

LEY DE OBESIDAD
¿QUIEN PAGA LA CUENTA?

ESCASEZ DE CAMAS
LA HERENCIA DEL AJUSTE

 universal
assistance

LA REVISTA DE SALUD
Y CALIDAD DE VIDA

Médicos

AÑO X - N° 51 - 2008 - \$10

Medicina Global

Pasó al Senado
Prepagas: rechazo
al nuevo marco

aumentos de cuotas
Votaron la ley
de prepagas

REGULACION

SIN ANESTESIA

ASEGURAN QUE EL
SECTOR SE TORNARA
"INVIABLE"

Objeciones de empresarios a
la regulación de las prepagas
Críticas al proyecto oficial, que ya

Fuerte rechazo de las cámaras de
Apuran la regulación
de las prepagas

Según un proyecto de ley, las firmas
deberán contar con autorización del
Estado para subir las cuotas



 **GALENO 18.25**
Tu primer plan médico

todo bien

asistencia al viajero
viajes sin preocupaciones



universal
assistance

somos asistencia



www.universal-assistance.com



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



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

**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 integración
Br. Maé 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.

 **ASSIST-CARD**

Lejos... la mejor compañía

Somos el mejor complemento para su empresa de salud

- ◆ *Alta complejidad*
- ◆ *Sistema Nacional de Prestaciones*
- ◆ *Call Center Especializado en Salud*

MediAr

medicina de argentina

*Brindamos prestaciones a
Empresas de medicina prepaga,
Obras sociales,
Empresas de salud,
Grandes empresas.*

Av. Paseo Colón 823 4to. B (C1063ACI) BUENOS AIRES
TELFAX (54 11) 43 61 71 46 / 48 63 - 0800 222 MEDIAR (633427)
contacto@medi-ar.com.ar



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.)

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICACION:**

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
editorialmedicos@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

10 Grageas

Actualidad

16

¿El precio del medicamento garantiza farmacias rentables?
Invertir en calidad para la salud

18

Opinión

Cambios en la Salud Mental - Impacto sobre los pacientes

20

Primera Plana

Regulación ¿Sin Anestesia?



24

Columna

Innovar o errar - Hacia una nueva arquitectura en salud

26

Ley de Obesidad

¿Quién paga la cuenta?



28

Un paso más en telemedicina

Galeno eligió a Telefónica Empresas para integrar una solución de gestión de imágenes médicas (GIM) centralizada

30

Voces

Cuestión de peso

32

Actualidad

Escasez de camas hospitalarias privadas:
la herencia del ajuste poscrisis

34

Medical System

Contención y calidez humana



36

Aniversarios

50 Años de Laboratorio Hidalgo



38

La gestión como herramienta

Financiamiento y organización:
el impacto de la tecnología

42

Columna

Un camino distinto para la reforma de la salud:
cambios respetando las reglas de juego

46

La salud de Estados Unidos vista desde adentro

“No tenemos un sistema nacional de salud pública”

50

Tecnología

La Resonancia Magnética Nuclear 3 Tesla llegó al país

52

Columna

El proyecto de ley de medicina prepaga

54

Opinión

LA SALUD... el lado oscuro de la gestión

58

Columna

Proteger los Recursos Humanos, el eje vertebral
del sistema de salud

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.



Toque (nombre):
1. contacto físico
2. sensibilidad, comprensión
3. aptitud o destreza

El **toque** que marca la diferencia

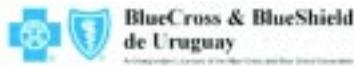
En Diaverum™ comprendemos la insuficiencia renal y el impacto que tiene en las vidas de los pacientes. Nuestro objetivo es mejorar los resultados médicos, pero sin olvidar las necesidades sociales, psicológicas y afectivas de nuestros pacientes y sus familias. En pocas palabras, damos valor tanto al trato humano como a la excelencia profesional. Esta combinación genera el "toque" especial que sólo nosotros brindamos.

The touch that makes the difference

Visite www.diaverum.com y descubrirá nuestro enfoque exclusivo en servicios de terapia renal.

DIAVERUM

RENAL SERVICES GROUP



ACUERDO ENTRE ASSIST-CARD URUGUAY Y BLUECROSS & BLUESHIELD DE URUGUAY

Blue Cross & Blue Shield de Uruguay y ASSIST-CARD Uruguay, firmaron un acuerdo por medio del cual todos los afiliados de BCBSU contarán con el mejor servicio de asistencia al viajero a nivel nacional e internacional.

A partir del primero de setiembre, Blue Cross & Blue Shield de Uruguay le brinda nuevos beneficios a sus afiliados y aumento de topes en asistencia a nivel internacional, brindados a través de ASSIST-CARD URUGUAY. Por su parte, el Lic. Gustavo Garófalo Martínez, Country Manager de AC Uruguay señaló: "Por medio de este acuerdo ASSIST-CARD asistirá a los afiliados de BCBSU y para tal efecto hemos creado un producto especial que contiene los niveles de prestación, eficiencia y calidad que merece un cliente tan selecto como el afiliado BCBSU. El Gerente General de BCBSU de Uruguay, Fernando Quarneti, expresó su satisfacción por tan importante acuerdo y resaltó el mismo. Se encontraban presentes en la firma del convenio, el Gerente Comercial División Salud de la Argentina, responsable del proyecto para América latina, Sr. Daniel R. J. Piscicelli, el Director Administrativo de Assist Card Internacional (Zona América) Raúl Schiaffarino, el Gerente Corporativo Salud de Uruguay, Fernando Sureda y todos los Gerentes de Assist-Card Uruguay. ■



UN NUEVO SERVICIO DE AVANZADA PARA LA MUJER: LA MAMOGRAFIA DIGITAL

En el Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi (CDR) la excelencia y la tecnología más avanzada vuelven a unirse, ahora en beneficio de la salud femenina. La institución acaba de incorporar un Mamógrafo Digital Computarizado desarrollado por Hologic, un equipamiento de tecnología de última generación que mejora sustancialmente la visualización de los tejidos, con imágenes de mayor calidad y detalle en menos tiempo. Capaz de brindar valiosas herramientas como, por ejemplo, los contrastes o la ampliación de un área determinada, puede comparar distintas tomas en simultáneo y sin interrumpir el estudio, y permite entregar los resultados de inmediato. De esta manera, facilita la observación, acorta los tiempos de análisis y diagnóstico, y permite ganar tiempo para determinar e iniciar un tratamiento, aumentando su efectividad. El CDR con esta tecnología se coloca a la vanguardia de la lucha contra el cáncer de mama, poniendo al alcance de la comunidad un sistema de gran potencial para salvar más vidas. ■

LA NUEVA CAMPAÑA PUBLICITARIA DE OSDO APUNTA A LA CONSULTORIA EN SALUD

OSDO, la Obra Social de Dirección que recientemente cumplió 35 años trabajando ininterrumpidamente para el

bienestar de sus afiliados, lanzó su nueva campaña publicitaria institucional denominada "Consultoría", como parte de su estrategia de marketing anual. Los principales ejes comunicacionales de la nueva campaña de OSDO son: el análisis de sus clientes, el asesoramiento técnico permanente y los planes médicos a medida, diseñados especialmente para cubrir las necesidades médicas según el perfil y características de cada empresa.

"Con esta campaña OSDO continúa con su estrategia de posicionamiento basándose en el compromiso, la dedicación, la vocación de servicio y puntualmente en el análisis que realiza de cada empresa al momento de diseñar sus servicios médicos", enfatizó el Lic. Matías Restucci, responsable del área de Marketing y Comunicación de OSDO. ■



OSDEPYM APOYA A LA FUNDACION PADRE MARIO

OSDEPYM la Obra Social líder en servicios de Salud, promueve el espíritu solidario a través del desarrollo potencial de las personas en la comunidad donde opera.

Uno x uno, el programa donde OSDEPYM apadrina a 20 chicos, implica también el afecto de una persona que, a la distancia, se preocupa de su crecimiento.

El programa permite sostener en el sistema educativo a los niños, brindándoles apoyo escolar, útiles y vesti-

menta, talleres artísticos, de juegos y prácticas deportivas. Controles médicos, medicinas y alimentos para los niños que lo necesitan. En el área de influencia de la Obra del Padre Mario, más del 75% de los niños viven en situación de pobreza y al menos 1 de cada 6 abandonará los estudios el próximo año porque las familias pobres no siempre pueden sostener a sus hijos en la escuela. Tenemos que ayudar a las familias. De esta manera, y a través de una comunicación directa, la organización invita a sus Afiliados a sumarse a la Fundación. ■

CLINICA ODONTOLOGICA AYACUCHO Y MEDIFE

Clínica Odontológica Ayacucho, un emprendimiento de Consulmed, agradece la confianza depositada por Medife en la atención odontológica de urgencia las 24 horas los 365 días para todos sus socios residentes en la región metropolitana y del interior del país que se encuentren en tránsito. La Clínica Ayacucho cuenta con reconocidos profesionales de todas las especialidades, gran comodidad y confort, amplias salas de espera equipadas con tecnología Wi-Fi que pueden ser utilizadas por equipos remotos (Notebooks, PDA's), TV por satélite y servicio de internet gratuito. ■

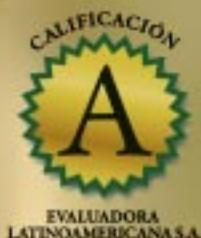


ASSIST-CARD SIGUE CRECIENDO

En el marco de su 30º aniversario en el país, la empresa de asistencia al viajero inauguró un nuevo stand en la terminal 1 del Aeropuerto Internacional de Curitiba, en Guarulhos, San Pablo.

En el evento inaugural estuvieron presentes, Nicolás Keglevich, director general para América latina de Assist-Card Internacional, Marco Oliva, Country Manager de Brasil, ejecutivos de la firma y autoridades del aeropuerto.

Respecto a esta apertura, Oliva comentó: "Este nuevo punto de atención al cliente tiene como objetivo posicionar aún más a la marca y dar apoyo logístico a los pasajeros" y agregó: "Ofrecer también todos los productos y servicios de asistencia al viajero Assist-Card intentando satisfacer la demanda de vuelos a Europa". ■



Diga "A"



5 ANIVERSARIO

Estamos concientes de nuestro crecimiento y de la excelencia de nuestros servicios, por eso decidimos hacernos un chequeo general y convocamos a la Evaluadora Latinoamericana S.A. para que nos hiciera una radiografía completa de la compañía. Además de estar muy sanos y felices con nuestros cinco años de vida, nos diagnosticaron una "A". Esto confirma que somos la mejor opción para nuestros asegurados y toda la comunidad médica.

Por eso queremos agradecer a todos los profesionales, entidades, productores y al staff de TPC, que confían en la mejor compañía de seguros de Praxis Profesional.

Somos la primer compañía especializada en Praxis Profesional en recibir una Calificación "A".

Tel. (011) 4876-5300

TPC Compañía de Seguros S.A. Av. Belgrano 634, Piso 9 (1092AATT) Buenos Aires, Argentina.

UNIVERSAL ASSISTANCE SUMA A SU IMPORTANTE CARTERA DE CLIENTES AL HOSPITAL AUSTRAL Y A FEMEBIA SALUD AVELLANEDA



Universal Assistance incorporó como cliente a partir del mes de julio a Femebia Salud Avellaneda. De esta forma, esta importante Institución de la zona sur de la provincia de Buenos Aires, contará con el servicio de Universal Assistance para sus afiliados.

A su vez, es importante destacar que Universal Assistance acompaña al Hospital Austral en el reciente lanzamiento de su Plan de Salud. La cobertura, que está a disposición de los asociados desde el mes de Julio, cuenta con dos planes ofrecidos por la compañía. Se trata de un plan de cobertura en viaje nacional, y otro de cobertura en viaje nacional e internacional.

Universal Assistance continúa ampliando su cartera de clientes lo que ratifica la excelencia en la prestación del servicio. ■

de Planeamiento Estratégico y el segundo de Gestión Operativa.

Fundado en 1853 el Hospital se convirtió en una entidad sanitaria modelo y de excelencia en el tratamiento de las especialidades médicas, con profesionales de reconocida idoneidad y equipamiento tecnológico de última generación. ■

LAS PISTAS DE ESQUI DEL CERRO CATEDRAL Y EL CERRO CHAPELCO CUENTAN CON LA ASISTENCIA MEDICA DE UNIVERSAL ASSISTANCE

La empresa se hizo presente con un centro médico para cada una de las bases, y con todo el material que tiene que ver con la asistencia médica y la prevención en las pistas de esquí. De esta manera, todas las personas que elijan ir a disfrutar de la temporada de esquí en Catedral y en Chapelco tendrán la cobertura médica de Universal Assistance. ■



Metrovías



METROVIAS DONO 140 MIL PESOS AL HOSPITAL DE PEDIATRIA PROF. JUAN P. GARRAHAN

Gracias al compromiso y participación de los usuarios del Subte, en la campaña solidaria a beneficio de la Fundación Garrahan, Metrovías donó a las autoridades del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan la suma de 140 mil pesos que serán destinados a la adquisición de equipamiento tecnológico, en beneficio de los más de 1000 niños que diariamente se atienden en esta prestigiosa institución.

De esta manera, todas aquellas personas que durante la semana del 26 al 30 de mayo, realizaron una carga de \$10 en su tarjeta Monedero, colaboraron con esta iniciativa a través de la donación del valor de sus 2 primeros viajes realizados. ■

Medical posee una moderna concepción en protección médica que responde a los nuevos desafíos y necesidades planteados por un sistema basado en la excelencia y la calidad de servicio. ■

NOMBRAMIENTO DE AUTORIDADES EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

La Asamblea General Ordinaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, reeligió al Ing. Franco Livini como Presidente de la Institución, al Ing. Juan Mosca como Vicepresidente 1º y al Arq. Aldo Brunetta como Vicepresidente 2º.

También continúan en sus gestiones el Dr. Atilio Migués como Director Médico y los Dres. Mario Benati y Fernán González Bernaldo de Quirós, como Vice- Directores Médicos, el primero

EL COMITE OLIMPICO ARGENTINO (COA) QUE DISPUTO LOS JUEGOS OLIMPICOS DE BEIJING 2008 CONTO CON LA ASISTENCIA DE UNIVERSAL ASSISTANCE

La compañía mediante un acuerdo celebrado con el COA fue la asistencia médica de los deportistas argentinos que viajaron a competir en Beijing. Así, durante los 16 días que duraron las competencias olímpicas, los deportistas estuvieron resguardados médicamente por Universal Assistance.

Como parte de las acciones de prensa que la compañía realizó con motivo del acuerdo con el COA, figuro la organización del concurso "Acompaña al equipo Argentino a Beijing", que entregó junto a otros sponsor, dos viajes a Beijing para disfrutar de los Juegos Olímpicos.

A propósito del acompañamiento al COA, Universal Assistance incorporó operadores de lengua madre china, para agilizar la comunicación entre los prestadores y la compañía. La idea fue que los operadores trabajaran como nexo entre los médicos del país asiático y la Central de Operaciones, de manera que, cuando un deportista necesitara asistencia médica, el operador intercediera para hacer más rápida la asistencia. ■



SWISS MEDICAL CON NUEVA SEDE EN VICENTE LOPEZ

Swiss Medical Medicina Privada, incrementa su presencia nacional con la inauguración de su nueva sucursal Zona Norte ubicada en Av. Maipú 1594 -Vicente López. 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.

Swiss Medical es la compañía de medicina privada de Swiss Medical Group. Fundada en 1994, la empresa cuenta con más de 780.000 afiliados en todo el país y una red de 65.000 prestadores a nivel nacional. Swiss





Sensibilidad, para ver más allá de la ciencia.

En Roche investigamos para crear productos que mejoran la calidad de vida de la gente. Nuestra visión innovadora en oncología, virología, trasplante, artritis reumatoidea, sistema nervioso central, obesidad, cardiología, dermatología y diagnóstico nos permite responder por el presente y futuro de las personas. Aquí y en todo el mundo.



Innovación para la salud

TPC HACE REALIDAD UNO DE LOS PROYECTOS ANUNCIADOS EN EL FESTEJO DEL 5º ANIVERSARIO

La celebración de un convenio de colaboración y alianza estratégica con ACADEMIC GROUP, compañía de seguros líder en la provisión de cobertura a médicos y estudiantes de medicina extranjeros, que trabajan y estudian en los EE.UU.

El programa que ACADEMIC GROUP brinda a los profesionales médicos extranjeros de visita en los Estados Unidos, es una solución personalizada, efectiva y económica durante el plazo que estén en el país, con una cobertura y límites de acuerdo con las normas vigentes en las jurisdicciones.

TPC y ACADEMIC GROUP consideran que viajar a un país nuevo para trabajar y/o estudiar puede resultar una experiencia sobrecogedora, particularmente en un país como los Estados Unidos, con una compleja estructura legal. También sabemos que, sin individuos que deseen realizar estos viajes, la capacidad de difundir rápidamente los conocimientos médicos por el mundo se perdería. Es por esto que ACADEMIC GROUP considera al Programa de Médicos de Visita en el Extranjero una ampliación natural de su compromiso de fomentar la excelencia en el ambiente educativo. Para los médicos y estudiantes extranjeros que buscan una cobertura de responsabilidad profesional temporaria en los Estados Unidos, la respuesta es simple: ACADEMIC GROUP. ■



HARVARD WORKSHOP

El Presidente de Galeno, Dr. Julio Fraomeni, ha sido invitado a formar parte del Faculty (o Cuerpo Docente) del Seminario para Ejecutivos de Salud Sudamericanos que se realizará en Boston entre el 6 y el 11 de Marzo de 2009. Información: www.lidersaludhsp.com.ar ■

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD EN EL CENTRO GALLEGO

En el Hospital del Centro Gallego de Buenos Aires, el Superintendente de Servicios de Salud Héctor Capaccioli, junto a la Conselleira de Sanidade de la Xunta de Galicia y presidente del Patronato de la Fundación Galicia Salud María José Rubio Vidal, dejaron inaugurado el nuevo Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica.

El acto contó además con la presencia del gerente general de la Fundación Galicia Salud Dr. Carlos A. Díaz, el presidente del Centro Gallego de Buenos



Aires Julio Martínez y el gerente general de la Superintendente de Servicios de Salud Dr. José Bustos. El presidente del Centro Gallego de Buenos Aires, Julio Martínez subrayó la importancia de los objetivos que la institución está alcanzando en el marco de una dinámica de crecimiento y progreso.

El Superintendente de Servicios de Salud Héctor Capaccioli, destacó el crecimiento de la institución, la cual a través de la permanente inauguración de obras,

NUEVAS AUTORIDADES EN LA MUTUAL

La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional informó que el pasado 20 de agosto se llevó a cabo la ASAMBLEA ORDINARIA convocada para la elección de nuevas autoridades del Consejo Directivo y de la Junta Fiscalizadora. Unánimemente fueron elegidos por un mandato de cuatro años los siguientes asociados:

CONSEJO DIRECTIVO

PRESIDENTE

DR. HECTOR SALVADOR VAZZANO

SECRETARIO

DR. ERNESTO IRENEO BADI

TESORERO

CR. JORGE ANTONIO BERMUDEZ,

1º VOCAL TITULAR

DR. CARLOS ALBERTO NOCETI

2º VOCAL TITULAR

SR. NORBERTO HUGO LARROCA

3º VOCAL TITULAR

DR. GUSTAVO CESAR MAMMONI

1º VOCAL SUPLENTE

DR. EDUARDO JORGE CARDUS

2º VOCAL SUPLENTE

DR. ANDRES ALBERTO FUENTES

3º VOCAL SUPLENTE

DR. MARIO ALBERTO IRAZUSTA

apuesta a un futuro solidario basado en el esfuerzo de todos los socios. "Esta institución abierta a la comunidad, no solamente gallega sino argentina, presta un servicio de excelencia que nos llena de orgullo a todos los que formamos parte del sistema solidario", señaló el funcionario nacional. ■

CONGRESO INTERNACIONAL SALUD: CRISIS Y REFORMA 2008

Aspecto fundamental de la calidad de los servicios de salud, la seguridad del paciente será el lema de este clásico encuentro, que se realizará el 16 de octubre en el Hotel Sheraton Libertador de la C.A.B.A. En la XIV edición del Congreso Internacional Salud: Crisis y Reforma, la Cámara Argentina de Empresas de Salud (CAES) propone debatir sobre la seguridad del paciente. "Pensar sobre esto y proponer mejoras en nuestro sistema de salud en ese sentido, es muy importante para garantizarle a la población buena calidad en la atención de su salud", explicó Norberto Larroca, presidente del Congreso.

La temática de este año está íntimamente ligada con los programas de salud que están priorizando la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Queremos colaborar con lo que estas instituciones están realizando para mejorar los sistemas de salud de nuestros países", agregó Larroca.

En ese sentido, Juan Larzabal, Presidente de la entidad organizadora

indicó que "Es importante que analicemos las particularidades latinoamericanas y locales de la seguridad del paciente, para implementar planes destinados a su mejora, y de esta forma, darle un mejor servicio de salud a la población". ■

XIV CONGRESO INTERNACIONAL SALUD | CRISIS | REFORMA
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

*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



¿El precio del medicamento garantiza farmacias rentables?

Por el Farm. Manuel Agotegaray
Presidente de FEFARA

Este llamado de atención que hacemos desde Fefara busca poder cumplir con la excelencia farmacéutica, lamentablemente las condiciones de trabajo actuales hacen que peligre la posibilidad de tener una profesión independiente, porque la sustentabilidad de las farmacias se ve muy perjudicada.

Desde Fefara buscamos el fortalecimiento y reconocimiento de la profesión farmacéutica, dado que somos quienes tenemos más contacto con la población y por eso estamos en mejores condiciones de informar, aconsejar y hacer tomar conciencia sobre el uso racional de los medicamentos. Pero todo este trabajo necesita ser respaldado por una regulación acorde por lo que consideramos necesaria una "independencia de criterios" a la hora de las determinaciones políticas.

El precio del medicamento en la Argentina es actualmente un problema serio.

La ausencia del rol regulador del Estado hace posible que las reglas de juego las imponga el mercado. Tratar al medicamento según las leyes de la oferta y la demanda es imposible. La determinación del precio se vuelve de esta manera en un proceso confuso dado que los costos de producción no se reflejan en el precio de venta al público.

