Diálisis de Fresenius Medical Care Argentina (FME) en 16 provincias. Una actividad impulsada hace más de 35 años cuando la sustitución de la función renal era una opción limitada.

El libro “Cosechando Fortalezas” recopila las reflexiones y testimonios de los protagonistas de una experiencia única: la Huerta-Fresenius y su impacto en la calidad de vida de pacientes que deben su sobrevivencia a la diálisis.

LA HUERTA-FRESENIUS

La crisis que estalló en el país a fines de 2001 puso al desnudo la vulnerabilidad socioeconómica de la población de pacientes en diálisis “Paradójicamente, la supervivencia garantizada por un tratamiento sofisticado y costoso se veía amenazada por estados de desnutrición.”

La crisis, como se atribuye al ideograma chino, resultó una verdadera cuna de oportunidades. Asistidos por la

exitosa experiencia del programa Pro Huerta del INTA, Fresenius Medical Care distribuyó semillas a todos los pacientes dispuestos a probar este camino y la Huerta surgió entonces como una herramienta de rehabilitación para estimular la participación de los pacientes de diálisis y sus familiares en actividades productivas, generando espacios de capacitación y

trabajos grupales. La sinergia y potencialidad de la cooperación entre expertos del INTA y los profesionales de Fresenius Medical Care Argentina derivó en una importante iniciativa en beneficio de los pacientes.

Más allá de los aportes de la horticultura como terapia ocupacional, el estudio de los testimonios de los pacientes revela que el efecto benéfico de la huerta se asoció a la capacidad de recuperar dimensiones perdidas a causa de la enfermedad: una actividad productiva, el dominio de su vida y de su entorno, el sentimiento de responsabilidad y suficiencia, y la posibilidad de compartir una actividad gratificante.

“Fuimos testigos de la fortaleza que demostraron los pacientes para superar la doble adversidad enfermedad/crisis social. Y se pusieron en evidencia las potencialidades -capacidad resiliente- de los pacientes -“la capacidad humana de sobreponerse y ser fortalecido por experiencias adversas” señalaron las autoras, la Lic. Adriana Martorell y la Lic. Marta Lugo, Coordinadora de Rehabilitación y Calidad de Vida de Fresenius Medical Care Argentina.



Acercar semillas en lugar de alimento fue una invitación a dar una pelea activa y un gesto de confianza en sus capacidades, promoviendo su salud mental y calidad de vida.

ALGUNOS DATOS

Cuando se comenzó con esta *intervención activa* las cifras eran llamativas. A comienzos del 2002, devaluación mediante, el 40% de las familias no tenían a su alcance la canasta básica alimentaria y presentaban un nivel educativo bajo. Un 12% vivía en viviendas precarias y no tenían gas ni agua instalada en la vivienda.

Casi la mitad de los pacientes que se dializan, tendrían capacidad para trabajar, pero las estadísticas mostraban que el 77% no lo hacía.

A la hora del balance el 95% de los que sembraron obtuvieron productos de sus huertas para el consumo familiar. El proyecto fue incorporado en el 70% de los 84 Centros de diálisis de Fresenius, siendo las regiones en las que tuvo más desarrollo Gran Buenos



Aires, Litoral y Norte del país.

El saldo más positivo de la experiencia ha sido la mejora en la calidad de vida por el hecho de retomar una vida activa. "Sabemos bien que nuestros pacientes siguen teniendo problemas de pobreza. Como empresa, nos reconforta haber contribuido en un momento muy crítico y nos complace constatar que nuestros equipos

de trabajo están comprometidos con el concepto de que los pacientes se dializan para vivir y no a la inversa. Además del aporte crucial de la tecnología y servicios médicos, debemos acompañar al paciente en la recuperación de su máximo nivel de autonomía generando intervenciones activas de este tipo" señaló la Licenciada Marta Lugo. □



Obra Social
de Actividades
Empresarias

la opción de cambio

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

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





Costos médicos: qué se espera a nivel mundial en materia de incrementos

Por el Dr. Héctor Barrios - Director de Watson Wyatt Argentina

Watson Wyatt acaba de presentar a nivel mundial, los resultados de una Encuesta, basada en la opinión de 85 compañías que proveen seguros médicos a empresas de Asia, Africa, Europa y América, realizada para conocer las expectativas respecto del incremento de los costos médicos en los próximos cinco años.

Las noticias, aunque previsible, no son para nada alentadoras: los costos médicos tenderán a acelerarse en el próximo quinquenio.

Watson Wyatt encontró que casi las tres cuartas partes de los encuestados -el 71%- esperan una tendencia "alta" o "significativamente alta" de crecimiento de los costos. Adicionalmente, un 81% de los encuestados ubicó esa tendencia por encima de la tasa de inflación de cada uno de sus países.

Como en la Argentina las compañías de seguros no se han desarrollado en esta dirección, lamentablemente no se presentan datos sobre nuestro país (aunque por cierto no le resultará difícil a usted tomar algunos

INCREMENTO MUNDIAL EN LOS COSTOS EN SALUD

	2006 Medical Trend	2007 Medical Trend (projected)	2008 Medical Trend (projected)	2006 Inflation ⁽¹⁾	2006 Trends Minus Inflation	Expectations Over Next 5- Years (Median Response)
Asia y Africa						
Bangladesh	3.0	13.0	13.0	5.2	-2.2	Superior
China	15.2	21.2	19.6	2.9	12.3	Superior
Egipto	10.0	15.0	17.5	7.4	2.6	Superior
Hong Kong	6.8	8.8	9.1	0.0	6.8	Superior
India	22.0	25.0	30.0	5.3	16.7	Significativamente Superior
Filipinas	11.6	11.4	11.5	5.1	6.5	Similar
Rusia	13.3	13.7	15.7	16.1	-2.8	Superior
Arabia Saudita	13.3	13.3	16.3	16.0	-2.8	Superior
Singapore	5.5	6.5	7.5	0.2	5.3	Similar
Sudáfrica	7.4	10.0	12.6	6.8	0.6	Similar
Unión de Emiratos Arabes	15.0	10.0	11.0	14.3	0.7	Superior
Europa						
Francia	5.6	6.6	7.3	1.9	3.7	Superior
Holanda	6.0	5.2	6.0	1.5	4.5	Superior
Suiza	3.8	7.5	6.0	1.4	2.4	Superior
Reino Unido	6.0	8.0	8.0	2.4	3.6	Superior
Italia	5.5	11.0	11.3	1.8	3.7	Superior
América						
Brasil	9.2	5.9	7.2	4.3	4.9	Similar
Canadá	12.3	11.5	12.0	2.3	10.0	Superior
Chile	5.8	6.5	7.1	11.7	-5.9	Similar
México	12.0	12.8	12.6	4.5	7.5	Superior
Estados Unidos	8.3	8.0	11.0	2.9	5.4	Superior
Venezuela	31.3	25.0	25.0	16.9	14.4	Similar

⁽¹⁾ World Bank, World Development Indicators, 2007; GDP Deflator

MECANISMOS DE CONTROL DE COSTOS MEDICOS (RESPUESTA PROMEDIO)

	Coseguro	Franquicia	Límite anual de Gasto Personal	Coparticipación en el Costo del Plan
Asia and Africa	2.5	1.9	2.1	2.3
Bangladesh	Ocasional	Ocasional	Ocasional	Ocasional
China	Común	Ocasional	Ocasional	Ocasional
Egipto	Común	Ocasional	Ocasional	Ocasional
Hong Kong	Común	Ocasional	Ocasional	Ocasional
India	Ocasional	Ocasional	Común	Común
Filipinas	Ocasional	Ocasional	Ocasional	Ocasional
Rusia	Nunca	Ocasional	Ocasional	Común
Arabia Saudita	Muy Común	Ocasional	Ocasional	Ocasional
Singapore	Ocasional	Nunca	Ocasional	Común
Sudáfrica	Común	Ocasional	Ocasional	Ocasional
Unión de Emiratos Arabes	Muy Común	Común	Ocasional	Común
Europa	1.9	3.1	1.9	2.4
Francia	Ocasional	Ocasional	Ocasional	Común
Holanda	Nunca	Muy Común	Ocasional	Común
Suiza	Ocasional	Muy Común	Ocasional	Ocasional
Reino Unido	Común	Común	Ocasional	Ocasional
Italia	Ocasional	Común	Común	Común
América	3.4	2.8	2.5	3.0
Brasil	Común	Ocasional	Nunca	Común
Canadá	Común	Común	Común	Común
Chile	Muy Común	Muy Común	Común	Común
México	Muy Común	Ocasional	Ocasional	Común
Estados Unidos	Muy Común	Muy Común	Muy Común	Común
Venezuela	Común	Común	Común	Muy Común

indicadores locales de incrementos y compararlos con los internacionales).