La diferenciación de productos y marcas para maximizar los beneficios que se brindan son algunas de las estrategias comerciales y de marketing que los laboratorios realizan para lograr sus objetivos. Es obligación

del Estado acortar la asimetría de información entre la oferta y la población.

Las soluciones son: la formación de profesionales y una política activa sobre medicamentos. Son dos aspectos independientes, uno sobre los medicamentos y otro sobre los profesionales.

Estamos frente a un mercado monopólico, a lo sumo oligopólico, por lo tanto las medidas para contrarrestar que debe tomar el Estado al regular serán más efectivas desde lo sanitario, porque si las mismas se toman desde lo económico se crearían problemas de abastecimiento.

El Estado debe aumentar la competitividad de la oferta promoviendo:

- Ley de D.C.I
- Vademécum o listados por monodrogas y sus familias.
- Precios de referencias por monodroga, forma farmacéutica y dosis.
- Regulación de la promoción y dando mucha importancia a la información que reciba la población para que tenga armas de elección.
- Regulación de la cadena del medicamento desde la producción hasta la dispensa.

La posición gremial irrenunciable de exigir mayor participación del Estado se sustenta en el análisis diario que realizamos, donde el aumento del precio de los medicamentos en la Argentina tiene cada vez menos incidencia en la rentabilidad de las oficinas de farmacias, ámbito natural donde ejercemos nuestra profesión. □

Invertir en calidad para la salud

Vidt Centro Médico instaló en el país el primer Centro Integrado de Simulación Virtual y Localización de tumores.

Vidt Centro Médico, empresa dedicada a la radioterapia hace más de 50 años y líder en la especialidad, inauguró el primer Centro Integrado de Simulación Virtual y Localización de Tumores para Terapia Radiante, único en América latina.

El desarrollo y concreción de este proyecto permite una trascendental optimización de los tratamientos radiantes. Este sistema utilizado en los más prestigiosos centros de salud internacionales, tanto en Europa como en los Estados Unidos, logra la captación sistematizada del isocentro de los haces de radiación, proporcionando la mayor precisión en la marcación del tumor.

Este complejo sistema de equipamientos y múltiples software permite transferir con exactitud sub-milimétrica los parámetros de tratamiento al paciente.

La visualización rigurosa del tumor a irradiar facilita la evaluación de diferentes planos e imágenes multidimensionales de los tratamientos. Como consecuencia se obtiene máxima precisión en el tratamiento con radiaciones otorgando una exacta ubicación del centro de irradiación y permitiendo el acceso a patologías que anteriormente no eran susceptibles de ser irradiadas.



El grupo interdisciplinario de profesionales médicos, físicos e ingenieros que interviene en el diseño de cada tratamiento ha sido capacitado durante todo el año 2007 en 21 st Century Oncology, af Harvard Medical School logrando una herramienta importantísima al servicio de sus pacientes.

Vidt Centro Médico está aplicando este ventajoso sistema de Localización y Simulación en los tratamientos de Intensidad Modulada "IMRT" y Radioterapia Tridimensional Conformada "3 D".

Vidt Centro Médico, a través de esta significativa inversión en tecnología y capacitación, reafirma y fortalece el compromiso de excelencia y confiabilidad asumidas ante la comunidad médica y la sociedad en general. □

INTEREXP

*Marcamos diferencia
en lo que hacemos*

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 económica de los efectores del sector.

Paraguay 419 - 4º piso 40 - C1057AAC
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (54 11) 5031-1551/1555
info@interexp.com.ar
www.interexp.com.ar



Cambios en la Salud Mental

Impacto sobre los pacientes

Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Watson Wyatt Argentina

Resultados de investigaciones publicadas a principios del mes de agosto nos dicen que los médicos psiquiatras han reducido del 44,6% al 28,9% el porcentaje de sesiones con Psicoterapia, en el transcurso de los casi 10 años que van del período 1996/1997 al período 2004/2005.

Estos cambios están asociados al reducido honorario que las empresas médicas reconocen a los psiquiatras, como así también a la existencia de una menor cantidad de especialistas en psiquiatría. En particular, esto último hace que cada vez más el reducido número de profesionales se dediquen a la práctica privada, donde son remunerados en forma sensiblemente diferente.

Esto no se trata de un hallazgo sorprendente, teniendo en cuenta que la especialidad de Psiquiatría ha sufrido una disminución progresiva durante las últimas cuatro décadas. A comienzo de los años 70 más del 11% de los estudiantes de medicina optó por la psiquiatría como especialidad médica. En 1980, ese número se redujo a menos de 5,5%. Casi 14 años después, en 1994, sólo el 3,2 % de de los médicos graduados optó por esta especialidad. Si bien el número aumentó al 4,2 % en el año 2002, todavía se está muy lejos de la década del 70 en donde 1 de cada 10 médicos quería convertirse en psiquiatra.

Como referencia basta señalar que el actual indicador de elección de psiquiatría es similar al de Proctología, claramente una especialidad que no se encuentra entre las más buscadas para ejercer la medicina.

Todo esto ha dado lugar naturalmente a fuertes cambios en los planes de cobertura y en la asistencia.

Hoy es usual encontrar Planes con topes de 12 sesiones -y aún de 8 sesiones-y con copagos. También es frecuente que las sesiones se escalonen a una por mes -o mes y medio- y se limiten a una entrevista de medicación de 10 a 15 minutos con un psiquiatra o con una enfermera psiquiátrica.

El problema central está en que el Psiquiatra es el único profesional en el ámbito de la salud mental que puede proveerle al paciente lo que necesita: medicación. Y éste no es un tema menor, por cuanto el aumento de la prescripción, tanto en la atención psiquiátrica, como así en la medicación asociada a la psicoterapia brindada por Psicólogos, ha crecido de manera significativa a través de los años.

Hasta aquí amigo lector, salvo por la descripción de Planes con topes de 12 consultas que le pueden haber llamado la atención, y por la mención de la "enfermera psiquiátrica", usted puede haber entendido que estábamos hablando de la Argentina. No es así; se trata de

números de los Estados Unidos y de los cambios que se están produciendo allí según el trabajo "National Trends in Psychotherapy by Office-Based Psychiatrists" que realizaron Mojtabai, R. & Olfson, M. y que fuera publicado, como comentara a principio de estas líneas, a principios del mes de agosto de 2008.

Aquí las cosas no marchan distintas. Es simple: si las variables son las mismas, el resultado es el mismo.

Y en términos de calidad asistencial, seguramente se encuentran en baja...

Cada vez es más usual encontrarse con un profesional menos experto, -y con menos experiencia en clínica médica-, y también con menos conocimiento en patologías asociadas a los cuadros psiquiátricos. Y en algunas subespecialidades el problema es más serio aún: "Continuar Psiquiatras para la atención de Emergencias y para la atención de Guardias resulta cada vez más una tarea inalcanzable" me contaba días atrás el Coordinador de un Programa.

En nuestro país, un psiquiatra cobra por una consulta en términos absolutos lo mismo que un médico de otras especialidades. Pero teniendo en cuenta que la duración de una entrevista que incluye psicoterapia le ocupa 40 minutos, el profesional que la realiza, en términos relativos, percibe como honorario entre la mitad y una tercera parte de lo que cobran sus colegas.

Por otra parte, los expertos consultados señalan que en la Argentina, tan solo 120 médicos psiquiatras se gradúan anualmente, para así sumarse a los aproximadamente 5.000 profesionales de la especialidad, que naturalmente resultan escasos.

Como resultado, esto ha llevado a producir aquí, los mismos efectos comentados en los Estados Unidos.

Cuando se consulta por la calidad médica que se brinda con todos estos cambios, la consigna pareciera ser "De esto no se habla".

¿Alcanzará esto próximamente a las otras especialidades médicas?

La célebre frase de *Martin Niemoeller* (pastor protestante, 1892-1984) (que erróneamente es usualmente atribuida a Bertold Brecht) señala:

"Primero vinieron a buscar a los comunistas, y yo no hablé porque no era comunista. Después vinieron por los socialistas y los sindicalistas, y yo no hablé porque no era lo uno ni lo otro. Después vinieron por los judíos, y yo no hablé porque no era judío. Después vinieron por mí, y para ese momento ya no quedaba nadie que pudiera hablar por mí".

Confiamos en que no sea así. □



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.



www.smgseguros.com.ar



Regulación

¿Sin Anestesia?

Con un fuerte impulso del ejecutivo y llamativa rapidez, la Cámara de Diputados dio media sanción al marco regulatorio para las empresas de medicina prepaga. Al cierre de esta edición, el proyecto esperaba su paso por la Cámara Alta y ya generaba una gran disconformidad entre los principales actores del sector.

Durante años, las empresas de medicina privada habían planteado la necesidad de un marco regulatorio que ordenara su actividad. Lejos de ello, el proyecto de ley que Diputados aprobó velozmente el 27 de agosto pasado genera alarma entre todos sus protagonistas.

En los primeros días de agosto, la presidenta Cristina Fernández de Kirchner y su jefe de gabinete, Sergio Massa, habrían participado de una reunión clave con la ministra de salud, Graciela Ocaña y la vicepresidenta de la Cámara de Diputados, Patricia Vaca Narvaja. Durante ese encuentro se habría decidido dar

impulso en el Congreso a la polémica ley.

Inmediatamente después la Cámara Baja votó el proyecto con 188 votos a favor y una sola abstención. Se trata de la primera ley que regularía la actividad de las prepagas y, a juzgar por sus repercusiones, parecería haber sido elaborada sin la debida consulta a sus protagonistas.

El proyecto en cuestión incluye al Estado como actor fundamental, a través de la participación del Ministerio de Salud, que se propone como el ente encargado de la aplicación de la norma. Reúne distintos proyectos, entre ellos el elaborado por Vaca Narvaja, y tiene desde 2006 el dictamen favorable de la Comisión de Salud de Diputados.

LOS PUNTOS CENTRALES

El proyecto votado por Diputados establece un marco legal regulatorio para las empresas de medicina prepaga. Sus puntos principales son:

Alcance de la ley: Incluye en este marco regulatorio no sólo a las empresas de medicina privada, sino a otras figuras ajenas al sector como cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones.

Cobertura: ratifica al Plan Médico Obligatorio (PMO) como piso de cobertura. Las únicas que quedan exentas de cubrirlo son las empresas de odontología, las que brindan atención de emergencia y traslado, las compañías de internación domiciliaria, y las empresas que, estando radicadas en una única localidad, alcancen sólo uno de los niveles del PMO y cuya cápita sea inferior a cinco mil beneficiarios.

Autoridad de aplicación: Designa como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud de la Nación. Este tendrá a su cargo, entre otras tareas, la fiscalización del cumplimiento de la ley, la creación y actualización de un Registro Nacional que liste a los organismos comprendidos dentro del sector regulado por la ley, y la determinación de las condiciones técnicas y financieras necesarias para el funcionamiento de cada empresa de medicina prepaga. Entre las disposiciones más criticadas por las prepagas, se encuentra la que da al Ministerio de Salud el poder de ocuparse de brindar la autorización de los aumentos de las cuotas. Por otra parte, el proyecto

prevé que ese Ministerio también se encargue de controlar que los hospitales públicos reciban el pago correspondiente en caso de prestaciones a prepagas y deberá establecer los honorarios mínimos que las empresas abonarán a sus prestadores públicos y privados.

Aumentos: El proyecto establece que el Ministerio de Salud y el de Economía conformen una comisión permanente, con tres miembros de cada cartera, que se encargará de realizar las autorizaciones de los aumentos en las cuotas, de definir la cobertura y de controlar su cumplimiento. Por su parte, la Subsecretaría de Defensa del Consumidor se unirá al Ministerio de Salud para recibir reclamos no sólo de los beneficiarios, sino también de los prestadores por posibles incumplimientos y baja calidad en la atención.

Carencias y preexistencias: Prohíbe los períodos de carencia para todas las prestaciones incluidas en el PMO. Determina que las enfermedades preexistentes no podrán ser consideradas como criterio para rechazar usuarios.

Perfil etario: Establece que la edad no puede influir en el rechazo de los beneficiarios. Las personas mayores de 65 años, según el proyecto, sí abonarán cuotas diferenciales que serán fijadas por el Ministerio de Salud. Sin embargo, prohíbe aplicar aumentos a quienes tengan una antigüedad mayor a diez años en la compañía.

Uniones civiles, adopciones y nacimientos: Contempla dentro de

“El proyecto es aberrante y vacío de contenido. Se trata de un refrito de proyectos anteriores empeorado y generador de burocracia que complejizará la actividad”.
(Dr. Pablo Giordano)

la cobertura médica familiar a las uniones civiles entre personas del mismo o de diferente sexo. Establece que los recién nacidos y los niños adoptados reciban, sin necesidad de trámite alguno, el mismo régimen de atención que su grupo familiar.

Rescisión: Establece que al cesar su relación laboral el usuario puede conservar su plan y antigüedad si así lo solicita. Por otra parte dicta que, mientras que los usuarios pueden dar de baja sus contratos en cualquier ocasión, para suspender los servicios las empresas deben poder comprobar que el afiliado ha dejado de abonar tres cuotas consecutivas o ha falseado su declaración jurada.

Transferencia de carteras: Ante el cierre de una empresa, el Ministerio de Salud es el encargado de transferir a los beneficiarios de la prepaga afectada a otra.

Información epidemiológica:

Prevé rutinas de envío de información estadística desde las prepagas hacia el Ministerio de Salud.

Reserva técnica: Obliga a las prepagas a constituir y mantener un monto de reserva técnica destinado a garantizar la cobertura, equivalente al promedio de la facturación mensual del último año.

Sanciones: En sus últimos artículos, el proyecto establece un listado de sanciones ante el incumplimiento del contrato o cualquiera de los puntos de la ley, que van desde el apercibimiento hasta la inhabilitación, pasando por multas económicas que pueden alcanzar al monto de la reserva técnica.

LAS VOCES DE LA POLEMICA

La Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP), la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), como así también los referentes de las principales empresas del sector y hasta las Cooperativas y Mutuales -incluidas dentro de la actividad por el proyecto de ley- dieron a conocer su opinión contraria al proyecto.

El Dr. Pablo Giordano de ADEMP lo define de modo tajante: “El proyecto es aberrante y vacío de contenido. Se trata de un refrito de proyectos anteriores empeorado y generador de burocracia que complejizará la actividad”. En lugar de ser el resultado de un trabajo consensuado, el proyecto salió disparado sin el debate que hubiera sido necesario. Grafica Giordano: “el presidente de la Comisión de Salud y Acción Social, Dr. Juan H. Sylvestre Begnis citó a una audiencia pública conjunta con la Comisión de Legislación General. Expusieron los involucrados en el proyecto y muchos otros a quienes se permitió hablar, luego solicitó la entrega de todas las exposiciones realizadas para ser estudiadas por las comisiones, a la mañana siguiente se produjo el dictamen final de las comisiones y al atardecer del mismo día el proyecto en cuestión fue aprobado en el recinto. La audiencia pública fue sólo una formalidad, realizada para demostrar que habían sido consultadas todas las instituciones a regular”, sentenció.

Desde la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales (CIMARA) se expresó que “es importante que

A FAVOR

Desde el oficialismo se practicó una defensa del proyecto de ley, con escasas declaraciones públicas que expusieran argumentos favorables. Vaca Narvaja, la diputada del Frente para la Victoria que estuvo directamente vinculada al proyecto, aseguró que la creación de una comisión para la regulación de los precios es beneficiosa porque las empresas deberán documentar la suba de costos con la que intentan justificar cada aumento de precios.

Por su parte, su compañero de bloque, Juan H. Sylvestre Begnis recordó que hace más de 20 años que se intenta aprobar una norma en relación a ese tema. “hubo cerca de 46 proyectos sobre medicina prepaga en los últimos 20 años” que no pudieron prosperar. “Hasta hoy el aumento de cuotas era establecido en forma unilateral por la empresa prepaga, sin presentar estudios de costos y se incrementaba el precio de las cuotas cuando el asociado cumplía 60 años” -destacó- “a partir de ahora tendrá mayor participación el Estado”. Según Begnis, al equiparar las prestaciones mínimas previstas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) ofrecidas por las obras sociales y las prepagas, “se iguala a los argentinos ante el derecho”.

El diputado santafesino destacó también la “unanidad de voluntades de legisladores socialistas, radicales, peronistas y liberales” necesarias para fomentar este proyecto.



exista una legislación que defienda los derechos de los usuarios pero que también proteja a las empresas. No nos oponemos a que se dicte una ley, aun cuando es una actividad que se rige por el libre mercado y el Código Civil". Su vicepresidente y presidente de Swiss Medical Group, Claudio Belocopitt, consideró que aunque apoyan la idea de regular, "la regulación no es garantía de nada si no está bien hecha" y afirmó que es necesario asegurar la viabilidad de las empresas.

La admisión de beneficiarios sin restricciones de ningún tipo es uno de los puntos que ponen en peligro la continuidad de los servicios de la medicina privada. El Dr. Julio Fraomeni, presidente de Galeno explica que "Este punto tal cual está es impracticable. Por ejemplo, un paciente con una enfermedad oncológica tiene un gasto de 200.000 pesos en tratamiento. Creo que estos son temas a discutir, no creo que en el gobierno haya intención de terminar con el sector, esto lo vamos a hablar y discutir para tratar de darle un curso que sea correcto". La admisión irrestricta se presenta como un beneficio para el asociado pero se da de bruces contra el principio de solidaridad que sostiene al sistema de prestaciones: favorece a quien se incorpora sin restricciones frente a la gran mayoría que viene haciendo un uso racional de la prestación y aportando desde hace años. "La ley dice que se va a fijar el valor de la

cuota de acuerdo a la patología". "Esto desde el punto de vista práctico es inadmisibles, porque el costo de una patología evoluciona de una manera y va variando, o quizás una misma patología evoluciona distinta". El pronóstico de Fraomeni es que el proyecto llevaría a un aumento de la cuota que no sería favorable ni para el gobierno, ni para el sector, ni para los usuarios que están adheridos al sistema.

En ese sentido, Marcelo Mastrángelo, Presidente de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI) aseguró que el control de precios "es una pésima noticia" para la clase media, pues es ella la que consume medicina prepaga. Agregó que "tal como está el proyecto, se pondría en riesgo a ese sector de la salud, que es el que mejor funciona en nues-

Claudio Belocopitt, consideró que aunque apoyan la idea de regular, "la regulación no es garantía de nada si no está bien hecha" y afirmó que es necesario asegurar la viabilidad de las empresas.

tro país". Teniendo en cuenta el contexto inflacionario, Hugo Magonza, vicepresidente de ADEMP, sostiene que es imposible aplicar impedimentos al aumento de cuotas, porque, por diferentes vías, permanentemente se encarece la prestación del servicio.

El tope que propone el proyecto para el valor de las cuotas de los afiliados mayores de 65 años (tres veces el precio del plan más económico) es incompatible con el diseño de planes habitual de cualquier prepaga. Del mismo modo, impedir que se generen planes médicos con cobertura parcial del PMO limita la posibilidad de ofrecer planes acordes a cada necesidad.

Un punto que despertó resquemores es el que obliga a que las prepagas constituyan una "Reserva técnica" para operar y a derivar el 50% de esos montos a "activos financieros de fácil realización". Hay quienes consideran que con esta medida el Gobierno buscaría tener nuevos compradores de bonos públicos para hacer frente a las necesidades fiscales. Además, "con reservas técnicas de estas características en 2001, no se hubiera permitido al sector contar hoy con la infraestructura que desarrolló a través de sus programas de reinversión y el sistema hubiera quebrado", sostienen los empresarios.

Las voces de protesta excedieron el ámbito de las empresas privadas. La inclusión dentro de la actividad de las Mutuales y Cooperativas generó declaraciones críticas también de ese sector, que de pronto se encontró envuelto en una temática de la que hasta hace poco era ajena. Entre 600 y 700 instituciones nucleadas en la Federación Argentina de Mutuales de Salud (FAMSA) y la Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud (FAESS) denunciaron que la inclusión de esas instituciones en la actividad de la medicina prepaga es una "violación de la naturaleza jurídica y asociativa y del fin no lucrativo de estas organizaciones".

Una ley que encuadre y ordene la medicina privada era reclamada por todo el ámbito de la salud. Sin embargo, no parece ser éste el proyecto que esperaban quienes deberán ponerlo en práctica todos los días. Lo sintetiza Giordano cuando dice: "es lamentable que una ley tan necesaria y esperada por el sector privado, se haya realizado sin criterio, debate ni consenso previo". □



EL SECTOR DE DIAGNÓSTICO MÉDICO ES CLAVE EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Somos 10.000 Centros de diagnóstico y tratamiento médico

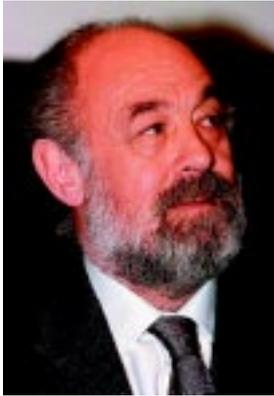
15.000 Profesionales y 50.000 trabajadores en todo el país

Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Radioterapia, Consultorios Médicos, Oftalmología, Odontología, Kinesiología, Diálisis y demás practicas ambulatorias.

***CA.DI.ME. felicita y acompaña
a Revista Médicos en su 10º aniversario***

CAMARA DE INSTITUCIONES DE DIAGNOSTICO MEDICO

www.cadime.com.ar



Innovar o errar Hacia una nueva arquitectura en salud

Por el Doctor Ignacio Katz

*"la fenomenología llama "lo concreto"
no a los datos
empíricos transmitidos
por los sentidos, sino a las
estructuras a priori que
le dan sentido a esos datos"*
Emmanuel Levinas

Décadas de postergación en el campo sanitario necesitan políticas abarcativas, racionales y activas para conformar un verdadero sistema de salud para los argentinos. Ninguna demora se justifica, cuando está en juego el bienestar de la población, afectada por años de indolencia y caos administrativo. Un pasado brillante se encuentra con un futuro complejo, luego de atravesar 40 años de gradual desarticulación, resultante de haberse apartado del pensamiento lógico y del pensamiento médico.