Francis Coleman – Consultor Internacional Senior en beneficios de salud de WW- expuso en el informe: “El incremento en los costos médicos se ha transformado rápidamente en un tema global que alcanza a todas las economías. Muchas de las causas que generan altos incrementos de costos en las empresas de EE.UU. son la mayor utilización, los avances tecnológicos y el envejecimiento, lo que está produciendo efectos similares en todo el mundo”.

Para el año 2008 la mayoría de los países de Africa y Asia están esperando incrementos de dos dígitos. Lo mismo se espera en Latinoamérica, con excepción de Chile y Brasil, donde el incremento estimado será del orden del 7%.

En Europa, la mayoría de los países –excepto Italia– están esperando incrementos de un solo dígito, aunque calculan que también se producirá un fuerte incremento en los próximos cinco años.

Ahora bien, estas tendencias también están generando cambios en la forma de abordar las coberturas en los distintos países, de forma tal de poner un freno a los incrementos de costos. Veamos los mecanismos:

- los “Deducibles” –léase “Franquicia”– se están transformando en algo común en Europa, aunque aún no lo son todavía en Asia.
- los “Copagos”, ampliamente utilizados en América, están comenzando a usarse en Asia y Africa aunque por el momento, son aplicados en menor medida que en Europa.
- el “Out of pocket limit” (un monto anual que pone límite a lo que el beneficiario debe “poner de su bolsillo”) es la práctica menos usual, aunque habi-

tual en algunos países.

- El “Premium cost share”, compartir con el empleado parte del precio del seguro, es actualmente la práctica de mayor crecimiento de utilización a nivel global.

Si en nuestro país –por lo menos a nivel de empresas– completáramos la grilla respecto de las herramientas que se utilizan para frenar el incremento de los costos médicos, en general, coincidiríamos en:

	Coseguro	Franquicia	Límite anual de Gasto Personal	Coparticipación en el Costo del Plan
Argentina	Casi Nunca	Nunca	Nunca	Casi Nunca

Tal vez en el único rubro en donde haya algo más de variables, es en el del “Coseguro”:

- En el personal fuera de convenio es excepcionalmente utilizado.
- En el personal de convenio depende si el servicio es brindado por la Obra Social de la actividad –las que utilizan el copago con cierta frecuencia– o bien si la empresa lo tiene contratado a través de prepagas, en donde es mucho menos habitual encontrarlo.

En resumen:

- El incremento de los costos médicos crecientes es un fenómeno mundial que tiende a acentuarse.
- Nuestro modelo “Sin límite y Sin Cargo” no es aplicado. Por el contrario, hay un proceso general de coparticipación del gasto como una forma de limitar el crecimiento de los costos médicos.
- En fin, amigo lector, cuando veas las barbas de tu vecino cortar.... □



Un verano caliente

Por el Contador Horacio Andrés Buceta - Director de Satiús Consulting Group

Cuando en diciembre pasado sonaron los teléfonos en las gerencias de RR.HH ya todos sabían que los llamados provenían de las gerencias comerciales de las principales prepagas anunciando los próximos aumentos.

Este pedido era esperable, ya que el gobierno había convalidado recientemente una suba del 24% para los planes individuales, y en muchos casos, los aumentos a planes corporativos de enero / marzo de 2007 (16% al 20%) no habían dejado satisfechas a las prepagas.

Lo que no fue esperable fueron los porcentajes de aumentos que recibieron distintas empresas de parte de sus prepagos. El piso se fijó en 23% y hubo casos en que los pedidos de ajuste superaron el 70%.

El porqué de la amplitud del rango puede explicarse en varios factores, pero principalmente en la imperiosa necesidad de los prepagos en equilibrar sus cuentas - de una vez por todas - previendo un escenario muy difícil en el 2008 respecto a aumentos de sus costos y libertad de fijación de precios en planes individuales.

Es así que los grandes clientes con cuentas deficitarias para los prepagos, hasta ahora "subsidiadas" por decisiones comerciales (estrategia de captación, pelea por el market share, temas de imagen, etc...) debieron recurrir a toda su energía negociadora para ser tratadas como "primera línea" y cerrar los aumentos cerca del piso del 23%. Aquellos clientes que se pusieron más duros, están todavía hoy en proceso de licitación de sus coberturas, aunque son los menos.

El desgaste de la negociación estival y la falta de información técnica respecto a la inflación pasada y futura se reflejan en la



reacción de algunos ejecutivos de cuentas de los prepagos que después de insistir en pedidos del 30 al 40%, terminan acordando un 23%.

LA INFLACION LLEGO PARA QUEDARSE

Repasemos rápidamente la ecuación económica de una empresa de medicina prepaga. El costo médico representa entre el 75% y el 80 % de los ingresos por ventas, los gastos administrativos y comerciales un 15% al 20%, y el margen neto entre un 1% al 3% después de impuestos.

Es así que el efecto principal en el desvío de costos se produce en los gastos médicos, que a su vez se componen de dos factores:

1. El precio (honorarios médicos, insumos, internación, prácticas varias, medicamentos, etc.).
2. La utilización (tasas de uso).

Ahora bien, en una economía inflacionaria, es muy difícil actuar sobre el componente precio por fuera de los ajustes de la economía en general, agravados en el sector de la salud por otros factores que arrastran continuos desajustes, a saber:

- Retraso histórico en los honorarios médicos.
- Problemas crónicos de cobranza.
- Carga impositiva no equitativa.
- Costo de la tecnología e insumos importados, falta de financiación adecuada.
- Crecimiento del mercado sin inversión en infraestructura suficiente (camas).
- Ineficiencia operativa y administrativa de los prestadores.
- Falta de controles, corrupción y sobrepagos.
- Concentración de la oferta prestacional en el interior del país.
- Regulaciones y riesgos contingentes (PMO/Praxis médica).

Con estos datos podemos inferir que -a diferencia de otros años en donde los precios se han ajustado en función de ciertas variables puntuales- estamos ahora en pleno proceso inflacionario en donde el sistema ingresó en una espiral sin posibilidad de frenar abruptamente. ¿Por qué podemos afirmar esto?

- Los expertos en cotizaciones y costos de los prepagos están totalmente desorientados respecto de cuál es el índice de ajuste correcto.

- Las prepagas están preparando su estrategia de próximo aumento y generando colchones de precio donde se lo permiten los clientes.
- Hay señales de desabastecimiento (faltan camas).
- Nadie quiere fijar precios por períodos largos en los contratos prestacionales.
- Se perciben los primeros alargamientos en los plazos de pagos a prestadores, síntoma de negocios financieros.

Hasta dónde llega este proceso de recalentamiento es incierto, pero en la medida que los desajustes en el mercado de salud llevan varios años acumulándose, excepto que se enfríe violentamente la economía, las variables van a tardar bastante en volverse a equilibrar.

En resumen, la diferencia entre "ajustes de precios" e "inflación" es la dinámica del proceso de aumentos de precios generada por la conjunción de factores endógenos y exógenos hasta ahora puntuales, pero cada vez más repetitivos.

LOS RESPONSABLES DE ESTABILIZAR LOS PRECIOS O TERMINAR EN UNA "HIPER"

El sector de la salud tiene sus propias reglas económicas, en la medida que la demanda es infinita, siendo los recursos muy limitados. Peor aun, en el subsector de la medicina prepaga, el usuario de los servicios (el paciente) y su proveedor (el prestador médico) acuerdan libremente la prestación, siendo un tercero, el financiador (la Prepaga) quien abona por dicho servicio, con poco o nulo control sobre el costo incurrido o el servicio prestado.

En un proceso inflacionario, este modelo tiene serios riesgos de terminar en una hiperinflación. Existe cierto margen de maniobra para manejar estas variables, pero requiere de la voluntad de todas las partes involucradas y hacerlo en forma coordinada, actuando sobre los componentes del costo:

Acciones sobre el precio. Prepagos y prestadores.

En una economía inflacionaria, y con los antecedentes del mercado de la salud, es muy difícil que podamos actuar sobre los precios

de bienes y servicios médicos con efectividad. Podrán los financiadores y prestadores negociar en forma mas técnica y prolija, pero siempre corriendo detrás de los aumentos de costos del sistema. Sin embargo, hay tareas pendientes que pueden ayudar a delimitar los aumentos y evitar las fricciones inflacionarias típicas en estos procesos:

- Mejorar la puntualidad y plazos de pago a prestadores a fin de evitar los sobrepagos por compensación.
- Sistematizar los procesos de liquidaciones de prestaciones.
- Instrumentar los contratos prestacionales eliminando áreas grises.
- Mejorar las auditorías de terreno y el proceso de autorizaciones.
- Definir a través de comités científicos los protocolos de práctica médica, basados en evidencia y costo eficientes.
- Actuar conjuntamente sobre las regulaciones y los costos impositivos inequitativos.

Acciones sobre las tasas de utilización. Prepagos y clientes corporativos.

Las tasas de utilización de los servicios médicos están relacionadas con:

- La conducta prescriptiva de los profesionales médicos.
- Las características etarias y sanitarias de la población cubierta.

Respecto a la primera, no vamos a ahondar, pero ya hay varias empresas de Medicina Prepaga y Obras Sociales que están implementando los modelos de Profiling que le permitirán evaluar el costo eficiencia y calidad médica de sus prestadores. Son los directores médicos de estas empresas de medicina prepaga los responsables de controlarlos y reducir las tasas de utilización.

En relación a las características sanitarias de la población, tomando en cuenta que las cuentas corporativas tienen una composición etárea relativamente estándar, las acciones que permitan reducir la tasa de utilización tie-

nen que ver con los modelos de prevención, detección de factores de riesgo y educación de los usuarios. Aquí los responsables directos son los directores de RR.HH, ya que una parte muy importante de la política de RR.HH de una empresa tiene que ver con la vida saludable de sus empleados, lo que redundará en mayor productividad, y menores costos médicos.

Si bien en casi todos los planes de medicina prepaga corporativa figuran programas de prevención, y muchas empresas a través de sus departamentos de medicina laboral implementan estos programas, nadie hasta ahora mide el resultado, ni desde el punto de vista de la mejor productividad que estas acciones generan para la empresa ni tampoco respecto a la reducción de costos médicos para el prestador y financiador. Estos datos deberían estar siempre sobre la mesa de negociación entre prepagos y clientes corporativos.

CONCLUSION

Nos queda claro que no existe una única solución mágica para el fenómeno inflacionario, pero que sí podemos evitar el quiebre del sistema y un proceso hiperinflacionario en el mercado de salud. Asimismo, sería saludable contar con algunos mecanismos para facilitar los acuerdos de precios y evitar el pánico, las coberturas de precios en exceso (colchones) y la rotura de una relación de confianza entre clientes y proveedores. Para lograr esto sugerimos transparentar la información de costos a través de:

- Creación de un índice de inflación médica.
- Estandarizar los contratos entre financiadores y prestadores.
- Armar un panel de control sectorizado y regionalizado para analizar desvíos de costos.
- Unificar criterios de ajustes entre clientes corporativos y los prepagos.
- Crear una central de información donde los clientes puedan comparar planes, coberturas y precios de los distintos prepagos abiertamente. □





Conmutativos y aleatorios

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

¿QUE SON?

Una de las tantas clasificaciones de los contratos por sus pares opuestos.

CONMUTATIVOS

En los conmutativos las partes intercambian prestaciones equivalentes: "igual valor" o mejor dicho con una cierta equivalencia: vendemos o compramos una casa, un auto, un kg de papas o una central eléctrica por su valor **"de mercado"**: una suma de dinero con la que podemos comprar un bien igual o similar a otra persona.

Los precios "de mercado puro" son raros, sólo los encontramos en las llamadas "bolsas", sea de acciones o productos físicos (comodities) donde cotizan en forma transparente cada acción de cada empresa y cada tipo de grano debidamente catalogado.

Fuera de estos supuestos el valor está vinculado con el costo de producción (de la casa o la central eléctrica) o con la rareza (si es un Van Gogh) o con una combinación de ambas y también por la subjetividad de las partes (un terreno vale más para el propietario del lindero y por ello está dispuesto a pagarlo más caro).

La equivalencia del valor no es absoluto: no está prohibido hacer malos negocios pero, es imprescindible que exista una cierta equivalencia, que la diferencia de valores no sea "grosera" porque si no caemos en el estado de "lesión enorme" que causa la nulidad del contrato y que cada parte recupere lo que tenía antes de firmarlo. El Código Civil dice que se presume el aprovechamiento cuando exista "notable desproporción" entre las prestaciones". Para tener alguna esperanza fundada de anular un contrato por esa causal, el valor debe estar claramente por debajo de la mitad del real. Sobre esto se han escrito bibliotecas, esta reseña vale como tal.

ALEATORIOS

Los contratos aleatorios son aquellos en que *"las ventajas o pérdidas para ambas partes contratantes o solo para una de ellas dependen de un acontecimiento incierto"* (art. 2501 del C. Civil).

Esta incertidumbre puede existir para ambas partes (aleatorios dobles) como en el contrato de juego (bridge) o apuesta (lotería, ruleta), recordemos que "alea" significa en latín: "dado" y que para tener amparo legal se debe tratar de juegos no prohibidos.

La incertidumbre puede existir para una sola de las partes (aleatorios simples) como el contrato de seguro, la renta vitalicia y el de...medicina prepaga.

En los contratos aleatorios las prestaciones son no equivalentes: si aseguramos el automóvil pagaremos todos los meses durante años y no recibiremos nada (si no hay siniestro) o bien podemos pagar un sola cuota y recibir el valor de un auto (si lo hay). Todo ello en el marco de la más estricta legalidad.

Más allá de lo divertidos que pueden resultar los aleatorios más puros, como el póker, o a la ruleta, vamos a analizar lo que se vincula al sector: el contrato de medicina prepaga.

ALEATORIEDAD QUE NO ES TAL

Recordemos que para que exista un auténtico contrato aleatorio es esencial que exista "incertidumbre" sobre un hecho futuro (o desconocido para ambas partes).

Si no existe tal incertidumbre, o sea si una de las partes sabe que el hecho ocurrió y simula no saberlo para beneficiarse u oculta alguna circunstancia que aumenta el riesgo y que hubiera llevado a la otra a no contratar o hacerlo en otras condiciones (una prima más cara si es un seguro) rompe el factor esencial de la incertidumbre que da motivo a la no equivalencia de las prestaciones.

En derecho de seguros la primera alternativa se llama "falsedad" y en la segunda "reticencia". A un contrato celebrado en fraude le falta la "causa" que es la asunción de la incertidumbre por las dos partes. También viola el principio de la buena fe contractual.

¿COMO SON LOS CONTRATOS DE COBERTURA MEDICA?

La relación financiador / beneficiario individual, es claramente "aleatoria": el afiliado de una prepaga que durante años no utiliza los servicios porque goza de buena salud no puede reclamar la devolución de sus cuotas por falta de uso, ni el financiador alegar que la cuota no compensa los gastos médicos que le causa el afiliado enfermo.

¿CUANDO SE ROMPE LA ALEATORIEDAD DEL CONTRATO DE MEDICINA PREPAGA?