Existe consenso acerca de que el nivel de salud depende de las condiciones socioeconómicas, el trabajo, la educación, los avances científicos y tecnológicos, los hábitos y estilos de vida, los impactos recurrentes del medio ambiente y la accesibilidad a los servicios sanitarios, entre otros. Sin embargo, hubo momentos de bonanzas económicas y numerosos adelantos científicos pero éstos no redundaron en mejoras sustanciales al sistema de salud. Podemos ver entonces cómo es imprescindible un enfoque intersectorial y multiplanar para afrontar el campo sanitario nacional y conseguir logros nodales. Y sin embargo, entre las causas que afectan la salud de la población nunca se menciona *lo fundamental*: un sistema racional y una planificación que desarrolle estrategias comunes de abordaje.

No hay que proponerle a la sociedad que el significado de la vida deba buscarse individualmente a través de la medicina. Y menos aún que hay que utilizar al cuerpo humano como materia prima del mercado empresario, o, por el contrario, que los cuerpos sean considerados "propiedad" del Estado.

Pero quedarse en la etapa del diagnóstico es insuficiente. Hay que pasar a la acción. Se necesitan herramientas útiles para poner en marcha al sistema sanitario. La planificación como estrategia situacional que eslabona prioridades y establece relaciones lógicas entre ellas, es un instrumento imprescindible para conseguir tal fin.

La planificación no brota por germinación espontánea. Para desarrollarla, hay que evaluar el generador de las necesidades sanitarias, orientarse a la reducción de los problemas y a la disminución de los factores de riesgo, y evaluar el impacto en salud de las actividades no sanitarias. También necesita establecer objetivos con claridad, tener compromiso político, y servir de soporte a la gestión pública.

Una planificación coherente debe ser capaz tanto de dar respuestas estructurales como puntuales. Pero para

llevar adelante esta acción hay que poder pensar en una nueva arquitectura organizacional, lo que implica un nuevo modelo organizativo y de gestión. Este diseño debe contemplar una regionalización, que permita delinear, a partir del mapa sanitario, políticas en el campo de la salud eficientes, oportunas y adecuadas, teniendo en cuenta el nivel de complejidad, la accesibilidad, la logística, la economía de escala y la segmentación, según vulnerabilidad y riesgo, de las distintas partes del país.

Este nuevo "edificio" sanitario también implica la descentralización, la departamentalización y la articulación en red por niveles de atención según las necesidades de sus usuarios y la complejidad de las prestaciones, conforme a una estrategia de racionalización de los recursos, priorización de la atención de la salud y de mecanismos de referencia y contra referencia entre ellos, no dejando eslabones ausentes.

El Sistema Integrado, que tiene como eje articulador al usuario, necesita un ente coordinador de la atención médica, que lleve a cabo las instancias ya mencionadas. Este ente debe tener sus funciones claramente asignadas y separadas de otros organismos, y debe tener como objetivo inmediato la coordinación e integración en red de los subsectores, los proveedores de servicios de salud y los efectores.

La eficiencia es clave, y no solamente para evitar desperdiciar recursos al superponer planes y organismos, sino también para aquellas cuestiones más cotidianas, como la duplicidad de estudios o las interminables listas de espera para pacientes.

El trabajo reticular posibilita modelar y diseñar culturas laborales y organizacionales que, a nivel de la salud, permiten mejorar la promoción y prevención sanitaria y el diagnóstico temprano. Una red dedicada a cuidar la calidad de vida de los argentinos requiere una decisión política que la sostenga y la impulse, y que ponga al alcance de todo el que lo necesite los avances científicos más recientes.

Como el campo sanitario y sus consecuentes mecanismos de administración y regulación son áreas complejas, es necesario contar con un instrumento dinámico de planificación estratégica de los servicios de salud, con una visión de conjunto, enfocado tanto a proponer las infraestructuras necesarias en el territorio y la ordenación territorial, como a dar orientaciones para desarrollar y adecuar los servicios, permitiendo anticiparse a las necesidades futuras. Esto es el Mapa Sanitario.

PARA SALIR DEL OCASO

Como los tiempos apremian, la creación de un sistema nacional integrado de salud, debe considerar la instrumentación de políticas de rápido y significativo

impacto, como por ejemplo el control de las infecciones en hospitales, tema nunca valorado en su justa medida. Del mismo modo, hay que potenciar programas de detección y atención de insuficiencias respiratorias, renales y cardíacas.

Debemos ocuparnos de los males que nunca se fueron, o incluso se incrementaron, como el mal de Chagas, la tuberculosis, la lepra y la sífilis, pero sin olvidar las enfermedades que "retornaron", como la fiebre amarilla, el dengue y la rabia. Por más que el imaginario social las asocie al pasado, estas afecciones existen, y es deber oficial luchar hasta erradicarlas.

Otras afecciones que hay que combatir son aquellas que han aparecido, en términos históricos, en tiempos recientes, como el Sida y el Hantavirus. Y en cuarto lugar, hay que enfrentar las problemáticas que se incrementaron por el hambre y la pobreza: la desnutrición y sus consecuencias inmediatas como las infecciones por inmunodeficiencia y el bloqueo del desarrollo físico y mental.

Ya Saburo Okita decía: "Los argentinos se ocupan de reforzar las terapias intensivas, cuando deberían poner todo su ahínco en las incubadoras". Siguiendo esa frase, se desprende que a los problemas hay que encararlos desde la raíz, y no esperar que se derramen sobre la sociedad, cuando los costos económicos y sociales de solucionarlos en ese punto son mucho más altos que al principio del proceso.

En definitiva, para centrarse más en las "incubadoras" que en las "terapias intensivas", se necesita un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), basado en la diversidad, la universalidad y la solidaridad. Éste debe estar organizado según una nueva arquitectura, con una participación plural e interactiva, y una estructura flexible y motivadora.

Este Sistema debe estar articulado en forma armónica y dinámica en una sólida red, según grados de complejidad, de servicios públicos y privados, eficientemente coordinada por un Ente. El SNIS debe abarcar desde la atención primaria (cuyo concepto exacto se refiere a la atención primordial de la salud, y en la práctica, verdadera puerta de entrada al nuevo sistema) hasta la atención hospitalaria especializada, en el marco de una eficiente administración de los servicios de prestaciones, incorporando la atención sociosanitaria (convalecencia, larga estada y cuidados paliativos).

Por supuesto, la base de este Sistema es un rol activo del Estado, que sea rector y garante responsable de la provisión de servicios de atención médica, y que actúe en la planificación del mercado sanitario.

Para terminar, quisiera recordar que en las guerras del siglo XV, sucede un cambio que podemos extrapolar a la realidad sanitaria argentina. En ese siglo, la armadura que usaban los caballeros se hacía cada vez más elaborada, y se volvió necesario levantar al jinete por medio de palancas y poleas, para colocarlo en su montura. Sin embargo, por esos mismos tiempos, comenzó a popularizarse el uso de las armas de fuego, lo que inutilizó las virtudes de la armadura con la que combatían los caballeros. Esto es un ejemplo del "efecto ocaso", que implica la negación del valor de un paradigma vigente. Si volvemos al campo de la salud en la Argentina, no nos queda otra cosa que decir: "Que no nos pase lo del caballero y la armadura". Necesitamos cambios concretos para el momento presente. □

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.



Sabemos cuidarlo.

En OSPAT, la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf, brindamos la mejor atención médica a más de 270.000 afiliados en todo el país, respaldados por una cartilla de excelencia que incluye a más de 3000 prestadores a nivel nacional.

Mejorando la calidad de vida de nuestros afiliados a través de:

- Modernos Programas de Prevención y Protección de la Salud
- Subsidio por Fallecimiento para titulares
- Turismo y Actividades Recreativas



OSPAT CENTRAL

Florida 15 Piso 6º Piso.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1005 AAO)
0 800 999 5656 - www.ospat.com.ar



OSPAT
Obra Social del Personal
de la Actividad del Turf



¿Quién paga la cuenta?

La Cámara de Senadores aprobó la Ley de Obesidad, que reglamentó el tratamiento de la obesidad, la bulimia y la anorexia como enfermedades. A partir de la sanción, las prepagas y las obras sociales se verán obligadas a cubrir estas patologías. La presidenta Cristina Fernández, por su parte, observó cuatro artículos de la polémica ley.

El 13 de agosto pasado, la Cámara de Senadores aprobó por unanimidad la Ley de Obesidad, que no sólo prevé que la obesidad, la bulimia y la anorexia sean tratadas como enfermedades, sino que también establece que las prepagas y las obras sociales se hagan cargo de la cobertura de los tratamientos requeridos. La sanción de la ley se produjo tras un proceso de casi nueve meses de discusiones.

La Cámara de Senadores aprobó la ley con 54 votos a favor. No obstante, dicha Cámara sólo contempló una de las modificaciones realizadas por la Cámara baja, mientras que gran parte de ellas fueron excluidas del texto final de la ley, que también regulará la exhibición de imágenes de extre-

ma delgadez en los medios y la venta de productos de calidad nutricional en los kioscos de los establecimientos educativos.

Sin embargo, luego de sancionada, el Ejecutivo observó cuatro artículos de la ya promulgada ley, por considerarlos de cumplimiento imposible. (ver recuadro).

LOS DETALLES DE LA LEY

La Ley de Obesidad no sólo se encarga de regular la atención y el tratamiento de la obesidad, que quedarán a cargo de las empresas de medicina prepaga y de las obras sociales, sino que también obliga a éstas a cubrir otras dos enfermedades ligadas a los trastornos alimentarios: la anorexia y la bulimia. Una de las

enmiendas al proyecto que la Cámara baja había realizado el 4 de julio pasado pretendía dejar afuera de la ley a estos dos padecimientos, pero el Senado decidió hacer omisión de la enmienda y reincorporarlos a la ley.

Senadores también denegó la modificación realizada por Diputados que pretendía que fuera el APE (Administración de Programas Especiales) el organismo que se hiciera cargo de los costos que surgieran de los tratamientos especiales. En este sentido, la Cámara alta reforzó el artículo 16 de la ley, que obliga a prepagas y obras sociales a hacerse cargo de la totalidad de los costos.

En referencia a la importancia de la educación en este ámbito, la ley involucra a los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social para incorporar la educación alimenticia al sistema educativo. Además, obliga a los comercios de alimentos radicados en escuelas a ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada.

Uno de los puntos que generó ideas y venidas fue la iniciativa de que los alimentos con elevado contenido calórico y pobre valor nutricional llevaran una leyenda que señalara: "El consumo excesivo es perjudicial para la salud". La Cámara de Senadores había restringido esa leyenda al ámbito de los productos hipercalóricos y de escaso contenido nutricional, pero finalmente ése fue uno de



los temas vetados luego por el ejecutivo.

Por otra parte, la ley también crea el Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios, que quedará incluido en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. En otro de sus artículos, la Ley propone al Ministerio de Salud como el encargado de tomar medidas para evitar que los anuncios publicitarios y los diseñadores de modas utilicen imágenes de extrema delgadez como símbolo de salud o belleza.

LA POLEMICA

El derrotero que ha recorrido el proyecto de ley hasta su proclamación definitiva, ha sido acompañado por la presencia de Alberto Cormillot, conocido nutricionista, así como por el ciclo televisivo *Cuestión de Peso* que conformaron algunos de los pilares que impulsaron la sanción de la ley.

Desde otra óptica, representantes de ACAMI, (Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas), entidad que nuclea a OSDE, CEMIC así como a los hospitales Alemán, Británico e Italiano, resaltaron el hecho de que "ni el país ni el sector de la salud están en condiciones de incorporar estos tratamientos que no se cubren en ningún lugar del mundo". Los voceros de la entidad se encargaron de advertir que la implementación de la Ley de Obesidad podría derivar en un colapso del sector, que generaría el desfinanciamiento de la medicina prepaga, el aumento de las cuotas que abonan los sectores medios y la exclusión extendida de más de 16 millones de personas que permanecen sin cobertura.

LA INTERVENCION DEL PODER EJECUTIVO

Tras la sanción de la Ley de Obesidad, la presidenta Cristina Fernández vetó cuatro de sus artículos que serían de implementación imposible.

Uno de los artículos observados es el número 5, que entendía a la obesidad como enfermedad epidemiológica. Según parámetros internacionales, la obesidad no entra dentro de este grupo. El artículo 11, por su parte, preveía la inclusión de la leyenda "El consumo excesivo es perjudicial para la salud" para alimentos de alto consumo calórico. Las observaciones de la Presidenta implementaron un cambio en la leyenda, ya que consideró que los nutrientes esenciales son diferentes en cada persona.

Por otra parte, el artículo número 20, que regulaba el etiquetado con leyenda para identificar los productos con grasas trans, fue observado por la posibilidad, manifestada por Graciela Ocaña, de que, para evitar la leyenda, las empresas reemplazarían ese componente por grasas no saturadas, que resultarían igualmente perjudiciales para la salud.

El último artículo discutido fue el 21, que otorgaba al Gobierno la facultad de dictar sanciones por el incumplimiento de la ley. Se estimó, en cambio, que la Constitución prohíbe la delegación legislativa al Poder Ejecutivo. Además, a través de un decreto, la Presidenta creó un comité para lograr el mejor modo de implementar la Ley de Obesidad.

El titular de ACAMI, Marcelo Mastrángelo, advirtió que "con esta ley el sistema puede colapsar; además, profundiza los desequilibrios porque relega una vez más a 16 millones de argentinos sin cobertura médica, que deben atenderse con escasez de insumos y aparatología obsoleta en un hospital público colapsado". También agregó que la situación del sector de la salud es "altamente deficitaria" a causa del aumento de los precios del material descartable, de la incidencia de las nuevas tecnologías, de los mayores costos que generan los juicios por mala praxis y la medicina defensiva, y de la ampliación permanente del Programa Médico Obligatorio.

Por su parte, el presidente del

IOMA (Instituto Obra Médico Asistencial), Javier Mouriño, se pronunció a favor de la sanción, aclarando que su obra social "ya viene tratando la obesidad como una enfermedad".

En referencia a la incidencia de la Ley sobre los costos, Héctor Capaccioli, titular de la Superintendencia de Servicios de Salud, aclaró que para el cálculo de los aumentos de las cuotas se tendrá en cuenta el efecto de las nuevas tecnologías y la ampliación de las coberturas.

Por otro lado, la ministra de Salud, Graciela Ocaña, reconoció que la nueva ley "seguramente tendrá un impacto en los costos de las obras sociales y las prepagas", pero advirtió que "el tema se discutirá con los prestadores". □

UN PASO ADELANTE EN SOLUCIONES INTEGRALES PARA LA SALUD

Administración de
Redes Farmacéuticas

Auditoría Automatizada
de Medicamentos

Uso Racional
de Medicamentos

Estudios de
Farmacoconomía

Centro de Cronicidad

+ Control y Seguimiento
de Pacientes Crónicos

+ Programas de Prevención

Profesionalismo

Innovación


Group
Admifarm
Sistemas Globales de Salud

H. Yrigoyen 1628 - 1er piso - (C1089AAF) - Tel/Fax: (011) 4010-0200 - info@admifarm.com.ar - www.admifarm.com.ar



Galeno eligió a Telefónica Empresas para integrar una solución de gestión de imágenes médicas (GIM) centralizada

La solución permitirá a Galeno centralizar la gestión de imágenes médicas y en un futuro asociarla con el historial clínico de cada paciente, optimizando la calidad de las prestaciones que reciben los afiliados. El desarrollo permitirá almacenar y distribuir en el Data Center de Telefónica Empresas las imágenes digitalizadas desde cada uno de los centros por medio de fibra óptica.

Galeno eligió a Telefónica Empresas, la línea de actividad del Grupo Telefónica que desarrolla soluciones de comunicaciones para grandes empresas, organismos públicos y gobiernos, para integrar a su gestión una solución sectorial de Gestión de Imágenes Médicas (GIM) centralizadas que tendrá un alto impacto en la calidad de la atención de los pacientes.

La solución provista por Telefónica Empresas permitirá a los distintos sanatorios que forman la red de centros asistenciales de Galeno gestionar en forma más eficiente la operatoria del paciente dentro de la institución y posibilitará centralizar el almacenamiento, archivo y distri-

bución de las imágenes digitales generadas por el departamento de imágenes.

Con este desarrollo tecnológico, Telefónica Empresas se convirtió en la primera compañía de Latinoamérica en integrar servicios de gestión de imágenes médicas centralizadas en formato digital, acompañando las tendencias del mundo de la medicina que van introduciendo un nuevo modelo de atención apoyado en servicios de telemedicina. Entre otros beneficios, este prototipo brinda a los pacientes mayor comodidad por la posibilidad de realizar ciertas prácticas a distancia, sin necesidad de trasladarse a un centro asistencial, manteniendo óptimos niveles de calidad.

El proyecto de Gestión de Imágenes Médicas incluye, además, soluciones de radiología computada que permite la digitalización de la totalidad de los estudios de Rayos X en el Nuevo Sanatorio Trinidad San Isidro, Sanatorio de la Trinidad Palermo, Trinidad Mitre, Nuevo Trinidad Medical Center Quilmes y Sanatorio Dupuytren. Este proceso de digitalización se realiza con equipamiento de AGFA HealthCare.

La decisión de la prepaga Galeno de avanzar en la incorporación de las últimas tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) de la mano de Telefónica Empresas le permitirá dar un paso más en la optimización de la calidad de prestaciones que ofrece a sus afiliados y en los procesos de gestión interna de la información vinculada con cada paciente.

De esta forma, los profesionales médicos podrán realizar diagnósticos en forma más eficiente al contar con el archivo de imágenes médicas en formato digital, con la posibilidad de integrar estudios previos y vincular a la información interconsultas entre distintos especialistas, gestiones que permiten un cuidado más eficiente de la salud de los pacientes.

Respecto de la gestión interna de Galeno, el desarrollo tecnológico le posibilitará disponer de una plataforma escalable y de alta disponibilidad alojada en el Data Center de Telefónica, con medidas de seguridad garantizadas y certificadas. Además, contará con la actualización permanente de tecnología, procesos



El presidente de Galeno, Julio Fraomeni y el gerente general de Telefónica Empresas, Javier Roldán, durante el anuncio del acuerdo realizado.

y recursos, delegando en Telefónica Empresas la incorporación, gestión y mantenimiento de las plataformas.

A partir del acuerdo alcanzado con Galeno, Telefónica Empresas pone a disposición de la medicina las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs), facilitando los procesos médicos de diagnóstico y tratamiento y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes desde un nuevo modelo de atención sanitaria.

ACERCA DE LA SOLUCION

Por medio del servicio dedicado de Gestión de Imágenes Médicas (GIM) que Telefónica Empresas le brindará a Galeno, el cliente contará con la aplicación instalada en servidores de uso exclusivo alojados en el Data Center de Telefónica, donde dispondrá de una base de datos para registrar su operatoria con alto nivel de seguridad y confiabilidad de la información.

Para la conexión de los sanatorios con el Data Center se utilizarán enlaces de banda ancha de 100 Mbps de fibra óptica, que soportarán el tráfico de los contenidos que serán almacenados y las consultas de las

imágenes médicas digitales desde todos los centros de Galeno.

El servicio GIM es operado y gestionado en forma centralizada desde el Data Center de la compañía, donde cuenta con seguridad tanto lógica como física y servicio de soporte para el reporte de cualquier inconveniente, el cual será atendido por el Centro de Atención Técnica de Telefónica Empresas, las 24 horas del día, los 365 días del año.

El Data Center de Telefónica está certificado por las normas ISO-IEC 27001 de seguridad de la información. Además, el servicio GIM cumple con todos los criterios de seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA su sigla en inglés), donde se recomienda la seguridad y confidencialidad de la información médica.

ACERCA DE TELEFONICA EMPRESAS

Es la unidad de negocios del Grupo Telefónica cuyo objetivo es satisfacer las necesidades en Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) de los grandes clientes y organismos públicos mediante una

oferta integrada, innovadora y personalizada.

Para ello ofrece soluciones que integran comunicaciones de voz y datos, servicios de Tecnología de la Información (TI) y Outsourcing, gestión de la seguridad informática, y una completa labor de consultoría y servicios profesionales.

En la Argentina cuenta con más de 1.500 clientes con una estrategia de especialización sectorial para el desarrollo de soluciones amplias, modulares e integrables, que generan valor para el segmento gestionado por Telefónica Empresas.

En América latina, Telefónica Empresas desarrolla actividades en la Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú, México, Puerto Rico y Estados Unidos, donde presta servicios a más de 8.500 clientes corporativos.

La solución es integrada por Telefónica Empresas con un sistema Picture Archiving and Communication System (PACS, sus siglas en inglés) provisto por AGFA HealthCare.

A partir de este acuerdo, Telefónica Empresas se convirtió en la primera compañía del Grupo en Latinoamérica en integrar servicios de Gestión de Imágenes Médicas (GIM) centralizadas. □

CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA
Especializada en *Diagnóstico por Imágenes y Medicina Vascular Mínimamente Invasiva*

ÚNICO RESONADOR MAGNÉTICO DE 3 TESLA EN ARGENTINA

LA MEJOR IMAGEN DIAGNÓSTICA EN MEDICINA ESTÁ EN BELGRANO

www.sagradafamilia.com.ar

<p>CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA José Hernández 1642 Tel. (011) 6343.7800</p>	<p>ENERI INSTITUTO MÉDICO DR. PEDRO LUCINI Y ASOC. Av. Libertador 6617 Tel. (011) 4014.7000</p>
---	--

CIUDAD DE BUENOS AIRES - ARGENTINA





Cuestión de peso

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

A principios del siglo XX la Argentina tuvo un destino de gran potencia, pero nuestra carencia de objetivos estratégicos y las periódicas crisis provocadas por el desacierto o imprevisión de los gobernantes, nos han llevado a que hoy, sólo conservemos nuestro octavo lugar mundial por extensión territorial, a la vera de 7 estados que nos preceden, todos los cuales han hecho cierto aquel destino para nosotros malogrado.

Como en muchos otros campos, también en salud, la falta de cohesión social, fruto de aquellos desaciertos o imprevisiones, nos lleva a mirar de reojo los verdaderos desafíos que enfrenta la Argentina de hoy y acometer tercamente a los chivos expiatorios del morboso pasado, o aun del aparentemente resplandeciente presente.

La garantía del derecho a la salud es en nuestro país una obligación resultante del juego armónico de diversas disposiciones de nuestra Constitución Nacional y de varios tratados internacionales a los que se les ha reconocido jerarquía constitucional; la jurisprudencia de nuestra Corte Suprema ha señalado que el Estado se encuentra obligado a proteger la salud pública. Sin embargo, el progresivo deterioro de la infraestructura y las prestaciones del hospital público, tanto a nivel provincial como municipal, hace que esa garantía no pueda cumplirse en algunos casos, y en otros se realice con marcados desniveles de calidad. Existen además, otras razones fundamentales que se derivan de un intervencionismo estatal errado y de decisiones judiciales que, en aras de proteger situaciones individuales, pierden de vista sus efectos nocivos sobre todo un sistema solidario y el conjunto de la comunidad.