Cuando el afiliado falsea su declaración jurada de ingreso y no revela que sufre de alguna patología o tiene algún hábito pernicioso que no declara y que hubiera llevado a la empresa a no admitirlo.

Se dirá que esta postura es "insensible socialmente" o "contraria al derecho a la vida y a la salud" pero no es así: viola un elemento esencial del contrato ya

que si el afiliado miente está transformando el contrato aleatorio de medicina prepaga en un contrato de atención médica, porque no está pagando la posibilidad de que ocurra un hecho incierto (la enfermedad) sino pagando a precio vil (una cuota de unos pocos cientos de pesos) un hecho cierto: el tratamiento de una enfermedad existente (que le cuesta a la empresa muchos miles). Este real (pero oculto) contrato de atención médica a su vez, está afectado de "lesión enorme", por la grosera disparidad de las prestaciones provocada porque una parte incurrió en "dolo" al mentir y la otra en "error" al aceptar la falsa declaración jurada creyéndola cierta. O sea: cumple a la letra con el art. 954 del Código Civil que autoriza su anulación.

EL "FAVOR DEBITORIS"

Los contratos de medicina prepaga, como todo contrato masivo de consumo, con "cláusulas predispuestas" (donde una de las partes impone a la otra las condiciones) está comprendido en la ley 24.240 de Defensa del Consumidor que en su artículo 3º dice "*En caso de duda, se estará siempre a la interpretación más favorable para el consumidor*".

En la práctica se traduce en que el afiliado puede escudarse en que no le preguntaron si sufría de una patología en particular o que simplemente no lo sabía y como todo se interpreta en su favor el juez le creerá salvo que podamos probar lo contrario.

¿COMO PROBAR EL FRAUDE?

Con declaraciones juradas de ingreso largas y detalladas, las preguntas del tipo "alguna otra enfer-

medad no mencionada en el listado" serán interpretadas como pregunta imprecisa que pudo inducir a error al consumidor sobre declararla o no. En cambio, la incluida en el listado, seguido por el tilde en el cuadrado "no", por su simpleza no se presta a duda.

Para evitar la excusa del desconocimiento de la patología, debe trabajar la auditoría y demostrar médicamente la imposibilidad de la ignorancia.

Animémonos a llamar las cosas por su nombre "fraude", "dolo": hasta los jueces con más sensibilidad social lo pueden entender.

UN PROBLEMA Y DOS SOLUCIONES

El problema: existe una masa de población, enferma, no cubierta por ninguna Obra Social pero con cierta capacidad económica que, justificadamente, no quiere enfrentarse sola al sistema público de salud (y por eso trata de colarse fraudulentamente en las prepagas).

Solución 1: ¿Por qué no crear uno o varios (según el territorio y nivel de cuotas) APE PRIVADO para así poder financiar esos tratamientos? Hasta se podría articular su funcionamiento a menor costo, con los hospitales públicos (si a la gente se le evitan las cosas).

Solución 2: En vez de rechazar sin más a todo aquel que sufra una preexistencia más o menos costosa: ¿por qué no ofrecerle una alternativa a costos razonables?

Si el sector salud encuentra las soluciones, el Estado no seguirá derivándonos sus propias obligaciones. □

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



VIDT CENTRO MEDICO

Excelencia en Terapia Radiante

INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.

CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - USA

ISO 9001: 2000



SINONIMO DE CONFIABILIDAD Y EXCELENCIA

Acelerador Lineal

Simulador Localizador - Planificación Computada

Telecobaltoterapia - Braquiterapia - Implantes

Radioterapia Estereotáxica

Radioterapia Conformacional

con Planificación Virtual Tridimensional

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





Opinión

LA SALUD...

¿Un derecho alienable?

Por el Licenciado Víctor Norberto Cerasale

... "si ustedes no cambian y no se hacen como niños, no entrarán en el Reino de los Cielos. Por lo tanto, el que se humille como este niño, ése es el mayor en el Reino de los Cielos". Evangelio según San Mateo, 18:1-5. (novena parte)

Durante mediados de los noventa, importado bajo las premisas y conceptos del marketing americano y las aseguradoras de salud, bajó para el paciente la "calificación" de "cliente", subyaciendo tras esta adjetivación la intención de transformar al acto médico en un "hecho comercial" donde el paciente "vende enfermedad" y el profesional médico, a cambio, "provee salud". Muchos salieron al cruce de esta situación, entre ellos el recordado Dr. René Favalaro quien no dudó en señalar que *"la medicina sin humanismo médico no merece ser ejercida"*. Sin embargo, el objetivo estratégico estaba cumplido y el "cliente enfermo" se instaló e hizo carne... ya que como decían algunos por entonces y lo sostienen aún, *la medicina es nada más que un acto económico, una transacción, una venta de servicio profesional calificado*. Indudablemente, allí muere el sentido primordial de la profesión, allí sucumben las ciencias, allí perece la esencia de las cosas.

Valdría la pena, reflexionar cuánto nos ha costado adoptar esta receta. Sin duda alguna, el paciente como tal no es cliente de nada, sin embargo esa definición implantó en nuestro medio una segunda intención, la del "reclamo" permanente ya que el *"cliente siempre tiene razón"*, al tiempo que el médico se transformó en algo semejante a una "entidad objetable" bajo cualquier condición. Alguien me decía una vez, por entonces, que en Estados Unidos de Norteamérica los cirujanos tenían en una mano el bisturí y en la otra el Código Penal... De esta forma llegamos a asumir que el paciente puede agredir a un médico a su antojo y nadie hará nada a favor de este último. Cuidado que este fenómeno no es únicamente argentino, antes bien es mundial y se expresa según las culturas y las sociedades.

Detrás de lo antedicho comenzó a cuestionarse el contenido de las ciencias médicas, partiendo de la base que si quien la expresa lo es, por carácter transitivo el origen del conocimiento también lo será. Curiosamente, la ausencia de jurisprudencia apropiada y el oportunismo de la industria del juicio propiciaron que cualquier "acto médico" estuviera en condiciones de ser alegremente puesto en duda, objetado, enjuiciado, y expuesto públicamente como un acto delincencial. La consecuencia simple y única ha sido que se rompió definitivamente la relación médico/paciente porque el primero se ve obligado a pensar hasta diez veces antes de decir algo que se le vuelva en contra, mientras que el segundo anota todas las opciones que podrán favorecerlo en un eventual juicio. Desde luego todo esto no es lineal y se mezcla una y otra vez en una especie de solución de venenos que aun no ingiriéndolos afectan a la mente de la sociedad en su conjunto.

Muchos renombrados abogados de nuestro medio hicie-

ron fortunas aprovechando las debilidades de unos [médicos], y de otros [pacientes]. Ni qué hablar de lo que vino detrás, casi simultáneamente, el monumental negocio de los seguros. Nadie reparó que todo ello, junto con la desregulación del ejercicio profesional (en general) impuesta en los noventa, tenía como intención destruir la "ética" como fundamento último de toda acción profesional facilitando la implantación del *"cualquier cosa es posible"*, o el *"todo es válido"*. De esta triste forma la "ciencia" se transformó y fue invadida por el "oportunismo".

Establecidas las bases para destruir los fundamentos de la SALUD PUBLICA se adoptaron decisiones complementarias orientadas a dismantelar la investigación propia de las ciencias médicas en nuestro país y allí la Argentina perdió (por una simple y casual falencia administrativa) un fondo de investigación internacional de suculento volumen que le había sido asignado por años...

La conclusión es simple: *el médico y su paciente se convirtieron en variables de ajuste de un modelo perverso donde la salud no sólo no es un derecho sino que además de ser cuestionable no reviste el carácter social de PUBLICA*. En dicha situación ambos actores perdieron su "dignidad" como personas. Lo expuesto aquí se expande hacia todo el equipo de salud de la misma forma que alcanza a todas las personas, cualquiera sea su condición. Ahora, los derechos sociales de cada quién están "alienados" y así como la gestión política de los 90 y luego la de la crisis de 2001 (con todos sus actores políticos) determinaron la pérdida cuasidefinitiva del derecho privado condicionándola por el: *"según de quién se trata y cuánto tiene"*, a lo que habría que agregarle *"a quién le ha vendido el alma"*, o *"a qué bandería política pertenece"*, etc.