En 1996 se creó el Programa Médico Obligatorio (PMO), a partir del cual se estableció que tanto las obras sociales como las empresas de medicina prepaga deberían brindar a todos sus beneficiarios o asociados un conjunto de prestaciones médicas en forma obligatoria. Pero esta iniciativa no exenta de razonabilidad, nació desnaturalizada con la incorporación acrítica e injustificada de numerosos procedimientos y medicamentos de dudosa eficacia y se continuó desnaturalizando con el paso del tiempo a raíz de la sucesiva y progresiva inclusión de prácticas, tratamientos y medicamentos, que parecen desconocer que la actividad de las obras sociales (como la de las empresas de medicina prepaga) se estructuran bajo las reglas de un seguro cuyos costos resultan de un cálculo actuarial ajeno a cualquier voluntarismo bien intencionado, cuando no demagógico.

Así, por ejemplo, tratamientos como los de sida, adicciones y dependencia de drogas, de discapacidad, de enfermedades que requieren costosísimos medicamentos, prácticas quirúrgicas como la colocación de la banda

gástrica, o tratamientos de fertilización son a veces imposibles de ser cubiertos en términos económicos, sin afectar la calidad, los costos o aún el acceso a servicios realmente prioritarios (en términos de prevalencia e incidencia) del conjunto de los afiliados al sistema.

El actual presidente de la Corte Suprema, ha manifestado (definición básica de textos elementales de economía de la salud) "que las prestaciones de salud constituyen un recurso escaso: no es actualmente posible que todos los individuos tengan acceso a todas las prestaciones que desean en lo atinente a la salud". Claramente no ha tratado, por cierto, de negar el derecho a acceder al tipo de tratamientos o prácticas mencionadas como ejemplo, sino que seguramente ha llamado a que funcionarios, legisladores y jueces tomen conciencia de que éstas no pueden ser impuestas a la fuerza, a menos que el Estado arbitre los medios para compensar económicamente a quienes las brindan a través de un sistema de seguros (obras sociales y medicina prepaga); o lo que es más importante, desde el punto de vista ético y moral, que le brinde similar garantía de prestación a aquellos que no poseen cobertura de estos sistemas (40% de la población sólo tiene cobertura del sistema público, y un gran porcentaje de ellos son pobres, cuando no indigentes).

Dos situaciones en los últimos días merecen ser observadas a la luz de esta visión:

1. El fallo judicial que obligó a una obra social a la cobertura (sin límite de intentos) de fertilización asistida. Más allá del legítimo derecho que a todos asiste de la posibilidad de tener hijos, de los partos múltiples y consecuentes necesidades de asistencia neonatal; de que de acuerdo con un reporte del British Medical Journal (entre muchas otras evidencias) las parejas con infertilidad de causa desconocida no tienen más probabilidades de tener un parto con citrato de clomifeno (14%) o inseminación (23%) que con actitud expectante (17%) después del ajuste de factores (edad materna, paridad, y duración de la infertilidad), cabría preguntarse si el sector público está en condiciones de garantizar el mismo tratamiento a todos los ciudadanos, aunque no tengan cobertura de la seguridad social o de la medicina prepaga.

2. Tras más de ocho meses de debate, la obesidad, la bulimia y la anorexia serán consideradas enfermedades y deberán ser incorporadas al Programa Médico Obligatorio, según establece la ley que aprobó el Senado. Según la norma, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga tendrán obligación de incluir entre sus prestaciones "todos los tratamientos médicos necesarios, incluyendo nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos, y todas las prácticas médicas necesarias para la atención de las

enfermedades". En referencia a la observación que hacíamos respecto a un sistema de seguros, la ley aclara que no se obligará a la Administración de Programas Especiales (APE) a hacerse cargo de los costos. La "aclaración" surgió de una propuesta de la Cámara baja (las comillas se deben, a que el hecho de que se exima de cobertura a la APE, no modifica el compromiso financiero de los entes financiadores, pues las obras sociales -por otra parte dueñas de los fondos que nutren la APE- deberán asumir los costos de sus propios -y mismos- fondos, poniendo en disputa nuevamente el equilibrio actuarial).

La ley fue aprobada por unanimidad, y ante claras expresiones de alegría (bajo la atenta mirada de las cámaras televisivas) de la titular del INADI, quien manifestó que en el país la obesidad está en 3^{er} lugar, después de la pobreza y la xenofobia hacia los residentes bolivianos, como causa de discriminación y de la actriz conductora del programa "Cuestión de peso".

En algunos países, donde esta enfermedad recibe garantía de cobertura, además, se toman medidas de prevención (aumento de impuestos a los alimentos que hacen engordar; incorporación de educación nutricional a la currícula escolar y fomento de la actividad física de los niños). Como bien indicaba A. Cormillot: "...faltaría promover la prevención de la obesidad", "La televisión, las comidas rápidas, el estrés y el aumento del sedentarismo son los principales motivos de que cada vez haya más personas con trastornos alimentarios", y destacó la necesidad de un diseño urbano que favorezca una vida menos sedentaria.

En todos los casos, es fundamental que exista un compromiso por parte del paciente de modificar sus conductas alimentarias, y el último recurso es el lugar que se asigna hoy a las cirugías de la obesidad, cuya cobertura por parte de obras sociales y prepagas fue el eje de la discusión de la ley aprobada por el Senado. Un último recurso, que apunta a ofrecer una oportunidad más a aquellas personas en las que la prevención y los tratamientos médicos y nutricionales han fracasado tras haber estado efectivamente en acción por lo menos durante dos años. Por eso, deben realizarse tras preguntarse en cada caso si los beneficios de la intervención son mayores que los riesgos. Pero a medida que el Índice de Masa Corporal baja, la relación riesgo-beneficio va dejando de ser tan terminante. Hoy la indicación aceptada es aquel paciente con un IMC mayor a 35, que presenta enfermedades asociadas (diabetes, hipertensión), y que ha fracasado tras por lo menos dos años de tratamientos médicos, y siempre debe ser el psicólogo, como integrante de un equipo multidisciplinario, el que oriente sobre el compromiso del paciente con la cirugía.

Esta garantía obtenida a la luz y en plenas sonrisas

televisivas ¿podrá ser otorgada a aquellos, que padeciéndola, no tienen cobertura de obras sociales y prepagas, por el sistema público? (En la Argentina, casi el 50 por ciento de la población padece sobrepeso, de ese total, el 30% es obeso y alrededor de 1 % tiene obesidad mórbida... y la mayor parte de esa población pertenece a los estratos más bajos de la sociedad). Parece difícil en un medio donde los nombramientos, por ejemplo de psicólogos, son tal vez los menos frecuentes, y donde pobres dotaciones de otros profesionales no alcanzan a resolver problemas "más sencillos" como las infecciones respiratorias agudas de los niños o el control adecuado del embarazo.

Otra legisladora impulsó además la obligatoriedad de que los centros de salud deben disponer de al menos una ambulancia y una camilla de quirófano adecuada para personas con hiperobesidad (que representan el 1 % de la población argentina) explicando que "No se trata sólo de una cuestión médica, también es un problema social y hay que combatir la discriminación hacia quienes lo padecen, y que todas las personas tengan la oportunidad que hoy no tienen". Legisladores de todas las provincias y todos los partidos se sumaron a la iniciativas: "estamos abordando un tema de alta importancia social", "las ONG y programas como Cuestión de peso, ayudaron a crear conciencia"; "se busca mejorar la salud de la población", fueron algunas de sus justificaciones.

Sin duda, la arquitectura social y la calidad institucional están desquiciadas, cuando el Estado, a través de sus poderes festeja con sonrisas y a la luz de las cámaras de TV, defender de la discriminación y mejorar la salud de los obesos e infértiles (con cobertura de salud y los de mayores ingresos), mientras no puede garantizar la atención digna, por ejemplo de una infección respiratoria o de una discapacidad de sus ciudadanos más pobres.

Más cobertura para algunos y falta de acceso para otros parece ser el resultado y el motivo de sonrisas y festejos de algunos funcionarios y legisladores, que en medio de un aparente flujo de riqueza, parecen no acertar en las políticas para cuidar a la población. La política sanitaria, como todas las otras, debe responder a intereses estratégicos, de largo plazo y no a intereses coyunturales; sólo así alcancemos probablemente aquella meta de que hablábamos al comienzo. Con una Argentina emocionalmente desorientada y políticamente desestructurada, la posibilidad de construcción de un horizonte colectivo y solidario en salud, parece cada día más lejano. Posiblemente ante la pregunta de por qué esa riqueza no vuelve en mayor calidad de vida, se apaguen las luces televisivas y desaparezca la sonrisa. Y ésa sí es una cuestión de peso. □



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



Escasez de camas hospitalarias privadas

La herencia del ajuste poscrisis

Reporte Económico FAOSDIR (1)

La crisis que el país atravesara durante el 2001 y el 2002 ha causado heridas profundas en el sector salud. Si bien se ha recuperado la capacidad de financiamiento gracias al aumento del empleo y los salarios formales, todavía son más los temas pendientes que los que regresaron a la normalidad. Uno, de vital importancia, es el estado de la capacidad instalada del sector prestador. Con la recuperación de los ingresos y la caída del desempleo en el sector sindical, la población ha incrementado su demanda de atención médica, pero la oferta prestacional no ha progresado en consonancia con esta mayor demanda. Esto genera el problema de la falta de camas hospitalarias privadas, fenómeno que se siente con particular intensidad en la zona metropolitana.

Desafortunadamente no hay datos oficiales, actualizados y confiables sobre la capacidad instalada del sector prestador. Sin embargo, hay formas de aproximar algunas evidencias en torno a este problema y su gravedad. En la página de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (www.deis.gov.ar) se puede acceder de forma libre y gratuita a una base de datos de prestadores médicos asistenciales. Esa base no está actualizada, con lo cual, su información corresponde

al período 1995-2000. Con un listado (no exhaustivo) de prestadores institucionales con capacidad de internación que quebraron en el período 2000-2006, producido por la Asociación de Clínicas y Sanatorios (ADE-CRA), se puede aproximar entonces el porcentaje de camas hospitalarias privadas que habrían desaparecido con la crisis.

Según la base de datos del Ministerio de Salud, en el año 2000 se contaban con más de 60 instituciones privadas, cuyo tamaño era superior a las 60 camas hospitalarias de atención general de agudos en el área de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano. Estas instituciones proveían al sector salud de 8.800 camas. Extrayendo las instituciones más importantes que quebraron entre el 2000 y el 2006, surge que **la región metropolitana habría perdido con la crisis el 23% de esas camas, o sea, aproximadamente 2.000 camas.**

LA DESTRUCCION NO HABRIA SIDO COMPENSADA POR CREACION DE NUEVAS CAMAS



En el proceso transformador, la destrucción (de camas, puestos de trabajo, firmas, etc.) tiende a ser reemplazada por creación de nuevas formas. Así, aun cuando haya habido una destrucción del 23% de las camas de la región metropolitana es natural inferir que el número total se puede haber incrementado producto de la creación de nuevos establecimientos y la ampliación de los existentes. Pero también es posible que el tipo de camas que se está creando no sea similar al destruido.

Una particularidad del sector de la atención médica fue que los precios no crecieron a igual ritmo. Con la devaluación, resurgió la inflación. Con ella, los precios de los insumos médicos se aceleraron, mientras que los

de las instituciones de internación tuvieron una recuperación muy cansina, hasta el año 2006. En el Gráfico adjunto se observa que los precios de equipamiento médico de producción nacional, (que pueden adoptarse como una variable aproximativa de los costos específicos de la atención médica), se incrementaron, sólo en el 2002, en un 82% y mantuvo la tendencia alcista hasta llegar a un

incremento del 136% en el 2008. Los precios de las instituciones de internación recién muestran agresividad a partir del 2006 para alcanzar el nivel del costo de equipamiento en el 2008.

Este retraso de precios hospitalarios hizo que los nuevos flujos de capital privado apuntaran a los segmentos más altos de la pirámide socioeconómica y a las obras

sociales sindicales para la creación de camas destinadas a su población beneficiaria, motorizadas en buena medida por la falta de camas en el sector privado. Así, el sector más perjudicado es el de las instituciones que atienden a la población de ingresos medios, que son precisamente las **Obras Sociales de Personal de Dirección**.

Tienen que enfrentar una situación de restricción mayor que las obras sociales sindicales por desactualización del tope sobre los aportes y las contribuciones, tienen que enfrentar aumentos de honorarios y tarifas de los prestadores para recuperarse del retraso provocado por la crisis, y además tienen que dar atención médica a una clientela exigente con escasez de infraestructura privada sin visos de que la situación se pueda solucionar en corto plazo. □

(1) **Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección.** www.faosdir.org.ar y presidencia@faosdir.org.ar



Un nuevo concepto en salud

Soluciones integrales para sus beneficiarios

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.

4543-6800

grupo AIR PRODUCTS

Correa 3039 | Capital Federal | Buenos Aires - ARGENTINA
Tel.: (54 11) 4543-6800 | Fax (54 11) 4543-6991
Web: <http://www.tmd.com.ar> | E-mail: info@tmd.com.ar

TMD
CINCUENTA Y CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA



Contención y calidez humana

Tras 12 años de trayectoria, Medical System se presenta como una de las empresas de internación domiciliaria más prestigiosas y respetadas del país. Su presidente, Juan E. Monod Núñez, y su directora Médica, Patricia Torres, reflexionan acerca de los pilares de su compañía: la constancia y la excelencia del recurso humano.



Juan E. Monod Núñez, Presidente y Patricia Torres, Directora Médica de Medical System.

Medical System, una de las empresas de internación domiciliaria con más trayectoria en la Argentina, se inició en 1996 con su primer cliente que, por ese momento, fue la Obra Social Luis Pasteur. Juan Monod Núñez, presidente de la compañía, y la dra. Patricia Torres, su Directora Médica, recuerdan aquellos inicios con alegría. Es que Medical System ha recorrido un camino de constancia, en el que la clave ha sido poder mantener los clientes a lo largo del tiempo y crecer dando pasos pequeños pero constantes.

La nómina de clientes de Medical System, en efecto, da cuenta de la perseverancia en la calidad y en el servicio. Swiss Medical, Omint, Medifé, Colegio de Escribanos, Dirección de Bienestar de la Armada (D.I.B.A) y Medicus, entre muchas otras empre-

sas de medicina prepaga y obras sociales, confían en los servicios asistenciales de la empresa. "Todos nuestros clientes han llegado a nosotros gracias al trabajo que hemos realizado, la Dra. Torres añade: "No hemos entrado en salud por amiguismo; conseguimos todo con esfuerzo, honestidad y calidad de atención".

EL DESAFÍO DE LA INTERNACION DOMICILIARIA

Según el Presidente de Medical System, "la internación domiciliaria es la atención integral del paciente en el hogar". Puede implementarse en casos tanto de mediana como de alta complejidad, y en pacientes crónicos o, incluso, terminales. La internación domiciliaria, aclara Torres, se inició como una modalidad de atención para pacientes de baja com-

plejidad pero, a medida que sus beneficios empezaron a ser conocidos, el rango de pacientes se amplió.

El ámbito de ventajas que ofrece la internación domiciliaria incluye el hecho de que el paciente evita las infecciones intrahospitalarias y que permanece en contacto con su familia y su medio, donde se encuentra más contenido que en una cama de hospital. Esta serie de beneficios hizo que la complejidad de los pacientes de internación domiciliaria cambiara de baja a media y alta.

Puesto a reflexionar acerca de la realidad de esta modalidad en el mundo, Monod Núñez no duda en asegurar que, en los llamados países del primer mundo, los profesionales médicos raramente atienden a los pacientes en sus domicilios: "En esos países, salvo rara excepción, el médico no va a la casa del paciente; tampoco tienen a un paciente ventilado en su casa, y nosotros sí. Acá es mucho más importante que en otros lugares".

Con respecto a las normas protocolares a seguir en el caso de las internaciones domiciliarias, Monod Núñez señala que "hoy en día se tiene mucho más claro cuándo conviene o no conviene que el paciente vaya a internación domiciliaria". La mentalidad de los pacientes, agrega la Dra. Torres, ha evolucionado mucho: "Antes, el enfermo pensaba que si lo derivaban a internación domiciliaria era porque la prepaga o el sanatorio quería desocupar su cama. Ahora se entienden los beneficios y se han visto los progresos". Aunque no hay un criterio uniformado en todas las prepagas y obra sociales que determine cuándo un paciente es apto para la internación domiciliaria, Monod Núñez destaca que el tema de los costos sí es fundamental: "Un paciente en terapia intensiva implica un costo que en internación domiciliaria se reduce a la mitad".

A la hora de reflexionar acerca de las desventajas y asignaturas pendientes en el núcleo de esta modalidad, los directivos de Medical System señalaron que la única desventaja es que "cuando el paciente se acostumbra, es difícil retirarle el servicio". Por otra parte, la falta de capacitación, la carencia de recurso humano en el sector de enfermería y cierta lentitud de los financiadores para resolver internaciones domici-

EL IMPACTO DE LA INFLACION

Si desde 1996 hasta 2002 Medical System no había modificado su lista de valores, el panorama inflacionario los obligó a acomodar los aranceles y los honorarios. "En los últimos años, notamos que tenemos más trabajo pero que la utilidad ha descendido mucho", advierte Monod Núñez. Torres, por su parte, identifica como factores clave de este proceso al aumento de los insumos y al incremento de los honorarios. "Lo más difícil -agrega el directivo es hacerle entender al financiador que el personal de enfermería tiene que ir acompañando la inflación, sobre todo en esta actividad en la que el recurso humano es de suma importancia".

liarias tempranas fueron señalados como asuntos pendientes en la agenda del sector.

EL RECURSO HUMANO: UN EJE FUNDAMENTAL

Medical System cuenta con alrededor de 200 enfermeras, 70 kinesiólogos y 30 médicos. Con este staff, la compañía atiende un promedio de 350 pacientes domiciliarios por día. Aunque la mayoría es añosa, Medical System también posee casos de pacientes pediátricos.

"Un enfermero nuestro -expone Monod Núñez- realiza tareas importantes desde todo punto de vista porque brinda una contención distinta y aporta calidez humana". El obje-

tivo de la empresa, puntualizan ambos directivos, es lograr que el paciente se recupere lo más rápido posible; si ello resulta imposible, se trata de brindarle la mejor calidad de vida disponible. En este contexto que privilegia la atención del paciente, el recurso humano resulta fundamental. En el caso de Medical System, los responsables de enfermería cuentan con una capacidad de inventiva para resolución de problemas que los hace invaluable: "Tienen adaptabilidad, ingenio y versatilidad", comenta la Dra. Torres.

En este sentido, también el trabajo en equipo constituye una pieza clave para lograr los objetivos que Medical System se plantea. Tanto los profesionales médicos y de enferme-

ría como el personal administrativo, la Supervisión de Enfermería y la Dirección de la compañía están comprometidos a trabajar conjuntamente para seguir brindando un servicio de calidad. "Para eso estamos todos -especifica Torres- y damos soporte a la enfermería".

También la organización del recurso humano contribuye al mejor funcionamiento de la internación domiciliaria: "Lo más difícil de la internación domiciliaria -admite Monod Núñez- es coordinar a todos los actores: médicos, enfermeras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, toda su logística y el equipamiento médico". La coordinación, sumada a la calidez humana, forma la base para el buen desarrollo de una internación domiciliaria en Medical System. Es por eso que la compañía apuesta, sobre todo, a mantener la armonía: "Tratamos de lograr, en el domicilio, la compatibilidad entre el paciente, su familia y los profesionales; si es necesario, cambiamos al médico o a la enfermera para llegar al equilibrio", apunta Monod Núñez. "Hay que estar todos los días, todo el día, y poner mucho el cuerpo", concluye Torres. □

OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN

Fundada en 1971



SERVESALUD

Un bien de familia

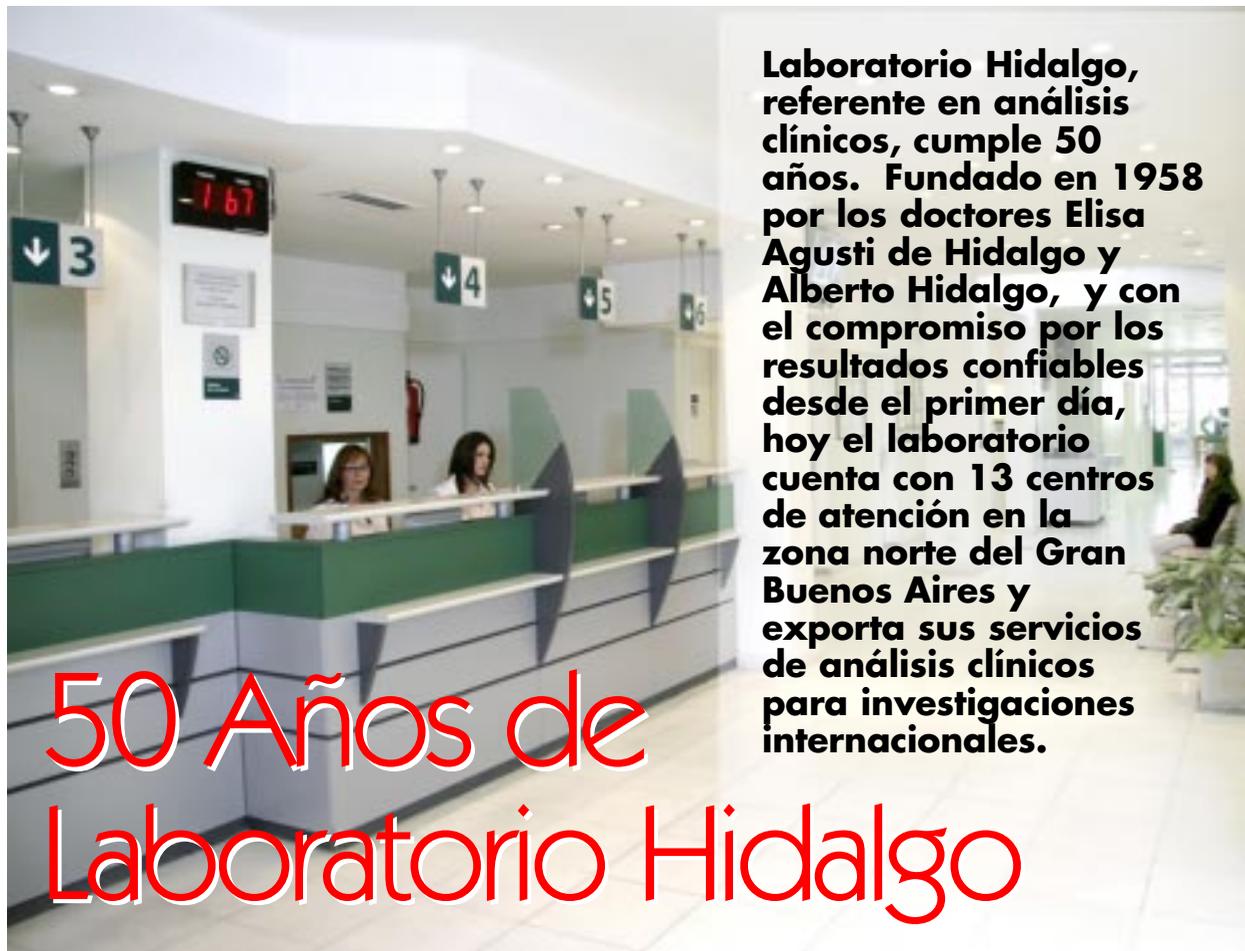
Cobertura integral y Cartilla Médica propia
con profesionales e instituciones de primer nivel hacen la diferencia
Planes de salud al alcance de todos: Empresas, Monotributistas y Particulares

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, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Rosario, Santa Fé, San Juan, Tucumán





Laboratorio Hidalgo, referente en análisis clínicos, cumple 50 años. Fundado en 1958 por los doctores Elisa Agusti de Hidalgo y Alberto Hidalgo, y con el compromiso por los resultados confiables desde el primer día, hoy el laboratorio cuenta con 13 centros de atención en la zona norte del Gran Buenos Aires y exporta sus servicios de análisis clínicos para investigaciones internacionales.

50 Años de Laboratorio Hidalgo

Laboratorio Hidalgo fue fundado en 1958 por los doctores Alberto y Elisa Hidalgo, que desde siempre consideraron a la "calidad", un valor fundamental, y se basaron en ella para construir día a día una organización comprometida con la salud y la ciencia.

La sede central del Laboratorio Hidalgo está ubicada en Martínez y supera los 2.000 m². A ella se agregan 13 centros de atención en los principales centros urbanos de la zona norte del Gran Buenos Aires. En la organización trabajan 250 profesionales y técnicos en tiempo real, que por día supervisan el procesamiento de los análisis de 3.000 pacientes.

UN POCO DE HISTORIA

Ya desde los años 70, la incorporación de nueva tecnología se convirtió en una constante, para actualizarse

a las exigencias que nacieron del desarrollo de especialidades médicas -neuroquímica, endocrinología, hematología e inmunología-.

Una década después, con la revolución informática, y, en particu-

lar, con el código de barras, la tecnología no sólo aseguró la precisión de los datos sino también la integridad y trazabilidad de la información.

En los 90 la "segunda genera-



Mariana Hidalgo, Gabriel Hidalgo, Alberto Hidalgo, Hernán Guglielmo (Gerente General) y Elisa Agusti de Hidalgo.

ción" se integró a la dirección. Y se reconoció que para ofrecer medicina de alta calidad, era necesario acercarse al paciente y a la comunidad médica. Es por ello que se comenzaron a abrir "Centros de Atención" en distintas zonas del norte del Gran Buenos Aires, y a ofrecer servicios integrales de laboratorio a instituciones que necesitaban tercerizarlos.

Es también en esta década en la que se empezó a proveer servicios a la industria farmacéutica, actividad que aumentó hasta contar en el día de hoy con una División para Estudios Clínicos. Esta incursión implicó un gran desafío, que hizo crecer al laboratorio como empresa. Debido a las altas exigencias de los Laboratorios Farmacéuticos y las frecuentes auditorías de clientes de diversas partes del mundo, se lograron elevar los estándares de calidad a niveles internacionales. Actualmente se brindan servicios a centros de investigación de Francia y Alemania, Estados Unidos, Canadá, Brasil y otros países.

RESULTADOS CONFIABLES

Desde 2005 Laboratorio Hidalgo está acreditado con la norma ISO 15.189, que es el estándar internacional que determina requisitos de calidad y competencia para laboratorios médicos. Reúne los conceptos de gestión de la calidad de la ISO 9001:2000 y los requerimientos de competencia de ISO/IEC 17.025:1999.

La acreditación ISO 15.189, requiere que el laboratorio cuente con:

- un sistema de calidad que cumpla con las exigencias de la ISO 9000.
- equipamiento tecnológico adecuado para realizar los análisis.
- personal de laboratorio con la competencia para llevar a cabo el procesamiento de los análisis.



Laboratorio Hidalgo también está certificado en ISO 9001:2000 por TÜV Rheinland Group y participa en Programas de Proficiency Testing (tales como CAP y DGKL).

De esta manera, se renueva cada año la apreciación pública y formal de la competencia técnica del servicio en un entorno internacional, dato que permite ofrecer a médicos y pacientes resultados confiables.

ANALISIS CLINICOS PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACION CLINICA

En los últimos ocho años, Laboratorio Hidalgo ha participado en más de 200 estudios multicéntricos para investigaciones clínicas de la industria farmacéutica. Se ha constituido, por lo tanto, como "Laboratorio Central" para centros de investigación de Canadá, Francia y Estados Unidos, para lo cual reúne las muestras de 1.000 centros de investigación del Cono Sur.

Laboratorio Hidalgo realiza el

servicio de análisis clínicos de dichas investigaciones, y para ello cuenta con una división especializada de quince personas con dedicación exclusiva, altamente capacitada, con equipamiento de última tecnología. Además, a fin de seguir cada proyecto y asegurar el cumplimiento de protocolos científicos, es necesario cumplir con estrictas regulaciones, Buenas Prácticas Clínicas y Procesos Operativos Estándar y contar con las mismas tecnologías y procesos que los laboratorios de los países centrales.

Con el fin de ser competitivo en el mercado internacional, el laboratorio dispone de un software que permite entregar reportes adaptados a la necesidad del cliente, ya sea en datos demográficos, rangos y tipos de resultados, como en el formato de los archivos y la transferencia de información. Se controla, con esta herramienta, todo el proceso de manejo de muestras y materiales, definiendo los parámetros para medir la efectividad de cada etapa del proceso. □

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 SEGURO

www.osdo.com.ar



Financiamiento y organización: el impacto de la tecnología

En el marco de sus XVIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud, la Asociación de Economía de la Salud (AES) logró reflejar la perspectiva de los prestadores ante el cambio tecnológico y sus efectos sobre la gestión y el financiamiento. Lo hizo en una mesa redonda que reunió a cuatro personalidades de los distintos subsectores.

Gustavo Mammoni, Presidente de Confeclisa, Carlos Díaz, Gerente General del Centro Gallego, Josefa Rodríguez, Directora General del Hospital Garrahan, y Pablo Yedlin, Ministro de Salud de la Provincia de Tucumán abordaron problemáticas tan complejas como el impacto de las políticas sanitarias, el estímulo a la innovación, los derechos de propiedad intelectual y las herramientas de medición, en el marco de las XVIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud.

La mesa redonda conformada por Mammoni, Díaz, Rodríguez, y Yedlin tuvo como eje temático "La perspectiva de los prestadores frente a los efectos de los cambios tecnológicos sobre la organización y el financiamiento de los distintos subsectores." Durante sus conferencias, los expositores ilustraron las dificultades del sector, así como también las posibles alternativas y herramientas de resolución.

LA EXPERIENCIA TUCUMANA

El primero en tomar la palabra fue Pablo Yedlin, Ministro de Salud de Tucumán, quien ofreció al auditorio la experiencia de dos proyectos que su provincia ha desarrollado en respuesta al impacto de la tecnología en el financiamiento y la organización. La implementación de un módulo odontológico pediátrico de alta eficiencia es el primero de estos proyectos, mientras que el Plan Na-

cer constituye la segunda experiencia a la que se refirió Yedlin.

En referencia al sistema odontopediátrico de avanzada que se ha implementado en Tucumán, Yedlin destacó que la salud bucal es una de las grandes tareas pendientes del sistema de salud nacional: "Es un tema que se suele entender como muy difícil de abordar; el alto índice de caries se lee como un gasto para los sistemas de salud". Fue en la búsqueda de un sistema eficiente y de costos controlados que se arribó al nuevo sistema odontopediátrico de alta eficiencia. A diferencia de los sistemas tradicionales, que trabajan



Pablo Yedlin, Ministro de Salud de Tucumán.

pieza por pieza, este innovador sistema trabaja cuadrante por cuadrante, lo que posibilita que, en sólo cuatro sesiones, el paciente pueda tener el alta.

Este módulo está instalado en el Hospital de Niños de Tucumán, y se ocupa también de ejercer la prevención y la promoción de la salud bucal: "Prestamos mucha atención a la educación y a la prevención", indicó Yedlin. La organización también está asegurada: cada niño concurre al módulo con turno, a diferencia de lo que, planteó Yedlin, ocurría anteriormente. El odontólogo trabaja junto a uno o dos asistentes dentales, lo que sí ha implicado -admite Yedlin- un aumento en el recurso humano: "Antes teníamos ocho profesionales y tuvimos que llevarlo a 25". Esto, por supuesto, ha hecho incrementar el gasto en recursos humanos: mientras que el sistema de atención tradicional gasta cerca de 18 mil pesos, este sistema de alta eficacia alcanza 64 mil pesos. Sin embargo, subrayó Yedlin, "cuando se habla de las prestaciones, y sólo considerando el recurso humano utilizado en las prestaciones, los valores bajaron de 12 a 9 por cada prestación. Hemos aumentado la productividad por odontólogo". Esta tendencia de baja, afirmó, seguirá vigente puesto que el módulo se encuentra trabajando, hoy en día, sólo al 70% de su capacidad.

Los beneficios del módulo llegan también a los costos de equipamiento y materiales. El equipo que se utiliza es mucho más económico que

los tradicionales: por ejemplo, el sillón no cuenta con lámpara específica y el profesional trabaja directamente con luz de techo. Por otra parte, la posición en que el sillón coloca al paciente también contribuye al ahorro en materiales: mientras que en los sillones tradicionales el paciente está semisentado, aquí queda casi acostado. Esto posibilita que se genere un ahorro en material puesto que esa posición es la más indicada para lograr la máxima efectividad del material. Además, el odontólogo trabaja en cuatro sillones a la vez, lo que resulta en un mejor aprovechamiento de los materiales. "Es por eso - sintetizó Yedlin- que se da un ahorro en equipamiento, en instrumental y en material".

Con este plan se ha triplicado la cantidad de prestaciones que brinda el Hospital, por lo que éste tiene programados, señaló Yedlin, dos módulos similares para la atención de adultos. "La idea es llevar este sistema de alta productividad a todo lo que es atención primaria en la provincia. Creemos que con este sistema podremos brindar una solución a estas problemáticas que, de otra forma, se hacen difíciles de abordar en este contexto", sintetizó Yedlin.

Por su parte, explicó Yedlin, el Plan Nacer es un programa por el cual el gobierno nacional ha tomado un crédito que ha generado transferencias capitadas a las provincias. Estas transferencias se destinan a madres embarazadas, bebés de hasta 45 días y niños de hasta 5 años que no dispongan de cobertura. Por cada una de las prestaciones que reciben los afiliados al Plan, la Nación otorga a la provincia 15 pesos, que son transferidos, por la Unidad de Gestión Comercial, a los efectores según sus prestaciones y en concepto de incentivo.

La importancia de esta pequeña

suma adicional que se transfiere a los efectores pasa, justamente, por el desarrollo de un mejor sistema de información. Un 60% de esa suma, aclaró Yedlin, llega en efectivo; el 40% restante depende del cumplimiento de resultados. "Es por eso que la Unidad de Gestión Provincial de Tucumán armó un sistema informático que registra a todas las personas sin cobertura", indicó Yedlin. Ese sistema ha permitido no sólo la consulta de los afiliados, sino también el armado de fichas de consumo para cada paciente y la realización de consultas a nivel global. A modo de conclusión, Yedlin se refirió a la importancia de aunar tecnología y organización: "La tecnología y los equipamientos junto a los procesos de gestión son los pilares que permiten cumplir con nuestros objetivos: mejorar la salud de nuestra gente y lograr una tarea digna para el equipo de trabajo".

UN TRILEMA BIOETICO

Gustavo Mammoni, Presidente de Confeclisa (Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales), comenzó su disertación refiriéndose a una temática que está pendiente en la agenda de discusiones: el del cuidado ubicuo de la salud. Según Mammoni, "este tipo de cuidado, entendido como la necesidad de estar en todos lados al mismo tiempo, ha generado avances en el campo de la genética orientada a la prevención; ése es un tema que deberíamos comenzar a conversar en la Argentina". Esta temática se relaciona con la bioética, una problemática que Mammoni iría a tratar especialmente durante su conferencia y que definió como "un instrumento para discernir entre lo bueno y lo malo".

Mammoni señaló que existe, en



Gustavo Mammoni, Presidente de Confeclisa.

nuestro sistema de salud, un trilema bioético que incluye tres polos: la espertocracia, entendida como la beneficencia dentro de lo bioético, la autonomía de las personas y la equidad en la cobertura. "Este trilema - especificó- no está resuelto en nuestro país porque nos falta el marco legal para el derecho a la atención médica, que es un derecho constitucional sólo desde la reforma del 94": Como consecuencia de este trilema no resuelto, describió Mammoni, la espertocracia avanza sobre los financiadores con medicina defensiva y sobreprestación, a la vez que los financiadores avanzan sobre la espertocracia a través de los convenios de riesgo, que explotaron durante los 90. Por otra parte, prosiguió Mammoni, el financiador limita al afiliado con reducciones de prestaciones y éste lo enfrenta con juicios por mala praxis y con recursos de amparo. "Esta es la realidad de este trilema bioético en que estamos insertos", resumió.

En referencia a las tecnologías sanitarias, Mammoni señaló que no incluyen sólo la aparatología, sino también los procedimientos de atención, los productos farmacéuticos y los sistemas de organización. Estas tecnologías, apuntó, se encuentran con los principales problemas del sistema: limitada cobertura, medios insuficientes para cubrir las demandas sanitarias, y asignación inadecuada de recursos. "Nuestro sistema de salud sobrevivió a la crisis de 2001 bajando la calidad y limitando la efectividad; es por eso que tene-

PROPUESTAS PARA EL CAMBIO

Algunas de las herramientas para la mejora del sistema de salud, según Gustavo Mammoni, Presidente de Confeclisa, son:

- Evaluación de la tecnología: es necesaria la formación de una agencia de evaluación tecnológica.
- Creación de un grupo de tecnología médica que permita unir la investigación con el productor y el pensador.
- Promoción e inversión en bienestar e infraestructura.
- Créditos blandos que permitan la actualización tecnológica.
- Valores arancelarios de las prestaciones de la tecnología sanitaria.



mos que trabajar en esos temas”, puntualizó.

Ante la imposibilidad de negar que la tecnología constituye una de las principales apuestas productivas de la actualidad, Mammoni se pronunció a favor de la racionalización: “La cuestión no es gastar menos, sino gastar mejor”, expresó. Otra de las problemáticas que afronta nuestro país hoy en día es, según Mammoni, la inflación, que en el ámbito de la salud es especialmente importante. En este contexto inflacionario, destacó, “nos encontramos con un nuevo tipo de trabajador: el trabajador pobre; por eso es fundamental replantearnos cómo vamos a financiar.” En este sentido, el Presidente de Confecelisa agregó que es de suma importancia la implementación de una ley federal para asegurar el financiamiento.

Hacia el cierre de su disertación, Mammoni acercó una serie de propuestas, tanto de orden general como de orden específico. Entre las primeras, destacó la importancia de reevaluar la forma en que nos enfrentamos a la tecnología: “La tecnología tiene que ser un instrumento de atención médica y no un fin en sí mismo”, especificó. Por otra parte, Mammoni también postuló la necesidad de jerarquizar el gasto médico para poder asignar el presupuesto según las necesidades y no según la demanda. En este sentido, agregó, debe haber “criterios éticos para el manejo de los recursos”. El gerenciamiento eficiente de todos los niveles del sistema de salud, junto a la implementación de una medicina basada en la evidencia y la reestructuración del sistema sanitario, resumió Mammoni, puede hacer la diferencia.

HOSPITAL GARRAHAN: COORDINACION Y ALTA COMPLEJIDAD

Fue Josefa Rodríguez, Directora General del Hospital Garrahan, la tercera en presentar su conferencia. En este caso, optó por describir algunas de las herramientas de gestión que utiliza su hospital y que, manifestó, pueden ser vehículo para alguna solución al tema que convocó a la mesa.

El financiamiento del Garrahan está dado por tres vías: el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud de la Ciudad del Buenos Aires y los fondos propios.



Josefa Rodríguez, Directora General del Hospital Garrahan.

Estos, apuntó Rodríguez, “aumentan a medida que vamos luchando por mejores convenios y contratos con las obras sociales y las prepagas”. Otra de las grandes fortalezas de este centro la constituye el sistema matricial y la coordinación de las distintas unidades de internación y ambulatorias. La coordinación está ejercida por médicos clínicos que tienen la capacidad de ejercer una visión holística que no sólo permite brindar una mejor atención a los pacientes, sino también aprovechar mejor los recursos. “Un hospital como el nuestro, de alta complejidad, sólo se mantiene con un alto nivel de actividad interdisciplinaria”, agregó Rodríguez. Es por eso que el sistema matricial que cumple el hospital se rige por una serie de intervenciones multidisciplinarias guiadas por el hilo conductor de la mirada del médico clínico.

El recurso humano, enfatizó Rodríguez, es otra de las claves para el buen funcionamiento de un centro de alta complejidad. El Garrahan cuenta con 958 enfermeras y 388

médicos: “No se puede pensar una prestación de alta complejidad sin un número elevado de enfermeras”, destacó. En este sentido, Rodríguez no dejó de apuntar con preocupación el gran déficit en materia de enfermería que se verifica actualmente en el sistema de salud.

Las camas conforman otro de los recursos esenciales del hospital, especialmente las destinadas a cuidados intensivos. “Gracias a la mejora de los demás sectores, nosotros vamos orientando el hospital hacia la más alta complejidad pediátrica”, remarcó Rodríguez, por lo que se ha verificado un aumento en el número de camas para el cuidado intensivo. Si en 2007, 110 de las 470 camas disponibles estaban dedicadas a la terapia intensiva, este año esa cifra ha ascendido a 122, y se espera que para 2009 aumente hasta llegar a 136. Las intervenciones quirúrgicas también están en aumento en el hospital, fundamentalmente aquellas ligadas a la alta complejidad. Sin embargo, se ha estacionado el número de trasplantes; “esto se debe -explicó Rodríguez- a que han descendido los trasplantes hepáticos gracias a las campañas de vacunación contra la hepatitis A”.

“El hospital existe por una decisión política: la de facilitar el acceso a la alta complejidad”, señaló Rodríguez. Uno de los aportes a la disminución de la mortalidad infantil que el Garrahan puede realizar, según su Directora, es el de la atención de las cardiopatías congénitas. Ante la decisión de fortalecer ese sector, el hospital tuvo que enfrentarse a un problema: “No contábamos con suficiente cantidad de cirujanos cardiovasculares”, comentó Rodríguez. Con el espíritu de encontrar una solución a tal situación, el hospital implementó módulos vespertinos de ci-

LOS NUMEROS DEL GARRAHAN

El presupuesto del Hospital de Pediatría se distribuye, según su Directora, de la siguiente manera:

- 59%: recursos humanos que están en relación directa con el hospital.
- 12%: recursos humanos tercerizados.
- 18%: Insumos asistenciales. El hospital realiza un importante proceso de seguimiento sobre los insumos asistenciales que le permite no sólo controlar, sino también estimar costos para el presupuesto del año siguiente.

rugía, que realizan intervenciones después de las cuatro de la tarde y que disponen de un pago adicional para los profesionales a cargo. "Con esta herramienta hemos sido exitosos -concluyó-: hoy estamos tratando a 1.390 pacientes, más de la mitad de los casos de cardiopatías congénitas que hay en el país", sintetizó.

LA GESTION COMO PUNTO DE PARTIDA PARA LA EFICIENCIA

Carlos Díaz, Gerente General del Centro Gallego, comenzó su disertación haciendo referencia a la necesidad de visualizar la real dificultad del sistema sanitario: "Cuando uno aborda ese tema tiende a pensarlo desde lo simple y cree que cada acción va a tener un efecto: así estamos entrando en un gran error", manifestó. Según él, es necesario aplicar una filosofía de la complejidad a la gestión, de manera tal que ésta nos obligue a abordar lo que denominó brechas sanitarias: "Las brechas entre lo efectivo y la efectividad, entre la efectividad y la eficiencia, entre la eficiencia y la economía, entre la economía y la pertinencia, constituyen nuestras problemáticas y sobre ellas estamos gestionando", especificó.

La gestión en un tiempo de caos impone un abordaje de la calidad "desde un imperativo ético: no puede ser que todavía un país no tenga



Carlos Díaz, Gerente General del Centro Gallego.

una agencia de tecnología o un sistema de información sanitaria", señaló Díaz. Uno de los problemas centrales del actual sistema de salud, afirmó, es la falta de tiempo para pensar: "Nadie piensa en el futuro", confirmó.

En referencia a la tecnología y a los costos que implica, Díaz insistió en la necesidad de seleccionar las tecnologías más eficientes, objetivo que se encuentra cruzado por una de las brechas que, a su entender, tiene más peso sobre el sistema: la brecha de calidad técnica. En este sentido, señaló la importancia de la pertinencia: "Hay que darle los recursos a las poblaciones adecuadas".

Más tarde, no sin incorporar algu-

nas bromas acerca de la realidad de la industria farmacéutica, Díaz reflexionó sobre el carácter inalcanzable del estado de salud. En su opinión, la industria farmacéutica ha hecho de esta situación un franco negocio: "ha convertido cosas normales (el nacimiento, la vejez, la sexualidad, la infelicidad) en patologías para las cuales prescribir una poción mágica".