Todas estas definiciones y recetas provienen del BANCO MUNDIAL entidad, que sin embargo tiene como VISION: *"nuestro sueño es ver un mundo libre de pobreza"*. Curioso cuando la misma crece geométricamente y donde dos tercios de la humanidad están excluidos de todo (ni qué hablar de la salud).

El centro mundial que "difunde" y sostiene las "ventajas" del modelo enseña la siguiente perspectiva, paradójica y atroz. Veamos una vez más los gastos sanitarios nacionales por rubro en el ámbito de los Estados Unidos de Norteamérica: Actualmente, Estados Unidos de Norteamérica cuenta con cerca de tres mil aseguradoras de salud que "cubren" a aproximadamente 152 millones de norteamericanos ($\pm 70,2\%$). No obstante el autoseguro habilita a los empleadores a "burlar" la reglamentación estatal del seguro a través de la Ley de Ingresos y Seguridad del Retiro de los Empleados

OBJETO DEL GASTO	1993	1996	1999
GASTADO POR:			
CONSUMIDORES	444,5	492,5	587,7
EN EFECTIVO	148,9	155,0	186,5
SEGUROS PRIVADOS	295,7	165,5	401,2
GOBIERNO	390,3	484,4	548,5
OTROS	52,7	61,1	74,4
GASTADO POR:			
Servicios y suministros de salud	855,8	1.003,8	1.170,8
Gastos de asistencia individual	775,8	911,9	1.057,7
Atención hospitalaria	320,0	355,9	390,9
Servicios médicos y clínicos	201,2	229,3	269,4
Servicios odontológicos	38,9	46,8	56,0
MEDICAMENTOS y otros artículos médicos perecederos	74,7	94,3	130,3
PRODUCTOS OFTALMOLOGICOS y otros artículos médicos perecederos	12,8	15,3	16,9
TOTAL	887,6	1.038	1.211
Porcentual del PBI	13,4	13,3	13
FUENTE: Centers for MEDICARE and MEDICAID Services (Ex - US Health Care Financing Administration). Debe leerse en miles de millones de dólares. Elaborado en 2001.			

[ERISA], al tiempo que 40% de dicho universo poblacional está cubierto por estos "autoseguros".

El MEDICAID contiene un 8,8% de varones y un 11,6 de mujeres, pero es llamativo que entre los 18 a los 34 años la frecuencia de cobertura es reducida significativamente en relación con los niños y el grupo de la tercera edad. Incluso las coberturas de seguro privado proveen una póliza extendida desde los padres hasta los 18 o 22 años (según el Estado) siempre que sean estudiantes a tiempo completo.

En este contexto la reflexión sería: *no es lo mismo ser carente en un país rico, que ser un marginado en un país pobre*. Allí, tal como funciona el sistema, no hay alternativa. Aquí, mediados por el imperio de la confusión, quizás el paciente halle alguna. A lo dicho habría que agregar que en Estados Unidos el endeudamiento personal ha aumentado al tiempo que los impuestos a la riqueza y a las corporaciones han decrecido significativamente. En 2003, los indicadores han mostrado que la "SALUD SOCIAL" se ha reducido en un 20% al tiempo que los económicos medidos por el PBI crecieron un 174%.

Detrás de todo esto, el grado de satisfacción de los usuarios del modelo no es un buen indicador, y en el mundo tan contradictorio que transitamos por estas horas, los "clientes" devenidos en "pacientes" prefieren las coberturas sociales propias de los modelos públicos que contemplan la asistencia total y absoluta de los cuadros clínicos crónicos (aspecto no considerado por el modelo americano).

En este punto, vale detenerse y hacer referencia a situaciones preocupantes:

1. En los últimos años ha disminuido la tasa de inmunizaciones (tanto en U.S.A. como en los países desarrollados).
2. Se ha incrementado significativamente la diseminación mundial de las inmunodeficiencias.
3. Se ha incrementado notablemente el embarazo adolescente, en especial en la etapa de 13 a 15 años de edad. Fenómeno exponenciado en los sectores sociales margi-

nados, donde un "hijo" es el único sentido de "pertenencia"...

4. Se observa un incremento dramático en el porcentual de accidentes así como de la violencia "familiar" y social cuya consecuencia directa son las lesiones incapacitantes o la muerte.
5. Han aumentado los trastornos de la conducta elevando la tasa de suicidios.
6. Se han incrementado epidemiológicamente las expresiones tumorales. El cáncer de pulmón aumenta entre las mujeres y declina en los varones. La tasa de supervivencia de las mujeres de raza negra e hispanoamericanas con cáncer de mama es 18% menor que entre las caucásicas.
7. Aumentan las enfermedades transmitidas por alimentos alcanzando niveles epidemiológicos.

Podríamos seguir la lista pero no es parte de nuestro objetivo transmitir dramatismo sino llamar a la reflexión. Sería. Profunda. Consistente. Una vez más, si el país más importante del planeta no cuenta con un modelo de cobertura universal que ASEGURE LA SALUD PUBLICA de su gente, allá ellos... pero nosotros aquí, lejos, en un país empobrecido, ameritamos establecer de una vez por todas un sistema de SALUD PUBLICA con cobertura universal que no dependa del antojo sindical, tampoco de la calidad de la hotelería, sino que garantice "calidad de la atención médica para quien la necesite", hoy, mañana y siempre. Prescindamos de las recetas del marketing, por favor... nada es más importante que las personas, único capital cierto de un país que se precie de tal. PERSONA = SOBERANIA... □

Licenciado Víctor Norberto Cerasale. 2008-02. Fuentes: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA); Food and Drug Administration (FDA); National Organization for Rare Disorders (NORD); National Cancer Institute (NCI); National Institute of Health (NIH); American Cancer Society; (U.S.A.); 2005, 2006, 2007; Organización Panamericana de la Salud, febrero de 2002. Copyright by Cerasale, 2008. Derechos reservados. Exclusiva para Revista Médicos, Medicina Global.





OCAÑA ACORDO CON ZIN TRABAJAR CONJUNTAMENTE PARA FORTALECER LA ATENCION MEDICA EN BUENOS AIRES

La Ministra de Salud, Graciela Ocaña, se reunió con el titular de la cartera sanitaria bonaerense, Claudio Zin, para evaluar en conjunto el desarrollo de tareas tendientes a fortalecer la atención primaria de la salud en el ámbito provincial y en especial en el conurbano bonaerense. Ocaña, al señalar al Ministro "la necesidad de terminar con las inequidades, le solicitó expresamente que "trabajemos juntos también para superar la problemática de los hospitales y ampliar los turnos de atención".

Zin por, su parte, se mostró predisposto a aceptar el ofrecimiento, por lo que ambos funcionarios acordaron llevar adelante todo el trabajo que resulte necesario para "multiplicar y reforzar los centros de atención primaria, de manera que no se concentre toda la demanda en los hospitales", tal cual señaló Ocaña, quien además manifestó que "los hospitales deben ampliar la franja horaria para facilitar la contención de la población". ■

ASSIST-CARD CONTINUA CRECIENDO

Días pasados se realizó, en el marco de una emotiva ceremonia, la inauguración de las nuevas oficinas de ASSIST-CARD Miami. Las mismas se encuentran en el nuevo Edificio ASSIST-CARD, ubicado en una de las zonas más comerciales de Miami. El crecimiento que registró la compañía en este último año y el interés por brindar el mejor servicio a sus clientes fueron las principales razones a las que obedece este cambio, el cual permitirá brindar un servicio mucho más ágil y organizado.

Asimismo y continuando con la expansión a nivel mundial de la marca ASSIST-CARD, la compañía instaló un cartel en el exterior del edificio para establecer e identificar aún más la marca en el país.