Según Díaz, uno de los principales problemas que enfrentamos es la tasa de utilidad: "Estoy gerenciando un shopping de la salud", ironizó. En este contexto, Díaz distinguió entre tres tipos de eficiencia en las que hay que trabajar a la vez: eficiencia técnica, eficiencia de la gestión, y eficiencia asignativa. "Para eso no hay otra solución que trabajar todos los días, gestionar por procesos, tener valores institucionales e historias clínicas disponibles", puntualizó.

La eficiencia, concluyó, es esencial para el buen funcionamiento de un sistema sanitario. Esta debe contemplar, según Díaz, la buena calidad de los conocimientos de los profesionales, un servicio sanitario con una óptima organización sistémica, que depende de la gestión. Para mejorar las organizaciones sanitarias, agregó, "no sólo es necesario que estén integradas por personas calificadas, sino también que se mejoren los circuitos de información y que se cuantifiquen los objetivos, las metas y los resultados clínicos." □



EL PROGRESO SEGUROS

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)





Un camino distinto para la reforma de la salud

Cambios respetando las reglas de juego

Por el Profesor Carlos Vassallo

La construcción de la política sanitaria requiere sustento informativo para tomar decisiones adecuadas. La construcción de una base informativa no es un tema menor considerando la debilidad institucional que supone la ausencia de un Estado burocrático, en el buen sentido de la palabra. Un Estado que tiene memoria, que aprende de los errores y que tiene funcionarios que permanecen con independencia del partido político o grupo que gane las elecciones. Eso es construir institucionalidad y previsibilidad.

En un Estado que reúne información y compara, indaga, hace encuestas y profundiza sobre la salud seguramente saltará a la vista el problema de equidad y calidad que atraviesa todo el sistema. El salto cualitativo es el de pasar de la suposición a la medición técnica del problema de equidad y de calidad, en particular las variaciones en la práctica médica.

Estados Unidos que tiene muchos problemas desde el punto de vista de la accesibilidad es sin embargo un sistema donde fluye la información de casi todo lo que se puede medir. Las mediciones y encuestas que se realizan abarcan casi todas las decisiones y actuaciones. Si bien la Argentina comparte con EE.UU. el hecho de tener un sistema profundamente fragmentado no podemos contar en cambio con la información mínima para poder comparar, evaluar, analizar y sacar conclusiones a escala nacional, regional o local que permita tomar decisiones más racionales.

La información es un bien económico pero al mismo tiempo puede ser considerado un bien público, es decir su naturaleza conlleva dos características básicas: la no rivalidad en el consumo y la imposibilidad de aplicar el principio de exclusión de los beneficios (por medios físicos o legales) a terceros.

Es muy difícil que alguien invierta en estas áreas sabiendo que no va a tener un beneficio individual importante. Este tipo de información permite tomar decisiones respecto a un sistema, obviamente no es algo que traiga votos en las elecciones, pero sí permite ir construyendo un Estado distinto, que hace políticas regulatorias más finas,

más adecuadas y que no tira al bulto sin saber cuáles serán los resultados.

Acabamos los argentinos de tener una experiencia muy interesante de lo que es intentar hacer política microeconómica ignorando la información de base. Las retenciones fueron el primer disparo equivocado pero podrían seguir enumerándose. Una Superintendencia que no tiene poder para exigir información e incluso para cerrar una obra social si no cumple con lo establecido nos habla de las debilidades para construir políticas.

Según Salvador Peiró (Instituto Valenciano de la Salud) existe algo peor que comparar y es no comparar. Y esto lo dice a propósito de la necesidad de realizar comparaciones permanentes entre hospitales y otros efectores y analizar los resultados y rendimientos. Es posible percibir en el marco de la oferta médica diferencias importantes entre un servicio y otro, entre el comportamiento de un profesional y otro. Se suele mencionar con frecuencia que estas diferencias en diagnósticos y tratamientos, se deben a estilos diferentes, a trayectorias y a que en definitiva todo maestro tiene su librito. Lo bueno sería que esos profesionales o esas organizaciones (equipos de cirugía o de un servicio determinado) que toman decisiones diariamente, cuando lo hagan no sólo tomen en consideración su experiencia personal, sino *que comiencen a utilizar estudios más amplios, con evidencias y pruebas, revisiones sistemáticas realizadas en el país o en el mundo y que sin dudas le reportarán mejor información para decidir sobre diagnóstico, prescripción y tratamiento.*

Gianfranco Domeniguetti (economista sanitario de Lugano, Suiza) armó un esquema comparativo hace unos años tratando de analizar cómo funciona la prescripción en algunos tratamientos invasivos en ese cantón. Se seleccionaron determinadas cirugías y se consideró la auto-prescripción médica como el *gold standard* puntuado en 100 (se supone que el médico no va a indicar una cirugía respecto de sí mismo cuando la misma no resulta necesaria). Luego se comparan las prescripciones realizadas por esos mismos médicos con otros

“La información es un bien económico pero al mismo tiempo puede ser considerado un bien público, es decir su naturaleza conlleva dos características básicas: la no rivalidad en el consumo y la imposibilidad de aplicar el principio de exclusión de los beneficios (por medios físicos o legales) a terceros.”

colectivos (profesionales liberales, abogados y sociedad en general) las diferencias fueron interesantes y la más significativa fue con la gente común, es decir la comunidad en general, que respecto al *gold standard* se apartó un 43%, en los profesionales liberales bajó un 23%, y cuando uno mira a los abogados la diferencia baja al 5%.

Pareciera que antes de prescribir o indicar un tratamiento a los abogados los médicos analizan y verifican algo más sus juicios y se contienen. Entonces qué está sucediendo con la prescripción e indicación automática que funciona para los otros colectivos. La asimetría informativa a favor del médico, lo pone en una posición dominante que, sin embargo, debe ser ejercida con responsabilidad, dado que puede redundar en daños para el paciente. No se debe apelar a la buena voluntad o la bondad del profesional médico esto necesita incentivos correctos.

Estas variaciones de la práctica médica tienen un impacto directo en el tema de la calidad. En nuestro sistema de salud cada uno hace lo que puede para sobrevivir dentro del mismo, financiadores, prestadores o usuarios. Es muy difícil en la Argentina encontrar familias o individuos que tengan la misma cobertura de salud que la persona que en ese momento está a su lado, y donde cada uno se defiende apelando a lo que tiene. En ese marco, hay una ausencia importante del Estado en todo lo que sea controles y regulación de la calidad de la oferta de servicios y de planes de salud que se ofrecen en el mercado. Hace ya algunos años se intenta regular la medicina prepaga que al ser un mercado con información imperfecta presenta asimetrías.

Pero lo cierto es que todavía no hemos llegado a la fase en donde trabajemos más en profundidad sobre

la calidad de la provisión de servicios. Y esto nos involucra a todos y tiene que ver no sólo con la calidad de la estructura o de la infraestructura, y estoy hablando no solo de acreditaciones, sino también de evaluaciones de procedimientos y de prácticas, y en especial cierta racionalidad que debería tener la prescripción acorde con esa necesidad que se puede percibir. El funcionamiento del sistema está todavía muy consustanciado con lo cuantitativo y muy poco con lo cualitativo. El programa Remediar que fue eficaz en la distribución de medicamentos pero no pudo superar la cuestión cuantitativa y trabajó muy poco en materia de uso racional de éstos. La calidad y el uso importan más que la cantidad.

Y el tema de lo cualitativo pasa a ser un elemento importante, porque aparece ligado al concepto del **costo oportunidad**. Se puede medir claramente cuando utilizó recursos (escasos) en tecnologías o actividades que no dan buenos resultados, y que al ser consumidas no pueden ser utilizadas en aquellas mejores alternativas desde el punto de vista de la efectividad. Y todo esto tiene que ver con la macro y la mesogestión, pero también es clave para el accionar del gestor del hospital y del médico que asigna el 75% de los recursos.

El segundo elemento para los decisores, aparte del costo oportunidad, es el componente de **efectividad** que puede llegar a mostrar ese tratamiento. Y finalmente el tercer elemento a considerar de manera importante es **la utilidad que tiene para el paciente** en el momento en que estamos tomando la decisión. No olvidemos que estamos hablando de una relación de agencia muy importante, en donde el



LA SOLUCIÓN EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

www.medicalsystem.com.ar

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



paciente delega en ese agente médico, en ese prescriptor, una responsabilidad ni más ni menos que con respecto a su propia vida, a su propio tratamiento, a su propia perspectiva en cuanto a su futura calidad de vida. Entonces algo muy importante para tener en cuenta y que ningún profesional debe olvidar, es que hay que pensar en la función de utilidad de ese paciente.

En los últimos años por lo menos en los grupos más activos de la salud, se ha ido acortando la brecha entre el profesional de salud y el economista, y se empieza a generar una relación cada vez más virtuosa entre uno y otro, con un potencial de aporte muy fuerte sobre las decisiones que tienen un componente sanitario, y que requieren un componente interdisciplinario para poderlas tomar de un modo racional y no espontáneo. No son decisiones que simplemente pueden justificarse bajo el juramento y hipocrático, hay que considerar de un modo más preciso y abarcativo esas decisiones que tienen que ver con lo sanitario, y también con los costos asociados y justamente aquí está el gran salto, hay una cuestión de valor agregado entre la alternativa a o la b. En consecuencia cuando uno forma a un profesional para tomar estas decisiones, debe incorporar este tipo de criterios que sin duda van a mejorar su posibilidad de tomar decisiones más costo efectivas dentro de ese esquema.

La medicina no es una ciencia exacta y el médico con la práctica se va convirtiendo en un bayesiano (teorema de bayes)¹ dado que el médico sabe de probabilidades, y sabe también muchas veces que en algunos casos no necesita prescribir 10 estudios químicos diferentes, o prescribir 10 fármacos para poder diagnosticar o aplicar un tratamiento, porque posee su experiencia acumulada respecto de la patología y tiene muchos casos como evidencia. Y como estamos hablando de una ciencia probabilística lo más importante en este esquema es empezar a registrar prueba y error. Todos aprendemos de un mecanismo de prueba y error, las clínicas y los sanatorios y el mismo médico, el farmacéutico y el bioquímico y esto marca la necesidad de que las instituciones debieran volver a considerar dejar lo cuantitativo de lado.

Es decir dejar de lado opiniones tales como que se tiene un buen funcionamiento en un hospital porque tiene la guardia permanentemente atendiendo pacientes, o porque tiene todas las camas siempre ocupadas.

“El tema de recuperar lo cualitativo también tiene que ver con recuperar espacios de debate sobre por qué se mueren los pacientes, o recuperar el tema de los ateneos médicos para poder discutir en profundidad, y en realidad actuar sobre la modalidad de pago de los profesionales”. La modalidad de pago es un marcador importante del comportamiento de ese profesional, si yo le estoy pagando por prestar un servicio, lo que hago es habilitarlo para prestar servicios permanentemente y si además no tengo mecanismos para racionalizar el uso, termino alimentando un monstruo”.

“La medicina no es una ciencia exacta y el médico con la práctica se va convirtiendo en un bayesiano (teorema de bayes) dado que el médico sabe de probabilidades.”

Entonces se trata de empezar a mirar las tres modalidades de pago más conocidas como son el pago capitado, el pago por prestaciones, o el pago de un salario. La idea es no ver esto como núcleo único y rígido, sino que hay espacio para pensar en algunas alternativas de combinación de esos distintos mecanismos, de modo de poder lograr justamente el comportamiento deseado, o al menos acercarnos a ese comportamiento deseado. Cada mecanismo de pago debería estar asociado a las características de la transacción.

En la Argentina nos debemos un debate sobre la institucionalización del sistema. La política de salud debería ser una política de Estado, aunque en nuestro medio esto es muy declamado y quizás es una de las frases más utilizadas, pero en realidad esto significa aceptar puntos de vistas diferentes, e implica decisiones tales como por ejemplo poner de director en la ANMAT a un profesional que gane el puesto por concurso, que sea idóneo y meritario, que trabaje objetivamente y que en algunos casos si es necesario actúe como límite técnico de algunas determinaciones arbitrarias que puede querer tomar el Ministro de Salud de turno.

Eso significa también poner funcionarios adecuados y pagarles bien en los ámbitos de regulación como por ejemplo la Superintendencia de Servicios de Salud, donde resulta clave tener profesionales formados que actúen con independencia de tal o cual sindicato u obra social y sean conscientes por una vez que su objetivo debería ser proteger y representar al usuario y salirse de la cautividad que impone el regulado.

Y en la medida en que se pueda generar esta separación de poderes y de funciones, y aceptando que nuestro sistema de salud sigue siendo tan fragmentado y condicionado como siempre, y muy lejos de un modelo universal, me parece que vamos a ir logrando poner en la agenda temas como la calidad y la variación de la práctica médica que hoy nos pueden parecer muy lejanas.

A riesgo de pecar de legalista estoy cada día más convencido que sólo se sale respetando la institucionalidad y, por supuesto, adaptando las instituciones a los tiempos. Pero esto no significa saltos al vacío sino reformismo puro y llano. Creemos que generar este tipo de debate en ámbitos legítimos es lo que hace crecer la Democracia, si seguimos pensando en actuar en base a decretos de necesidad y urgencia, e ignorar la institucionalidad vamos a terminar como estamos, con un crecimiento económico que no se derrama en mejor calidad y más amplias coberturas de salud y educación para los habitantes del país. □

1 El teorema de Bayes, enunciado por Thomas Bayes, en la teoría de la probabilidad, es el resultado que da la distribución de probabilidad condicional de una variable aleatoria A dada B en términos de la distribución de probabilidad condicional de la variable B dada A y la distribución de probabilidad marginal de sólo A .





**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



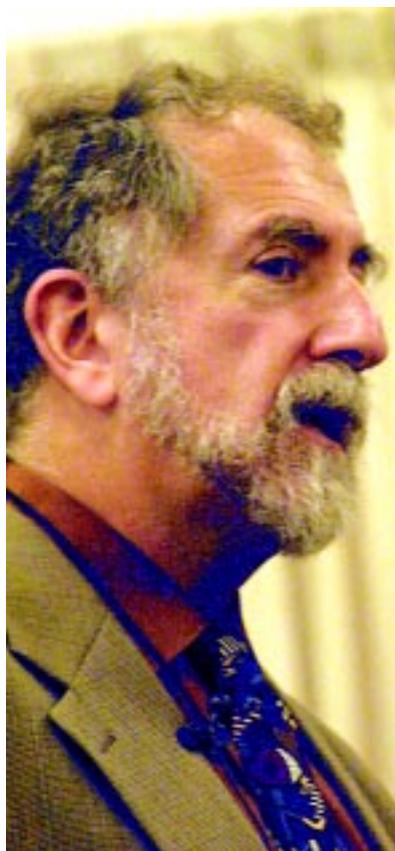
Obra Social
de Actividades
Empresarias

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



“No tenemos un sistema nacional de salud pública”

Marc Mitchell, profesor de la Universidad de Harvard, visitó la Argentina y disertó sobre las problemáticas del sistema de salud norteamericano, los modos de afrontarlas y los puntos de contacto con la realidad local. La conferencia se realizó en el Sanatorio de la Trinidad Mitre, organizada por Galeno.

La frase que titula esta nota no fue dicha por un funcionario crítico de un país subdesarrollado. Fue la forma que encontró el Dr. Marc Mitchell, docente de Harvard School of Public Health, para definir el sistema de salud de los Estados Unidos.

Mitchell visitó la Argentina para participar del lanzamiento del X Seminario de Gestión en Salud para Líderes y Profesionales Argentinos, que se realizará en Boston durante el mes de marzo de 2009. Especialista en gestión de la salud, brindó una conferencia en la que describió las características centrales del sistema de salud de su país y de la problemática de los costos crecientes en el área.

Luego de realizar un resumen de su propia carrera no exento de humor (relató cómo se ha ido cumpliendo su “sueño de trabajar viajando”) Mitchell lanzó su drástica definición sobre el sistema de salud del país del norte: “Tenemos un sistema de salud horroroso pues no poseemos un sistema de salud pública”, sentenció.

Puesto a identificar similitudes y diferencias entre el país del norte y la Argentina, aclaró que mientras

que el norteamericano se caracteriza por ser el sistema de salud más costoso del mundo, el argentino es el más caro de Latinoamérica. Si en lo referente a los costos, entonces, habría una cercanía, Mitchell inició su conferencia señalando una diferencia fundamental: “Nosotros no tenemos un sistema de salud pública significativo”.

EL SISTEMA NORTEAMERICANO

El profesor se encargó de delinear algunos de los rasgos básicos del sistema de salud de su país. Aseguró que allí rige la idea de que el mercado funciona como el mejor patrón de planeamiento aunque, en su opinión personal, esta premisa no puede aplicarse al sector de la salud: “El problema es que, en salud, el mercado no siempre se ha ocupado de los temas necesarios”.

El sistema de salud de Estados Unidos está basado en el seguro. El 70% de la población se encuentra asegurada a través de un seguro que es costado en parte por los empleadores y en parte por el sueldo de los contratados. Esta gran mayoría de la población se encuentra en el ámbito

privado de la salud, mientras que sólo el 25%, compuesto por mayores de 65 años y por la gente de menores recursos, se encuentra cubierto por dos dispositivos gubernamentales: Medicare y Medicaid. El 15% restante no se encuentra asegurado. “No son los pobres los que no cuentan con seguro médico señaló Mitchell, sino los jóvenes que se desempeñan en empleos *part-time* y cuyos empleadores no pagan por su seguro”.

El costo básico del seguro médico anual para una familia tipo es de

Sistema de Salud Norteamericano Medidas para la reducción de costos

- ◆ Cambios en el reembolso a prestadores.
- ◆ Presión sobre los médicos.
- ◆ Riesgo compartido.
- ◆ Case Management (gestión por caso).
- ◆ Disease Management (co-gestión del paciente).
- ◆ Management Farmacéutico.



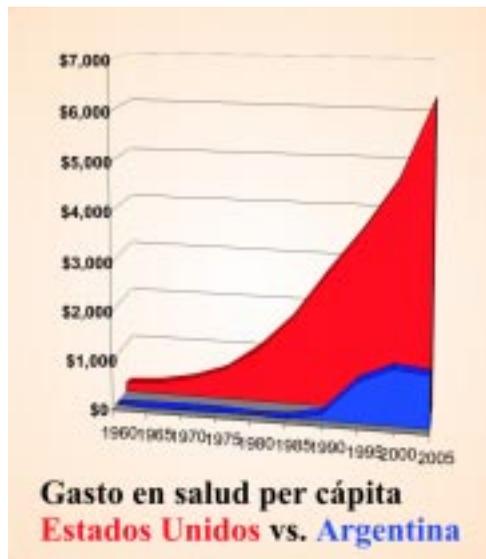
11.500 dólares, monto que, aclaró Mitchell, resulta imposible de pagar para aquellos que no tienen la posibilidad de estar asegurados a través de sus empleos. Además, dicha suma no cubre el total de los gastos: los usuarios abonan un copago cada vez que realizan una visita médica o acuden a un centro de salud. "Esto ocurre porque los costos son muy altos; antes, el seguro quedaba totalmente a cargo del empleador, pero ahora su costo está pasando cada vez más al empleado".

El sistema de salud norteamericano se rige por prestadores privados: la gran mayoría de los aseguradores, de las clínicas y de los profesionales médicos forman parte del ámbito privado. Son estas instancias privadas las que se encargan de suministrar salud a la mayor parte de la población puesto que no hay muchas entidades de gobierno. El rol del estado se reduce al financiamiento de los carenciados y los ancianos y a la realización de políticas de prevención para la salud pública. "En un punto esto es positivo -reflexionó Mitchell- pero también significa que no tenemos un sistema establecido al estilo canadiense o europeo". Sin embargo, aunque los planes estatales cubren sólo el 25% de los seguros, el doctor afirmó que el gobierno es, en este momento, la entidad que cubre casi la mitad de los gastos de salud. "Esto se debe a que los asegurados que tiene a su cargo son los ancianos y los indigentes: las personas que más se enferman".

El papel del gobierno norteamericano en la salud, sin embargo, tiene una inflexión más: se encarga de garantizar la rematriculación periódica de los profesionales. En este sentido, Mitchell expuso que la rematriculación es una práctica no institucionalizada en nuestro país y que "se trata de un área que podría producir un cambio positivo en la Argentina".

EL PROBLEMA DEL GASTO CRECIENTE

Ante la pregunta de por qué los sistemas de salud son costosos, tanto en Estados Unidos como en la Argentina, Mitchell listó una serie de razones y motivos globales que



resultaron esclarecedores. En primer lugar, el envejecimiento de la población: con el crecimiento de la expectativa de vida, explicó Mitchell, los costos de la salud se elevan. En segundo lugar, el alto nivel de confianza que los pacientes tienen depositado en la medicina influye sobre los tratamientos que están dispuestos a afrontar: "La mayoría de las personas -especificó el profesor- no está dispuesta a decir que no a nuevos tratamientos experimentales y costosos; la expectativa de la gente marca que todo se puede curar".

Otra de las modificaciones que impulsa los costos de la salud es la producida en los tipos de enfermedades prevalentes. Afecciones como la diabetes y la cardiopatía resultan problemas crónicos que requieren tratamiento durante toda la vida. "Con el avance en los tratamientos, enfermedades como el Sida ahora pueden pensarse como males crónicos", puntualizó Mitchell. Por otra parte, también los avances en nuevas tecnologías y tratamientos, aunque proveen ma-

yor calidad de diagnóstico y resultado, influyen en el aumento de los costos. Mitchell añadió que las drogas muy costosas se usan para todo, sin que se racionalice su utilización, lo que produce un aumento directo de las mismas.

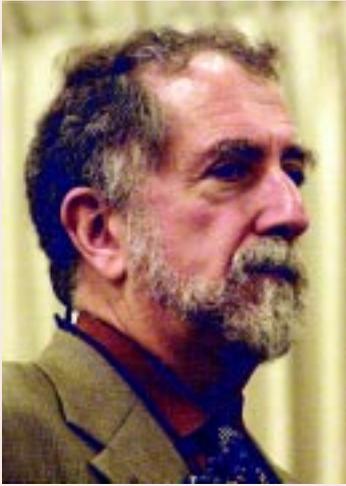
A la hora de puntualizar las razones particulares que hacen del sistema de salud norteamericano el más caro del mundo, Mitchell indagó en sus problemáticas centrales. "Dependemos enormemente de la tecnología", admitió el doctor; señaló que también la abundancia de especialistas aumenta los costos: "Si en nuestro país ustedes le preguntan a un cirujano si un paciente necesita cirugía la respuesta será una sola: sí. A los especialistas les gustan los juguetes caros", resumió Mitchell.

Otra de las disyuntivas del sistema norteamericano es la falta de limitación con respecto a los tratamientos: "En la Argentina tienen un sistema que dice que todo el mundo tiene derecho al PMO (Programa Médico Obligatorio); en Estados Unidos decimos que todo el mundo tiene derecho a todo. El problema es que no hay sociedad que pueda darle todo a todos", sintetizó Mitchell.

Por otra parte, también los gastos del sistema de salud de Estados Unidos en tratamientos de fin de vida impulsan los costos. En muchos casos, explicó Mitchell, se trata de cuidados que no van a modificar la situación del paciente y que implican mucho dinero. "Hay que tener en cuenta que mucha gente prefiere morir dignamente en el ambiente conocido de su casa que en una unidad de cuidado intensivo", recordó.

Asimismo, en lugar de premiar a los que logran usar lo necesario, el sistema privilegia a aquellos profesionales que piden más estudios y procedimientos. Mitchell indicó que esta disposición, sumada al aumento cuantitativo de los médicos, resulta en el aumento de los costos: "A los médicos les gusta hacer más; entonces, a más médicos, más procedimientos. Esto hace acrecentar los costos". Por último, el no siempre necesario sobreequipamiento de las clínicas, que compran equipos de última tecnología para atraer pacientes, ayuda, una vez más, a conformar el sistema de salud más costoso del mundo.





Dr. Marc Mitchell

Profesor de Salud Internacional - Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard

Pediatra y especialista en gestión de salud, ha dirigido desde 1997 el Seminario de Gestión en Salud para profesionales y dirigentes argentinos.

Su trayectoria laboral lo llevó a dirigir proyectos internacionales en materia de atención de salud en treinta y cinco países de Europa, Latino-

américa, Africa y Asia.

Es presidente de D-tree Internacional, una asociación sin fines de lucro que se dedica a mejorar la calidad de atención a través del desarrollo de procedimientos de diagnóstico y de protocolos de tratamiento.

Formado en Harvard University y graduado como médico en Boston University, obtuvo su Master de Gestión en Sloan School of Management.

GERENCIAMIENTO Y GESTIÓN PARA CONTROLAR EL GASTO EN SALUD:

Las medidas que se han tomado para controlar el gasto en salud en Estados Unidos se han enfocado, según Mitchell, en la reducción de los costos. "Muchas de ellas han fracasado", admitió, pues los costos siguen y seguirán en aumento. Sin embargo, matizó el doctor, "estas medidas sí han cambiado un poco el sistema".

Las áreas que más gastos insuermen en el sistema norteamericano son tres: las clínicas, los profesionales médicos y los medicamentos. Para controlar los gastos en las clínicas, se acudió a una serie de cambios en las formas de pago para los centros médicos; así, por ejemplo, se ha aplicado la capitación, el pago en viáticos y el management farmacéutico. Para regular la duración de las internaciones, Mitchell especificó que se ha optado por un programa de manejo o gestión de casos, que facilita que el paciente pueda dejar el hospital y contar con los servicios necesarios en su hogar. "Tenemos un gerente de casos que organiza los servicios que el paciente va a necesitar en su casa", contó Mitchell.

Otro de los planes puestos en marcha para la reducción de costos es el de gestión de enfermedades,

para males crónicos. Este plan apunta a que el paciente no permanezca internado y a que pueda estar en su casa con el equipo indicado para controlar posibles ataques. "El problema -polemizó Mitchell- es que a los médicos no les gusta esta modalidad porque les da el control a los pacientes".

En relación al conflicto que genera un sistema en el que el médico que más procedimientos ordena es el que más ingresos percibe, se ha aplicado un programa para revertir esta situación, que genera gran aumento de los costos: "Hemos intentado desarrollar un sistema que dé incentivos a los médicos que hagan menos; no menos de lo necesario, sino menos de lo posible", indicó Mitchell. El programa se aplica a través de un nuevo modo de gerenciar a los profesionales médicos: "Los médicos no son las personas más fáciles de manejar; nosotros hemos encontrado que lo más exitoso es gerenciarlos en grupos". Cada grupo de profesionales acude a reuniones periódicas en las que recibe información acerca de los costos que sus prácticas significan al sistema global. Asimismo, se les informa a los profesionales sobre su desempeño individual y sobre el desarrollo de sus pacientes. Por otra parte, cada grupo recibe un incentivo del pagador en cuestión: el grupo más costoso es el que

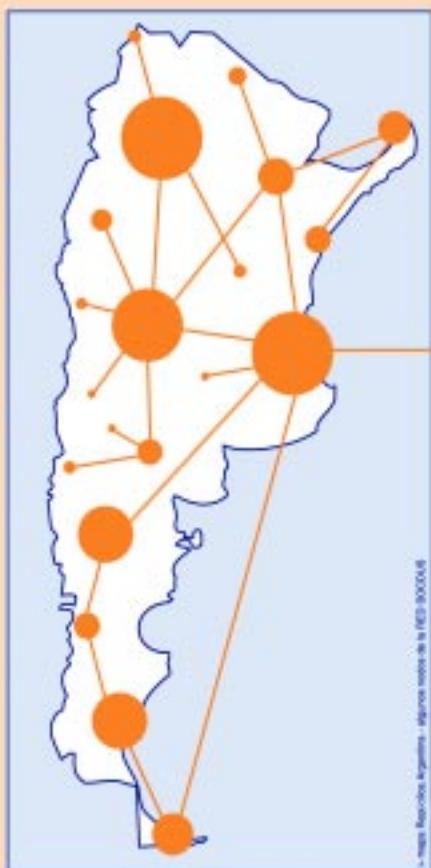
menos dinero recibe. "De esta forma -aseveró Mitchell- logramos configurar un perfil de cada médico. Son los mismos integrantes del grupo los que van regulando a aquellos que gastan más, lo que no sólo sirve para controlar costos, sino también para garantizar la calidad de los servicios".

EL CAMINO HACIA EL FUTURO

Hacia el final de su conferencia, Mitchell ilustró los cambios que se han producido en el sistema de salud norteamericano en los últimos años: si antes los pagadores, las clínicas y los núcleos de profesionales eran numerosos, ahora se verifica un movimiento de fusión en los tres ámbitos. La presión que los pagadores ejercen sobre las clínicas se ha trasladado a la que estas últimas ejercen sobre los médicos, de tal forma que tanto los pagadores como los centros médicos y los profesionales se han agrupado para poder negociar con más peso. "Algunos aseguradores, junto con ciertas clínicas y agrupaciones de profesionales desaparecieron. Esta situación es bastante similar a la que se está imponiendo en Buenos Aires", recaló Mitchell.

Por último, enfatizó que los costos siguen subiendo a pesar de todas las medidas. En referencia al sistema de salud norteamericano, el profesor expresó que "Bush no ha hecho casi nada en este área; si tenemos un presidente demócrata, creo que nuestro sistema de salud va a cambiar significativamente". En relación al sistema de nuestro país, Mitchell afirmó que se encuentra menos organizado que el de Estados Unidos: "Los sistemas no funcionan integradamente; no hay planificación para el sistema total". Por otra parte, predijo que también en el caso de la Argentina los costos van a seguir en alza y que se van a producir las fusiones que han tenido lugar en Estados Unidos: "El mercado va a seguir consolidándose; habrá actores fuertes y los actores débiles desaparecerán".

Fue una frase en particular la que se plasmó, hacia el final, en la audiencia y dio cierre al Seminario: "Yo no sugiero a nadie que adopte el sistema de salud de Estados Unidos; además de ser muy costoso, es bueno para algunos y no tan bueno para muchos". □



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.

> SOCDUS / OI
 Av. Belgrano 1683, 3º piso
 Capital Federal, C.P. (1083)
 (011) 4371-1096 (líneas rotativas)
 info@socdus.com.ar www.socdus.com.ar

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



VIDT CENTRO MEDICO

Excelencia en Terapia Radiante

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

ISO 9001: 2000



SINONIMO DE CONFIABILIDAD Y EXCELENCIA

Acelerador Lineal
 Simulador Localizador - Planificación Computada
 Telecobaltoterapia - Braquiterapia - Implantes
 Radioterapia Estereotáxica

Radioterapia Conformacional
 con Planificación Virtual Tridimensionada

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



La Resonancia Magnética Nuclear 3 Tesla llegó al país



La primer Resonancia Magnética Nuclear 3 Tesla de la Argentina está en la Clínica La Sagrada Familia del barrio de Belgrano, donde el diagnóstico por imágenes está al servicio de la medicina mínimamente invasiva, con el proyecto médico del Dr. Pedro Lylyk.

La tradicional clínica del barrio de Belgrano La Sagrada Familia es ahora el Centro de Diagnóstico por Imágenes más avanzado del país, con una Unidad de Resonancia Magnética de alto campo 3 Tesla asociada a un Angiógrafo Biplanar, con flat detector y Tomografía Computada incorporada, en un mismo espacio operativo. La integración de equipos de diagnóstico y tratamiento permite ahorrar tiempo en la atención del paciente, y posibilita que la tecnología de diagnóstico por imágenes esté al servicio del tratamiento mínimamente invasivo.

Es este concepto el que hace que el Centro de Stroke de La Sagrada Familia sea único en Latinoamérica. Además, el cuidado está coordinado por un equipo entrenado en las últimas técnicas para Stroke, y dispone de los desarrollos más recientes en los distintos campos de conocimiento que abarca esta patología, desde la medicina de emergencias hasta la rehabilitación neurológica. Con la nueva tecnología, además, es posible concretar en la clínica el rescate vascular en patologías cerebrales, cardíacas y vasculares periféricas en emergencia.

RESONANCIA MAGNETICA DE 3 TESLA

El equipo incorporado a La Sagrada Familia, primero y único en la República Argentina, es una resonancia

magnética Philips de alto campo de 3 Tesla de intensidad de campo fijo con campo variable de gradientes de acuerdo a la necesidad de cada estudio, y posee un sistema automático de protección para evitar exposiciones a radiofrecuencias no convenientes para seres humanos.

Se pueden realizar estudios de cada una de las partes del organismo y en forma integrada para estudios de cuerpo entero. Además, permite hacer estudios altamente especializados como tractografía del SNC, estudios funcionales cerebrales, difusión y perfusión cerebral, espectroscopia multinúcleo de alta definición que permiten efectuar estudios de máxima velocidad para aquellos pacientes en malas condiciones y que se mueven durante el mismo, angiografías de todo el cuerpo. Asimismo, es posible realizar estudios

cardíacos para evaluar la irrigación del corazón.

LA SAGRADA FAMILIA, AHORA UNA CLINICA ESPECIALIZADA EN MEDICINA VASCULAR MINIMAMENTE INVASIVA

Equipada con tecnología de vanguardia única en Latinoamérica, La Sagrada Familia es hoy una Clínica Especializada en Medicina Vascular Mínimamente Invasiva. Este innovador concepto, fruto de la experiencia del Dr. Lylyk en ENERI, permite que la tecnología de diagnóstico por imágenes esté al servicio del tratamiento mínimamente invasivo.

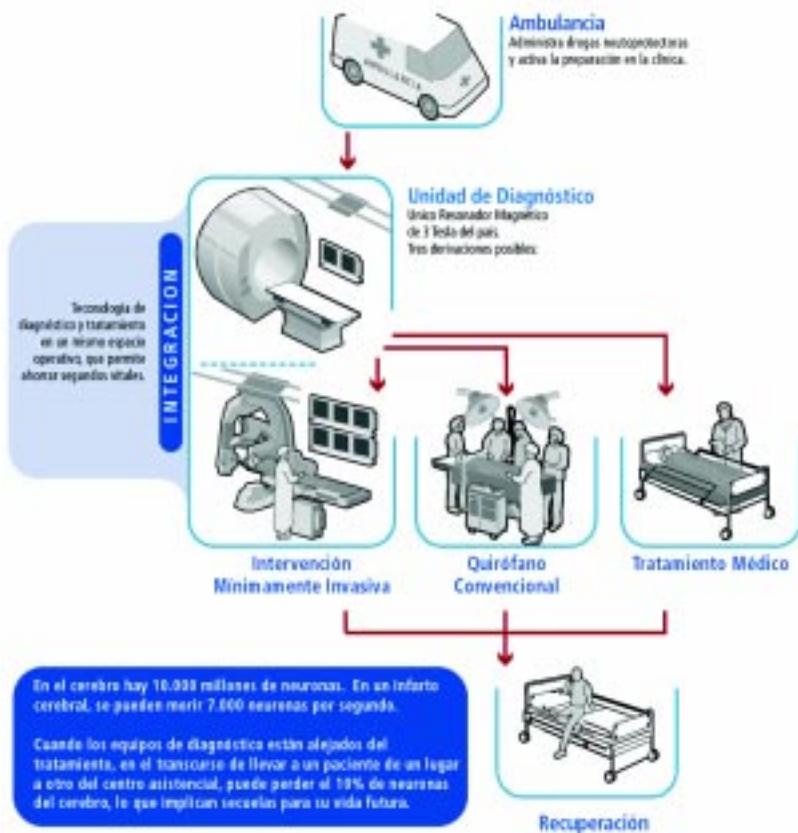
De esta forma es posible concretar el rescate vascular en patologías cerebrales, cardíacas y vasculares periféricas en emergencia, resolviendo

TECNOLOGIA INNOVADORA

- Resonancia Magnética de Alto Campo de 3 Tesla.
- Dos Quirófanos Endovasculares equipados con Angiografía Biplanar con Flat Detector y Tomografía Computada.
- Tomografía Axial Computarizada Multicorte de 64 detectores con capacidad de radioscopia directa para tratamiento radiológico.
- Ecografías Doppler de última generación, fija, móvil y portátil.
- Centro quirúrgico con 4 quirófanos con capacidad neuro y cardiovascular, uno de ellos endoscópico y mínimamente invasivo de última generación.

ANTE UN ATAQUE CEREBRAL, "TIEMPO ES CEREBRO"

La primera unidad de rescate vascular (stroke) en Latinoamérica con tecnología combinada de diagnóstico y tratamiento está en la clínica La Sagrada Familia del Barrio de Belgrano, con el proyecto médico del Dr. Pedro Llylk.



SERVICIOS

- Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
- Unidad de Emergencias Vasculares Neurocardiológicas.
- Tratamientos con medicina mínimamente invasiva de patologías neuro, cardiovasculares y periféricas.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad panvascular.
- Hospital del Día.
- Unidad Coronaria (UCO).
- Terapia Intensiva (UTI).
- Servicios de Emergencias.
- Centro de Demanda Espontánea.

do la enfermedad con un criterio integral de atención inmediata y especializada. El tratamiento se desarrolla en las diversas Unidades de Rescate Cerebral (Stroke), Cardíaca y Periférica.

Totalmente renovada y con diseño orientado al confort del paciente, La Sagrada Familia continuará prestando los servicios de demanda espontánea y emergencias que la han caracterizado en el barrio de Belgrano. □

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





El proyecto de ley de medicina prepaga

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

LA AUTORIDAD DE APLICACION Y SUS FACULTADES

El proyecto pretende legislar todos los aspectos de la actividad, confiriendo facultades omnímodas a la autoridad de aplicación, con el peligro de ejercicio arbitrario que implica.

Estas facultades son: aprobar previamente contratos, las cuotas y sus aumentos, obligar a la formación de reservas técnicas incumplibles, autorizar previamente a quienes pueden ser prestadores, calificarlos por categorías y hasta fijar aranceles con los efectores y resolver en los conflictos individuales entre beneficiarios y prestadores, esto último en forma exclusiva, ya que no lo tienen los otros organismos de contralor.

Existen sólo dos actividades en que el Estado detenta facultades parecidas (aunque menores) de intervención a todo nivel y son: la financiera y la de seguros.

Pero, en ambos casos las entidades fiscalizadoras: el Banco Central y la Superintendencia de Seguros están reglamentadas por leyes que establecen independencia del Poder Ejecutivo, idoneidad de sus funcionarios, sistemas de concursos para acceder a los cargos y estabilidad en los mismos (hasta intervención del Congreso para su remoción), reglamentaciones previas y claras en los aspectos fundamentales sujetas a cálculos actuariales serios.

En ambos ejemplos los conflictos con los usuarios los resuelve el Poder Judicial, órgano natural de acuerdo con la Constitución Nacional.

En la "autoridad de aplicación" de la medicina prepaga ni siquiera está bien definido la composición del organismo, para peor establece un "doble comando" entre el Ministerio de Salud y el de Economía (este último suponemos a través de la Secretaría de Comercio) que a su vez deben actuar en "coordinación con las Autoridades Sanitarias de cada jurisdicción".

Supone que el Ministerio de Salud se ocupará de las prestaciones médicas y Comercio de las relaciones contractuales prepaga / afiliado. La práctica demostrará que exis-

ten numerosos puntos comunes con inevitables "zonas grises" y los inevitables conflictos.

Postula la necesidad de "articular su funcionamiento" cuando la importancia del sector y las atribuciones de la autoridad imponen la necesidad de crear un organismo único con reglas de funcionamiento claras.

Todo queda a "tiro de resolución" de quienes posiblemente no reúnen ningún requisito de idoneidad ni deben adecuarse a normas generales previas... demasiadas facultades como para esperar que no haya excesos o aun errores por incompetencia técnica.

TRANSFERENCIA A PARTICULARES DE OBLIGACIONES ESTATALES

Establece que "*Las enfermedades preexistentes no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios*". Esto es realmente grave: si el candidato a beneficiario declara una patología por grave, por costosa que sea, no puede ser rechazado.

En los hechos transfiere a las prepagas el absoluto cumplimiento del Derecho a la Salud, que constitucionalmente está en cabeza del Estado, sin obligar a éste a contribuir en nada, lo que implica una transferencia de deberes estatales a un grupo de particulares.

Trastoca la esencial ecuación económica del contrato de medicina prepaga, que se asemeja al de seguro: es "aleatorio" porque se basa en la incertidumbre de la ocurrencia individual del evento ya que de no ser así el contrato aleatorio de "cobertura" se transforma en uno conmutativo de "atención médica"

pero a precio vil (por debajo de los costos del prestador) afectado desde el principio de "lesión enorme". El sistema de medicina prepaga se autofinancia en base a cálculos actuariales que presuponen la "sanidad" del ingresante, pero si se lo obliga a admitir al no sano, por ejemplo quien necesite diálisis o trasplante cardíaco, o sufra de esclerosis múltiple o cualquiera de las muchas patologías de alto costo y baja incidencia, sin la contrapartida de creación de un APE privado, el sistema de financiación colapsará o se

"Las enfermedades preexistentes no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios". Esto es realmente grave: si el candidato a beneficiario declara una patología por grave, por costosa que sea, no puede ser rechazado.

concentrará en unos pocos grandes prestadores con alta capacidad financiera y de formación de precios, que le permitan difundir el riesgo.

LOS DERECHOS DEL USUARIO

Limita a sólo dos las causales de baja del afiliado: la mora mayor a 90 días, previa intimación y la falsa declaración jurada.

Respecto de la mora, extiende a todos los afiliados algunos beneficios excepcionales concedidos por la jurisprudencia solamente a los vulnerables: los enfermos, en los que podía presumirse la mala fe del prepago. Su extensión a todos permite notorios abusos de los beneficiarios sanos que simplemente no quieren pagar en tiempo.

Recordemos que el carácter de "consumidor" (igual que el de "trabajador" o "parte económicamente débil") hace a su titular digno de protección, pero no lo santifican, por ello es peligroso concederle a todos derechos que, ejercidos abusivamente, pueden atentar contra la financiación del sistema. Esto se advierte en la mora: los prepagos deben esperar que el usuario incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas previa intimación formal por diez (10 días), modificando el Código Civil, para estos contratos, que establece que en las obligaciones a plazo la mora es automática.

En los hechos extiende a 90 días el pago de las cuotas pervirtiendo la base del sistema de medicina prepaga que pasa a ser pospaga ya que no existen límites a la cantidad de veces que el beneficiario podrá entrar en mora.

La otra y final posibilidad de baja es cuando el usuario haya falseado la declaración jurada.

Es peligroso que las causales de baja sean solamente dos, lo que permite al usuario, entre otras inconductas: defraudar al sistema prestando la credencial para que sea atendido un no beneficiario, abusar del servicio de emergencias, insultar y aún agredir físicamente a los prestadores y en general y particular cometer cualquier acto aún dólido e incluso delictual, que no constituya "falsa declaración jurada" ni "mora mayor a tres meses", sin posibilidad de ser separado del sistema.

El usuario mantiene su derecho a "darse de baja" con el solo requisito de notificarlo con treinta (30) días de anticipación.

SINTESIS

No terminamos de dilucidar si nos encontramos ante un proyecto de "Ley" o de "Represión" de la medicina prepaga.

Si es aprobado sin modificaciones sustanciales, especialmente en el organismo de autoridad de aplicación y en la obligación de incorporar a beneficiarios con patologías graves, sin subsidio estatal u organismo compensador, la medicina prepaga del futuro será muy diferente.

Es urgente que el sector actúe ante el Congreso... si quiere sobrevivir. □

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



INTELEXIS

Conducen

Dr. Guillermo Capuya
Prof. Guillermo García Caliendo

jueves 19 hs.

intellexis@fibertel.com.ar





LA SALUD... el lado oscuro de la gestión

Por el Licenciado Víctor Norberto Cerasale

... *"he aquí vuestra casa os es dejada desierta."* Evangelio según San Mateo, 23:37-39.

(Décimo segunda parte)

Cuando las demandas sociales de salud (y educación) no se construyen sobre bases ciertas, todo lo que sigue en la ejecución de la gestión es una mentira donde quizás se dirá una cosa, pero la realidad demostrará otra bien distinta y hasta contraria a las necesidades de la gente. La incapacidad operativa de los estados latinoamericanos se percibe en que los presupuestos de salud contemplan apenas los salarios de quienes prestan servicios, lo demás son todos "eventuales" que se cubrirán o no según se pueda extraer recursos de algún lado (en desmedro de otros). Para cubrir las falencias, el desmadre burocrático y administrativo es sumamente útil ya que desvirtúa las visiones, tanto como las misiones y las funciones. En este modelo no importa lo que el paciente necesita hoy ya que el foco no coincide con la prioridad. En este sistema tampoco interesa la importancia que el rol médico debe cumplir operativamente ya que en verdad se lo impulsa (obliga) a reaccionar ante la urgencia, colocándolo en un escenario distante de las prioridades que le restan capacidad de gestión, sencillamente porque debe "buscar el mango" para sobrevivir.