La ceremonia estuvo a cargo de Ni-



DI CESARE DEFINIO LA NUEVA ETAPA DEL PAMI

El Director Ejecutivo de Pami, Luciano Di Césare, inauguró en el edificio de la Jefatura de Gabinete, la reunión con los titulares de las Unidades de Gestión Local (UGL) y jefes de Agencias de todo el país, para desarrollar los principales lineamientos de trabajo de la nueva gestión. En el encuentro también hablaron el Síndico General, Marcelo Couvin y la Doctora Sandra Onetti a cargo de la Unidad Físcal de Investigaciones UFI-Pami.

Para continuar y profundizar los cambios que se llevan adelante desde el año 2004, pero a su vez dar inicio a una nueva etapa, Di Césare sostuvo la necesidad de optimizar los recursos: "Vamos hacia la sistematización completa del Instituto, brindar una mejor prestación cada día significa realizar un trabajo responsable pero también inteligente y esto se logra aprovechando al máximo nuestra capacidad de gestión".



colás Keglevich, Director General de ASSIST-CARD, junto a directivos de ASSIST-CARD Miami. Luego de la tradicional bendición que realiza la compañía en cada inauguración, los invitados realizaron una recorrida por las instalaciones. ■

SIEMENS IT SOLUTIONS AND SERVICES DIGITALIZA LA PRODUCCION INTERNA DE ITV

Siemens IT Solutions and Services ha integrado con éxito un sistema de Producción Digital para ITV Productions, la división productora de programas de ITV plc, la mayor red de televisión comercial del Reino Unido. Tras haber participado de las etapas de diseño, construcción e instalación del sistema tape-less, Siemens ahora brindará servicios de soporte y mantenimiento durante los próximos tres años.

Al eliminar las ineficiencias del actual proceso basado en grabación en cintas, el nuevo sistema agilizará de manera notable la producción de programas, convirtiendo los contenidos entrantes en archivos digitales, creando así elementos audiovisuales digitales

que pueden almacenarse y recuperarse en una biblioteca central. ■

TECNOLOGIA AL SERVICIO DE LOS MAYORES

ATEMPO, una compañía de servicios y soluciones de vanguardia en atención a personas, propone una interesante alternativa a través de la aplicación de innovadoras tecnologías informáticas y de telecomunicaciones: la teleasistencia domiciliar. Un sistema establecido con éxito en países como Gran Bretaña, España, Israel y Estados Unidos, aparece como una de las alternativas más seguras y funcionales para el cuidado de los adultos mayores.

La idea es mantener la independencia, el bienestar y la confianza de los adultos mayores en su hogar, sabiendo que detrás de ellos hay un equipo de profesionales ampliamente capacitados para contener y dar solución inmediata a sus necesidades. Ahora bien, ¿cómo funciona? Basta pulsar el botón de ayuda personal, que el usuario lleva consigo en forma de reloj muñeca o colgante, desde cualquier lugar de la casa, para que una señal llegue a una central de teleasistencia que recibe la emergencia. ■

ASSIST-CARD ARGENTINA -DIVISION SALUD- FIRMO UN IMPORTANTE ACUERDO CON SAMI

El pasado mes de enero, ASSIST-CARD Argentina, División Salud firmó un importante acuerdo con SAMI – Centro Médico Mar del Plata. SAMI es una de las instituciones médicas de mayor prestigio en la ciudad de Mar del Plata, y gracias al acuerdo suscripto entre las empresas, desde el mes de enero brinda el servicio de asistencia al viajero a través de la compañía número uno del mundo, ASSIST-CARD. Los asociados de SAMI, podrán contar con asistencia tanto en la Argentina, como en el resto del mundo las 24 horas los 365 días del año.



CAMPAÑA DE VERANO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD



La ministra de Salud de la Nación, Graciela Ocaña, acompañada por el director ejecutivo del Pami, Luciano Di Césare, y los secretarios de la cartera sanitaria Carlos Soratti y Alberto Hernández, encabezó en Mar del Plata el acto de lanzamiento de las campañas de prevención y promoción de la salud que el ministerio y el Instituto llevaron adelante en la costa atlántica. La Mi-

nistra estuvo presente en las instalaciones dispuestas por el ministerio de Salud y el Pami en la rambla marplatense, donde se realizaron controles preventivos de hipertensión y glucemia, entre otros, y se distribuyó material informativo y preservativos para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/SIDA.

La campaña se lleva a cabo en Mar del Plata, Miramar, Villa Gesell, Necochea y Santa Teresita, entre otros destinos turísticos, y tiene como objetivo brindarle servicios a los afiliados que se encuentran de vacaciones o lejos de su lugar de residencia, para lo cual se han dispuesto carpas que son atendidas por enfermeros y asistentes que brindan asesoramiento a los beneficiarios. ■

MIRANDO HACIA EL INTERIOR DEL PAÍS

La División Salud de ASSIST-CARD Argentina, empresa líder en servicios de asistencia al viajero, incorporó a los Señores Nicolás De Martino y Marcos Serruya, en el staff comercial. Nicolás De Martino, de 33 años, casado y con dos hijos, cuenta con una vasta trayectoria en el mercado de asistencia al viajero, al igual que Marcos Serruya, de 38 años, casado y con tres hijos, quien se desarrolló en los últimos seis años como Gerente General de UDEM Emergencias Médicas en la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Los ejecutivos se suman al Staff de esta unidad de negocios, actualmente conformada por la Ejecutiva Romina Favalloro, quien cuenta ya, con varios años en la Compañía en la expansión de nuevas cuentas del sector y Laura Rosetti atendiendo en forma exclusiva a los socios del

Plan de Salud del Hospital Alemán. Estas incorporaciones obedecen al vertiginoso crecimiento que registró la División Salud de ASSIST-CARD Argentina en el interior del país en el último año. ■

ASUMIO LA CONDUCCIÓN DE OSPRERA

En enero asumió la conducción de la Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina (OSPRERA). El acto se realizó en la sede gremial ubicada en Reconquista N° 630 de la ciudad de Buenos Aires.

El Consejo Directivo y la Comisión Revisora de Cuentas de la obra social rural fue puesto en funciones por el Secretariado Nacional de la Unión Argentina de Trabajadores Rurales y Estibadores (UATRE), tal como lo establecen los artículos 10 y 29 del estatuto de OSPRERA. El Consejo Directivo tendrá

por miembros titulares a Gerónimo Venegas (Presidente), Cecilio Salazar (Vicepresidente), Mario Suárez (Tesorero), Rubén Benítez (Secretario de Acción Social) y Carlos Caballero (Secretario de Actas). Las autoridades tendrán mandato por cuatro años, pudiendo ser reelectas. ■

CONSOLIDAR ART PUSO EN MARCHA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Por cuarto año consecutivo, Consolidar ART puso en marcha el programa de prevención de accidentes en niños, "Mejor Prevenir" esta vez en Tucumán.

En 2004, la primera edición de la campaña alcanzó a más de 400 colegios de la Ciudad de Buenos Aires y GBA. Al año siguiente, se sumaron otros 200 en las ciudades de Córdoba, Neuquén y Salta. En el 2006 se llegó a 210 colegios más en Capital y GBA y a otros 60 en la ciudad de Rosario. En el 2007 se incorporaron 50 colegios de la Provincia de Tucumán llegando de esta forma y desde su inicio a capacitar a más de 36.000 alumnos y alcanzando año tras año a cubrir las principales plazas del país. ■

LA DIVISION SALUD DE ASSIST-CARD INCORPORA NUEVOS CLIENTES

La División Salud de ASSIST-CARD Argentina anunció que en los últimos meses sumó a su extensa cartera de clientes, importantes empresas del sector. Las empresas cordobesas MEDITERRANEA SALUD, CESOPOL SALUD y GEA MEDICINA PRIVADA, dedicadas a la atención médica, incorporan el servicio de asistencia al viajero brindado por ASSIST-CARD, la compañía número uno del mundo de asistencia al viajero. El servicio es extensivo para toda la Argentina y Países Limítrofes. Asimismo, EMERGER SALUD, empresa destinada a brindar protección médica y con una vasta trayectoria en emergencias médicas en la Ciudad de Rosario, a partir de un acuerdo firmado con ASSIST-CARD, brinda el servicio de asistencia al viajero en la Argentina y Países Limítrofes. MUTUAL REGIONAL de Rosario también se suma a este importante desafío brindando asistencia nacional a todos los afiliados de la misma. ■



Bristol-Myers Squibb

BRISTOL-MYERS SQUIBB Y FUNDALEU RELIZAN ESTUDIOS EN TODO EL PAÍS

Bristol-Myers Squibb, en el marco de su compromiso con la comunidad, decidió realizar junto con FUNDALEU, Fundación para Combatir la Leucemia, estudios moleculares (no nombrados) a 100 pacientes con Leucemia Mieloide Crónica, sin cargo, en todo el país.

Gracias a una beca que el Laboratorio otorga a Fundaleu, cada paciente puede acceder, a través de su médico, a este estudio molecular, con un seguimiento personalizado por el plazo de 2 años, que permite mejorar su sobrevivencia ya que facilita la cuantificación de la enfermedad residual para evaluar la respuesta al tratamiento, en otras palabras, facilita la detección temprana de la recaída de la enfermedad y el médico puede decidir un cambio inmediato de tratamiento. ■



OSEAM APUNTA A LA PREVENCIÓN DE LA SALUD DE SUS AFILIADOS

La Obra Social Encargados Apuntadores Marítimos OSEAM comenzó su campaña de prevención para todos sus afiliados. La idea es buscar que el beneficiario mejore su calidad de vida y no se enferme. El plan comienza con la educación e información para todos los beneficiarios de la Obra Social en la prevención de dislipemias, cáncer de cuello de útero, cáncer de mama, diabetes, obesidad, cáncer colorrectal, hipertensión arterial y tabaquismo. A través de la resolución 806 de la Superintendencia de Servicios de Salud para que las Obras Sociales puedan trabajar en la prevención y la mejora en la salud de los afiliados, OSEAM comienza su campaña durante este año. El plan consiste en: la implementación de una línea 0800, distribución de folletería, información a través de los medios y por supuesto una comunicación directa con el afiliado, para que se acerque a su Obra Social y tome conciencia de que necesita de la prevención para mejorar su calidad de vida. ■

UNIVERSAL ASSISTANCE ESTUVO PRESENTE EN EL FESTIVAL DE TREKKING

Este verano, Universal Assistance, empresa líder en el mercado de asistencia integral con más de 27 años de trayectoria nacional e internacional, participó del primer festival de trekking "Villa La Angostura 2008". El evento comprendió una semana de trekking donde cada participante vivió una experiencia diferente en un escenario de una belleza natural sin límites. La Municipalidad de Villa La Angostura lo ha considerado un evento deportivo-cultural de

UN NUEVO SANATORIO PARA LOS FERROVIARIOS DE ROSARIO



La Obra Social Ferroviaria (OSFE) inauguró el 1 de febrero, su nuevo centro asistencial en Rosario, que cuenta con 125 camas de internación y una infraestructura especialmente destinada para partos y atención pediátrica. Se trata del Sanatorio Julio Corzo, ubicado en San Juan 3040 de la ciudad santafesina, que contará con 14 unidades críticas para internación de adultos, 16 unidades para neonatología y un piso completo destinado a atención de partos. A su vez, el nuevo centro hospitalario que brindará servicios a la familia ferroviaria cuenta con un sector exclusivo de internación para niños. El Sanatorio Julio Corzo brindará, además, atención ambulatoria en las distintas especialidades clínicas e incluirá atención de emergencias por guardia. Para urgencias domiciliarias, la obra social dispuso la atención durante las 24 horas. ■



interés para la comunidad, que además fue apoyado por las distintas cámaras que conforman el quehacer turístico de la localidad. Fueron tres eventos deportivo-turísticos en los que cientos de personas disfrutaron del contacto pleno con la naturaleza. Universal Assistance brindó su apoyo a este importante encuentro deportivo. De esta manera continúa reforzando sus lazos con la comunidad, para seguir brindando los mejores servicios, a la vanguardia de la asistencia integral. ■



GALENO ADQUIRIÓ TECNOLOGÍA DE GE HEALTHCARE

Galeno, la empresa de salud más grande de la Argentina, adquirió tecnología de GE Healthcare por un valor total de 2.5 millones de dólares para su nuevo Sanatorio de la Trinidad en San Isidro. Se trata de cinco nuevos equipos de Diagnóstico por Imágenes de última generación para Resonancia Magnética, Tomografía Computada, Angiografía Digital y Rayos X, cuya instalación y entrada en funcionamiento está prevista para fines de 2008. De esta manera, GE Healthcare, junto a su Representante en la Argentina GEMED SRL, proveerá: un equipo de Resonancia Magnética Superconductivo de Alto Campo, un equipo de Tomografía Computada Volumétrica de 64 Canales, un Angiógrafo de Panel Digital para aplicaciones cardiovasculares, una Mesa Fluoroscópica para estudios digestivos por Rayos X y una Mesa de Rayos, para estudios radiográficos convencionales. ■

EL GRUPO IMAS INCORPORA NUEVO DIRECTOR DE OPERACIONES Y GERENTE DE SISTEMAS



Universal Assistance y Travel Ace Assistance, empresas líderes en asis-

tencia al viajero, anunciaron la designación de Esteban Bluvol como Director de Operaciones de la compañía. El ejecutivo cuenta con más de 8 años de carrera profesional en el mercado de la salud y la asistencia, habiéndose desempeñado como Gerente de Finanzas y de Operaciones en Vittal. En 1999, Bluvol se graduó como Contador Público Nacional en la Universidad de Buenos Aires. Además, entre 2003 y 2004, realizó un Master en Business Administration en la Universidad del CEMA, con orientación en Dirección de Empresas.

Asimismo, anunciaron también la incorporación de Sebastián López Brusa como nuevo Gerente de Sistemas de la compañía. Su sólida experiencia laboral y su excelente preparación académica le han permitido asumir este puesto gerencial.

El ejecutivo, es Licenciado en Informática, graduado de la Universidad Nacional de La Plata. Durante los últimos 6 años, trabajó como responsable del área de Sistemas y Tecnología de la Información de Kordsa Argentina. ■



SWISS MEDICAL CON NUEVA SEDE EN TANDIL

La compañía de medicina privada continúa expandiéndose en el interior con la inauguración de su nueva sucursal en Tandil. Swiss Medical Medicina Privada, incrementa su presencia nacional con la inauguración de su nueva sucursal ubicada en San Martín 365 de la ciudad de Tandil, Provincia de Buenos Aires. De esta manera, la empresa supera las 40 oficinas. Swiss Medical Medicina Privada, empresa líder en servicios de salud cuida la salud de más de 700.000 asociados. ■



A. HERNÁNDEZ / AGENTIA - algunos datos de la RED SODUS



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.

> SODUS / G
Av. Belgrano 1683, 3º piso
Capital Federal, C.P. (1083)
(011) 4371-1096 (líneas rotativas)
info@sodus.com.ar www.sodus.com.ar
Consultorios Propios
Tel.: 4382-5766 (líneas rotativas)

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

TPC MAS CERCA DE LOS PRODUCTORES



TPC Compañía de Seguros S.A. ha celebrado un acuerdo de colaboración con la empresa "Contacto Profesional", la misma cuenta con una amplia experiencia en el dictado de cursos de capacitación en diversas áreas. Con motivo de este acuerdo, en una primera etapa, para los meses de febrero y marzo la compañía otorgará la posibilidad de participar en forma totalmente gratuita en distintos seminarios de capacitación a los Productores Asesores de Seguros. Convencidos que en la actualidad se exigen conocimientos múltiples y entrenamiento constante, TPC sigue fortaleciendo su principal canal de venta brindándoles herramientas útiles que contribuyan a seguir trabajando cada día en forma más profesional. ■

UA DIJO PRESENTE EN EL DESFILE DE GIORDANO

Universal Assistance, empresa líder en el mercado de asistencia integral, estuvo presente en el desfile de Punta del Este de Roberto Giordano. El megaevento se llevó a cabo en el Hotel Conrad. Participaron del desfile más de 100 modelos, luciendo ropa, calzado y accesorios. Teté Coustarot, volvió a ser la coanfitriona del estilista, sumándole más glamour a la velada. Desde la tribuna, junto a Oscar Civile, presidente de Universal Assistance, estuvo presente el famoso locutor Pancho Ibáñez, la nueva imagen publicitaria de la empresa de asistencia al viajero. Con el aval de una de las personalidades públicas de mayor



credibilidad del país, la imagen de Universal Assistance fortalece el prestigio y relevancia que la caracterizan. La campaña comenzó a mediados del año pasado con un fuerte impacto en televisión, radio, gráfica, Internet y vía pública.

IMPORTANTE REUNION DE C.O.S.S.P.R.A.- C.U.B.R.A.



En el mes de febrero del corriente año se reunieron los presidentes de la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República

Argentina (C.O.S.S.P.R.A.) Cdor. Mario Koltan y de la Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (C.U.B.R.A.) Dn. Carlos Navarro, quienes abordaron un extenso temario de especial interés para ambas entidades. Acordaron desarrollar convenios de colaboración en la prevención de enfermedades de la población beneficiaria de las Obras Sociales Provinciales a fin de propender o mejorar el acceso a todos los lugares del país a los análisis correspondientes para la detección temprana de factores de riesgo en diabetes y dislipemias. ■

LA CLINICA DEL SOL FUE DISTINGUIDA CON LA "ACREDITACION PLENA"



La Clínica del Sol (CDS), institución para internación de adultos de carácter polivalente, fue distinguida por el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), con la "Acreditación Plena", en reconocimiento a su excelencia y calidad médica. A partir de esta distinción, la Clínica del Sol, ratifica nuevamente, sus altos estándares de atención y calidad médica. La acreditación ITAES certifica la calidad de la atención médica que brindan los establecimientos de salud, a través de la verificación y análisis de un modelo de medición elaborados por especialistas provenientes de diversas sociedades científicas. Dentro de esos estándares se evalúan diferentes aspectos, tales como planta física, proceso de atención médica y nivel de satisfacción de usuarios. ■

OSDO CERRO EL 2007 CON UN CRECIMIENTO UNIFORME

OSDO, la Obra Social de Dirección, ha cerrado el 2007 con una recaudación de \$ 27 millones - aportes y contribuciones Ley 23.660 -, lo cual representa un 8 % más que el año anterior. Con respecto al 2008, OSDO proyectó un crecimiento poblacional de afiliados del 5 %, con un incremento de la recaudación del 10 %. Según las últimas mediciones del mercado realizadas durante el último año, OSDO posee un posicionamiento cualitativo que la ubica entre las principales Obras Sociales de Dirección. Por otra parte, su cartera actual asciende aproximadamente a 30.000 afiliados obligatorios distribuidos a nivel país, en importantes empresas de extensa permanencia en la entidad. ■

UNIVERSAL ASSISTANCE RECERTIFICO LA NORMA ISO 9001-2000

Universal Assistance, empresa líder en el mercado de asistencia integral, demostró que sus 27 años de trayectoria nacional e internacional se ven reflejados en la calidad de atención y respuesta de la central operativa a nivel mundial. La recertificación de la norma ISO 9001-2000 reafirma su capacidad operativa a nivel mundial y demuestra una vez más que todos pueden seguir confiando en la propuesta de Universal Assistance.

La recertificación fue otorgada por TÜV Rheinland Group, esta entidad es quien respalda el certificado y da crédito a la excelencia del servicio brindado, que es proveer ayuda inmediata ante cualquier emergencia, resolviendo inconvenientes y respondiendo con eficacia en todo momento y lugar. Para lograr dicha certificación, Universal Assistance contó con el asesoramiento externo de Deadline Consulting Group. ■





intelexis

Un espacio de vida

Conducen

Prof. Guillermo García Caliendo

Dr. Guillermo Capuya

Martes a las 19 hs.

intelexis@fibertel.com.ar



Lunes 18:30 hs.



sección salud
la salud en estudio

Canal 13 (Multicanal y Cablevisión)

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



Medical Brokers®



Los médicos del estado de Pennsylvania continúan mudándose a otros estados

Debido al aumento de las primas de los seguros de responsabilidad profesional y a los riesgos de ser demandados... muchos médicos se mudan de estado buscando menores precios. Está claro que los riesgos a ser demandados no responden a la misma regla...

Hace unos meses salió publicado en un diario local del estado de Pennsylvania que tomando en cuenta el aumento que están teniendo las primas de los seguros de responsabilidad profesional, y sumado a ello los riesgos de ser demandado, el Dr. Daniel Zimet se mudó con su familia al estado de Virginia buscando mejores horizontes.

En Virginia, este médico paga u\$ 33,000 al año por su seguro de responsabilidad profesional, por el cual sus colegas de Pennsylvania están pagando u\$ 172,000.

Zimet dijo que cuando ejercía en ese estado sentía que ponía su cabeza en la guillotina día tras día. Afirma que la mitad de los cirujanos ortopedistas del estado son demandados. Según sus palabras, de los 800 profesionales ortopedistas que hay en ese estado, 400 son demandados cada año. Zimet afirmó que "la constante ame-

naza de demanda distrae continuamente a los médicos de su ejercicio profesional. El médico debería concentrarse en su paciente, y no en el abogado de su paciente."

... "la constante amenaza de demanda distrae continuamente a los médicos de su ejercicio profesional.

El médico debería concentrarse en su paciente, y no en el abogado de su paciente."

La Pennsylvania Medical Society (Sociedad Médica de Pennsylvania) también expresó su preocupación al respecto. La sociedad se percató del hecho de que la cantidad de médicos jóvenes que forman

parte de ella está disminuyendo.

En 55 de los 67 condados del estado, la mayoría de los médicos tienen más de 50 años de edad. La preocupación surge porque los jóvenes profesionales que terminan su carrera universitaria, al encontrarse endeudados, no puede pagar las altas primas de los seguros de responsabilidad profesional. Los hospitales estatales trabajan tiempo extra para reclutar a mayor cantidad de jóvenes médicos.

El representante de un hospital de Pennsylvania explicó que las altas primas por los seguros de mala praxis son un obstáculo importante para el reclutamiento de jóvenes profesionales de ciertas especialidades, entre ellas traumatismo.

Sin embargo, los abogados que se especializan en esta área creen que es injusto que los culpen por estas dificultades. Consideran que las verdaderas culpables son las aseguradoras.

ESTIMADO LECTOR PROFESIONAL :

Ud. podrá obtener información de novedades, cursos y jornadas de su interés, tanto nacionales como internacionales, además del acceso a nuestra biblioteca especializada en Responsabilidad Profesional.

Suscribase para "saber" lo que necesita saber

De Gambro Healthcare
a **Diaverum**TM

www.diaverum.com



Una cálida bienvenida a una flamante empresa

Durante los últimos 15 años, Gambro Healthcare ha sido una de las empresas líderes en el mundo en prestación de servicios de diálisis. Presente en 14 países y atendiendo a más de 13.000 pacientes. Este grupo comenzará a funcionar como especialista en servicios de terapia renal con un nombre totalmente nuevo: Diaverum. Aunque el nombre cambia, permanecerán las personas, los conocimientos y la experiencia. Diaverum crecerá sobre estos sólidos cimientos, asumiendo lo mejor de Gambro Healthcare y añadiendo un toque especial que nos hará únicos.

The touch that makes the difference

Visite www.diaverum.com, donde ofrecemos más información sobre nuestro grupo de servicios de terapia renal.

DIAVERUM

RENAL SERVICES GROUP

Queremos estar cada vez más cerca



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

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

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



OSPe

Comprometidos con la
salud y el bienestar

Casa Central | Av. L. N. Alem 690 1º Piso | Ciudad Autónoma de Bs. As. | (C1001AAO) | TE. 5254-5100 (l.r.)