Paciente-Médico, Médico y paciente, son entonces variables de ajuste que aportan números al lado oscuro de la gestión. Ambos son importantes para el discurso pero carecen de ella cuando pasamos a la rutina. Alcanza con ver las realidades sanitario-asistenciales de las provincias, incluyendo en ella a la misma Buenos Aires y su notable conurbano.

Pero la cuestión no concluye allí. El tsunami de costos que hemos visto en números anteriores de este prestigioso medio (46, 47, 48, 49, 50) también ofrece otros ángulos distintos que tarde o temprano llegarán a estas tierras y nos revolcarán por el aire.

Las estadísticas proyectivas de algunas patologías enseñan tendencias de crecimiento hartopeligrosas, por ejemplo: Las proyecciones cartesianas del Alzheimer en la población americana enseña una leve pendiente ascendente en el rango etéreo que incluye edades de 65 hasta 74 años inclusive, ocupando una franja relativamente pequeña, casi despreciable en su proyección temporal que se extiende desde el año 2000 hasta el 2100; mientras que el rango etéreo que contiene edades que se extienden entre los 75 hasta los 84 años muestra una proyección que se triplica a partir de 2020 sosteniéndose hasta aproximadamente el año 2100 con tendencia siempre creciente. Cuando se aborda a los mayores de 85 años el número de afectados muestra una quintuplicación expansiva disparándose luego de la década

del 2020-2030. Desde luego esto acompaña el proceso de envejecimiento poblacional y una menor tasa de natalidad, sin embargo los números indican que esta enfermedad propia de los mayores acrecentará dramáticamente su impacto en los costos asistenciales a lo largo de la presente centuria.

Una vez más tomamos como referencia los estudios realizados en los Estados Unidos de Norteamérica asumiendo que los mismos son aplicativos a nuestro medio. Así, el crecimiento del Alzheimer es parte (piedra, sección) angular del tsunami. Pero hay más.

La Diabetes Mellitus proyecta una realidad aún peor en el cortísimo plazo. Afectando incluso cada vez con mayor fuerza a personas jóvenes y creciendo rápidamente en las etapas pediátricas. Tendencias semejantes se aprecian en hipertensión arterial, hepatitis, afecciones renales, artritis reumatoidea, esclerosis múltiple, etc. Por caso, si bien el crecimiento del Alzheimer se proyecta como una ola enorme, la que propone la Diabetes para los próximos dos años, es gigantesca y dramáticamente peor, sencillamente porque impactará a la sociedad toda desde las etapas más tempranas de la vida, sin que las autoridades sanitarias siquiera hayan asumido lo que ello significa y lo que implicará. Para correlacionar los hitos de crecimiento, asumiendo un referente de 5.76 (basal) de 1990, este indicador se trasladó a 17.7 en el año 2000 (crecimiento de 3,07 veces en apenas una década) proyectándose a 30.3 para el año 2030 (crecimiento de 1,71 veces siempre que se implementen programas de detección y seguimiento tempranos). Sin la vigencia de un programa estricto de control el crecimiento es exponencial lo cual ameritaría una prudente reflexión del mundo del sanitarismo.

Carecemos de programas tanto como ni siquiera hemos comenzado a diseñar las acciones pertinentes. El argumento es que este "futurismo" aún no se produce, todavía no llega y por lo tanto las prioridades políticas son otras. No obstante ello cuando la ola llegue ya no habrá tiempo para reacciones apropiadas a una gestión planificada, transformándose sólo en decisiones testiculares, ováricas, hepáticas o renales según el género y las afecciones del funcionario de turno. Esta imagen es lamentable. Pero real.

En el caso del Alzheimer las nuevas tecnologías biomédicas (medicamentos biomoleculares) reducen el impacto del gasto asistencial general así como el privado de los servicios de enfermería domiciliaria (muy comu-

nes en Estados Unidos de Norteamérica). Sin embargo, visto desde la gestión eficiente en realidad esto no constituye una mejora esencial sino que apenas constituye una demora en asumir que más tarde o más temprano dichos gastos vendrán y azotarán con toda la fuerza. Tal vez aún peor, porque el demorar el proceso biológico irreversible no hará otra cosa que agigantar los costos aplicativos tardíamente cuando las personas afectadas por la enfermedad se transforman en "entes".

Insisto, la lectura debe ir más allá del facilismo estadístico. Si tal como vimos, la persona y sus necesidades están paradas en la pirámide sobre una inmensa base de intereses y conflictos la consecuencia social seguramente no será buena.

La diferencia práctica entre 43 y 73 meses de reducción de costos en relación a terapias medicamentosas para demorar la atención colaborativa de enfermeros especializados en atención domiciliar de pacientes críticos (caso del Alzheimer) es una ficción que sólo contribuye a retardar y agravar la consecuencia inexorable. Si la bioética se sustenta por este criterio... algo anda muy mal en nuestras cabezas (o en la de aquellos que hacen semejante propuesta).

Mientras vemos una realidad distorsionada, el tsunami de los costos en salud continúa su crecimiento. Creer que la ola se diluirá en el océano es algo semejante a creer que mañana estaremos en capacidad de tapar el SOL con nuestras manos.

Las nuevas drogas introducidas desde los noventa hacia aquí reducen efectivamente el riesgo de muerte de numerosos pacientes afectados por distintas patologías, pero hay algo que las estadísticas no miden y que la gestión no evalúa: ¿cuál es la situación personal y social que enmarca a ese enfermo?; ¿su calidad de vida es efectivamente buena o apenas es costo-efectiva para el sistema económico que la contiene?; ¿cuál es el costo-beneficio social además del personal?; ¿los derechos e

intereses y capacidades del enfermo se encuentran garantizados por la terapia que se le administra?; ¿qué consecuencias tardías no se han tenido en cuenta?; ¿cómo afecta su terapia al grupo familiar y al entorno social?; etc.

Los cuadros, las estadísticas en general, responden a los intereses económicos y sus respectivas variables, y quizás esté bien que así sea. Pero... ¿Y la persona?, ¿qué hay de ella y su destino?, ¿qué diferencia cierta hay en que un paciente con cáncer terminal muera dentro de tres meses en vez de hacerlo mañana?, ¿qué diferencia cierta proponen las "nuevas entidades moleculares" farmacológicas que proveen tratamientos que no modifican la fecha de muerte de la paciente ni mejoran su calidad de vida, aunque sí impactan en la equidad necesaria de los sistemas públicos de salud?, restándoles tratamientos a terceros necesarios que merecen tanta consideración como los considerados terminales... y entonces, sigue la pregunta: ¿quién asume el sufrimiento y la degradación psíquica de aquéllos?, ¿las estadísticas? ¿la gestión virtual? Debemos establecer una nueva discusión social de fondo antes que nos creamos que esto que estamos haciendo es ético y correcto. Esto degrada la condición humana tanto como su calidad de vida y resta dignidad a las personas invadiendo sus derechos íntimos. No aparece como bueno. Mucho menos como ético. □

Licenciado Víctor Norberto Cerasale. 2008-08-02
 Fuentes: 1. PhRMA: New Medicines New Hope, Annual Report 2006-2007, Biopharmaceutical inspiration; Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, 950 F Street, NW. 2. PhRMA: Facts and Figures 2006; Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, 950 F Street, NW.
 Copyright by Cerasale, 2008. Derechos reservados. Exclusiva para Revista Médicos, Medicina Global.

NUEVO
 Farmacología y Terapéutica
FARMANUARIO
2008
 El libro de los medicamentos

- Información teórica actualizada y práctica sobre todos los medicamentos disponibles
- Organización por Grupos Terapéuticos y Especialidades Médico-quirúrgicas
- Escrito por un Comité Científico de Clínicos y Farmacólogos independientes en base a referencias internacionales
- Práctico Índice Único de Medicamentos que permite acceso directo a la Ficha Técnica completa del medicamento:
 - por su marca comercial
 - por su principio activo
 - por su acción terapéutica
- Incluye Clase de Acceso gratuita para consulta on-line en www.farmanuario.com y descarga del software Farmanuario PC

4ª Edición 2008
 Con todos los nombres comerciales en esta Edición ACTUALIZADA

El respaldo seguro a la hora de la prescripción
FARMANUARIO
Práctico, útil y confiable!!

Escrito por un equipo multidisciplinario de médicos, farmacólogos y bioquímicos; dirigida a profesionales de la salud.

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

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

Responsabilidad Profesional en la prescripción y comercialización de fármacos

Por el Dr. Carlos Renna (Abogado)

Hay dos formas de tratamiento que revisten mayor interés derivado de su incidencia en la integridad corporal del paciente, se trata de la prescripción de medicamentos y de las intervenciones quirúrgicas.

Aquí es necesario hacer una diferencia entre los delitos contra la salud corporal o individual en la cual tienen importancia la actividad del médico referida a la prescripción

de medicamentos; y los delitos contra la salud pública donde se incluiría al farmacéutico o expendedor de fármacos y a los laboratorios que producen este tipo de fármacos, en conductas que pueden ser dolosas o culposas de acuerdo a la normativa penal.

Hay que reconocer que los medicamentos constituyen un medio curativo generalizado admisible por distintas vías.

La mayoría de los medicamentos aparecen al consumo como especialidades farmacéuticas, que pueden definirse de acuerdo a la legislación española, como "todo medicamento o productos desinfectados de composición

conocida y denominación especial dispuestos en envase unificado y precintados para la venta al público que haya sido inscripto

en el correspondiente registro farmacéutico y autorizado su propietario para la preparación y venta".

En consecuencia la responsabilidad penal por administración defectuosa de medicamento a un paciente se orientará distinguiéndose e individualizándose la incidencia de

ambos grupos de profesionales.

El médico al prescribir a un paciente un medicamento supuestamente indicado, es decir, el necesario para la enfermedad de que se trate y que no exista ninguna contraindicación individual alérgica o de otro tipo, debe determinar la

posología, es decir, la frecuencia, la dosis y cantidad y las precauciones a tomar para evitar efectos secundarios, así como vigilar la

evolución y eficacia curativa, todos éstos son deberes profesionales e integran al ámbito de la responsabilidad penal, asimismo debe proveer al paciente de la correspondiente receta, ya que un número de medicamentos muy importantes sólo pueden ser despachados con la correspondiente receta médica.

Jurídicamente, la receta es el documento dirigido al farmacéutico por el facultativo, donde prescribe la medicación que aquel debe expender y por lo tanto es distinto a las instrucciones que dé por escrito el facultativo al paciente sobre el uso o administración del medicamento.

Ahora bien, la prescripción dolosa de determinados fármacos,

no existiendo indicación terapéutica, puede llevar al profesional a la comisión de un delito contra la vida o la integridad personal, si de la ingestión del mismo se produce un daño contra la salud

o la vida del paciente. De acuerdo a la toxicidad del medicamento, depende la vigilancia que debe llevar el profesional,

"Previamente a cualquier prescripción el facultativo debe conocer las propiedades del medicamento y sus efectos, así como la naturaleza y el estado del enfermo".

"Obviamente que además las prescripciones deben entregarse al paciente por escrito, para evitar confusiones de interpretación".



como así también, el control de los efectos y de las contraindicaciones que posea el mismo, en orden a la incidencia que pueden producir en el cuerpo del paciente.

Esta responsabilidad se agiganta cuando entre la dosis terapéutica y la nociva la diferencia es muy pequeña, motivo por el cual, si el médico no la administra personalmente debe supervisar al personal sanitario que lo realice.

En Alemania la Ley de Medicamentos (1976) exige la comprobación previa a su utilización, de la eficacia terapéutica de los medicamentos nuevos, pudiendo ser prohibida su prescripción cuando no haya sido suficientemente comprobada aquella. La idoneidad curativa real del tratamiento adoptado, es decir, la utilidad terapéutica, ha de partir del conocimiento previo del estado actual de la ciencia médica, con relación a la proporción entre beneficios y riesgos previsibles en el sentido de que aquellos deben aparecer como superiores a los riesgos eventuales o previsibles.

Conocimiento que debe haber sido anteriormente adquirido, mediante la comprobación a través de pruebas científicas y clínicas o en su caso sobre la base de experiencias previas.

De esta manera un tratamiento puede ser reconocido y aceptado como medio terapéutico idóneo de la ciencia médica y asumido en interés del enfermo. La idea de comparación entre riesgos y ventajas está en estrecha relación con la indicación y perspectivas de curación y contraindicación, en el sentido de riesgo en que la curación no se produzca o que conlleve a consecuencias

secundarias negativas. La posibilidad de eficacia de un tratamiento domina cuando existen perspectivas de obtener mejora general en el estado del paciente con una probabilidad mayor que los riesgos que implica, de forma tal, que sin dicha intervención el estado general del paciente hubiera empeorado.

O sea, que no es suficiente con que la intervención prevista se vaya a obtener la supresión de la dolencia, sino que además el estado final de la salud del paciente, después de su aplicación debe ser mejor; no puede hablarse de indicación médica correcta si por ejemplo se logra detener una infección con antibióticos, a una persona alérgica y como consecuencia se produce una reacción perjudicial, un shock alérgico.

Por lo tanto el médico debe valorar el riesgo cierto de su prescripción, juntamente con la contraindicación farmacológica, previendo el efecto que el fármaco pueda producir en el paciente para determinar la idoneidad y eficacia de esa medida.

De esto se desprende, que el médico debe conocer la comprobación y calidad científica del medicamento que él indica, porque será responsable, si indica un medicamento que no haya sido fehacientemente comprobada su idoneidad curativa, o que pudiera tener contraindicaciones no formuladas en la base del

medicamento, siempre que de su consumo pudiera acarrear un daño en la salud o la vida del paciente.

También existe responsabilidad del médico cuando negligentemente permite que el paciente tenga acceso a una medicación no controlada, por haberle entregado recetas en blanco, o indicándole que pudiese repetir las dosis cuantas veces quiera, toda vez que de esta ingesta sufriera el paciente un daño en el cuerpo o en la salud.

Se incluyen dentro de los delitos contra la salud corporal, los casos en que violándose los

deberes a su cargo, o sea, por las prohibiciones establecidas en la Ley 17132, en su artículo 19 inciso 6 que dice estar obligados: "a ajustarse a lo establecido en las disposiciones legales vigentes para prescribir alcaloides; y el artículo 20 inciso 8 que prohíbe practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o

secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública; y en el caso de producirse un daño en la salud corporal del paciente, estos deberes integrarían el tipo culposo del artículo 94 del Código Penal".

EN OPINION COINCIDENTE EN LA DOCTRINA ESPAÑOLA CON: Carlos Romeo Casabona, EL MÉDICO Y EL DERECHO PENAL; Agustín Barreiro, LA IMPRUDENCIA PUNIBLE EN LA ACTIVIDAD MÉDICO QUIRÚRGICA; José Manuel Martínez Pereda Rodríguez, LA RESPONSABILIDAD PENAL DEL MÉDICO Y DEL SANITARIO.

"Por lo tanto, el médico debe conocer que el medicamento es de probada eficacia, y cuales son las reacciones que puede producir en el cuerpo del paciente, debiendo tomar conocimiento acabado de las contraindicaciones que produce la sustancia prescrita".





Proteger los Recursos Humanos

El eje vertebral del sistema de salud

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

Abundan en nuestro medio los diagnósticos acerca de la crisis que afecta la atención sanitaria: obsolescencia tecnológica, dificultad en el abastecimiento de insumos, dificultades para normalizar las estructuras y cargos hospitalarios.

Junto con otros profesionales, el médico se halla expuesto al impacto que generan las condiciones actuales: las patologías recrudecen y la demanda se vuelca cada vez más al hospital público, poniendo al límite los recursos actualmente disponibles.

Como trasfondo que acompaña este proceso, el acoso judicial ha incrementado el riesgo de que los profesionales estén expuestos a la litigiosidad indebida, lo que agrega una fuente adicional de tensión y malestar en el desempeño cotidiano del trabajador.

La Asociación de Médicos Municipales ha encarado, con la intensidad que caracteriza su accionar, un decidido reclamo a fin de mejorar las condiciones de trabajo en que se desempeñan los profesionales, quienes se constituyen en el principal sostén del sistema de salud.

Podemos enumerar someramente alguna de estas iniciativas, que han quedado consignadas en la última reunión paritaria llevada a cabo durante el mes en curso.

En primer término, otorgar condiciones de ejecución a los procedimientos de selección y designación que deben regir para los cargos de carácter público, atendiendo específicamente a las situaciones siguientes:

- a) Concursos de Jefes de Unidad de los CESAC que actualmente se hallan sin cargos de conducción por falta de aprobación de las estructuras formales en la que deben incluirse dichos cargos.
- b) Regularización de concursos para los coordinadores de Programa Médicos de Cabecera quienes, al tener aproximadamente 50 profesionales a su cargo, deberían homologarse en su jerarquía a Jefes de Unidad.
- c) Convocatoria para cubrir los cargos de Secretario de Docencia e Investigación como cargos de conducción rentados en la estructura de los establecimientos asistenciales.
- d) Normalización en el funcionamiento de los cargos de investigadores.
- e) Blanqueo de los módulos asistenciales y normalización de las estructuras hospitalarias.

Otro de los puntos fundamentales guarda relación

con las **áreas críticas**, definidas como aquéllas en las cuales se agudiza la carencia de recursos tecnológicos y humanos que permitan atender las crecientes demandas de la población, y en las cuales se hace necesario activar urgentes respuestas en el nivel de conducción y ejecución del sistema tales como:

- a) Extensión horaria que permita resolver el problema de la baja disponibilidad de recursos para garantizar el proceso de atención.
- b) Cobertura de profesionales en cantidad suficiente en las áreas y servicios de anestesiología, neonatología, terapia intensiva, Unidad coronaria y UTI nefrológica y pediátrica.
- c) Especialización de recursos humanos en el nivel de posgrado, alentando por todos los medios para que los graduados profundicen su formación en aquellas especialidades más requeridas y así poder contar con profesionales calificados para su desempeño en dichas áreas.

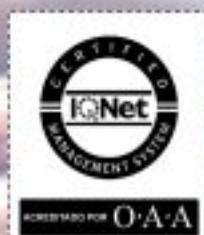
En síntesis, la extensión de las jornadas de trabajo, las urgencias en la toma de decisiones, el exceso de responsabilidades y el trato con la enfermedad o la muerte colocan con demasiada frecuencia al médico al borde del desgaste profesional.

Pero si a ello le añadimos la tecnología caduca, la carencia de recursos, las suplencias que se prolongan indefinidamente y la falta de normalización de los concursos serán altamente improbables las posibilidades de que mejore su situación y la del conjunto de profesionales de la salud afectados por las condiciones antes descritas.

La gran mayoría de los sectores políticos gremiales, académicos, universitarios así como aquellos que representan los intereses de la población parecen coincidir en la necesidad de impulsar y fortalecer una política de recursos humanos que nos permita *proteger y cuidar a quienes cuidan*, **el eje vertebral del sistema de salud**.

Ello legitimará el sostén que los médicos brindan actualmente al hospital público y nos permitirá construir, hacia el futuro, el proyecto de salud que todos los vecinos anhelamos para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La AMM así lo **exige** y para ello **trabaja**. □



Normas de Gestión de la Calidad ISO 9001

Priority Home Care S.R.L.

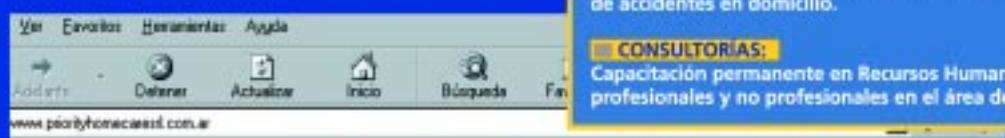
Servicios Integrales de Salud Domiciliaria las 24 hs.

Una internación domiciliar competente, mejora la calidad de vida del paciente y de toda su familia, bajando efectivamente los costos.

Priority Home Care nace en 1994 con el compromiso de brindar una atención personalizada integral en el domicilio con calidez, confianza y contención hacia los pacientes y sus familiares.

Maipú 53 5º Piso
(C1085ABD) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tél.: 4343-5099/5307 / 4342-2566
e-mail: priorityhomecare@uol.com.ar
www.priorityhomecaresrl.com.ar

- SERVICIOS:**
 - Coordinación médica y coordinación de enfermería permanente.
 - Atención médico clínico, médico de familia, médico generalista.
 - Especialistas en todas las áreas.
 - Licenciados en enfermería: enfermeros profesionales altamente capacitados en Internación Domiciliaria a lo largo del ciclo vital: bebés, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.
 - Auxillar de enfermería y cuidadoras asistentes domiciliarias.
 - Kinesiología, Fisiatría, Terapia Ocupacional.
 - Fonoaudiología, Nutrición, Psicología.
 - Oxigenoterapia.
 - Alimentación Enteral y Parenteral.
 - Luminoterapia.
 - Quimioterapia.
 - Antibioticoterapia.
- EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA:**
 - Oxigenoterapia. Nebulizadores. Respiradores. Concentradores de oxígeno. Tubos de oxígeno. Oxímetros. Aspiradores.
- NUTRICIÓN:**
 - Bombas infusoras. Preparadores nutricionales. Sondeos nasogástricos transitorios o permanentes. Controles. Sets descartables para infusión.
- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:**
 - Análisis de laboratorio. Extracciones a domicilio. Radiología. Ecografías. Ecodoppler. Electrocardiogramas. Holter. Examen funcional respiratorio.
- LOGÍSTICA:**
 - Materiales descartables para todos los procedimientos a realizarse a domicilio.
- RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN:**
 - Camas ortopédicas. Muletas. Sillas de ruedas. Aditamentos de ayuda al paciente. Evaluación y seguimiento profesional.
- PROMOCIÓN Y PREVISIÓN DE LA SALUD:**
 - Capacitación al núcleo familiar en el acompañamiento al paciente enfermo. Educación en el domicilio sobre la medicación y fármacos. Movilidad permitida. Vida higiénica y saludable. Educación en prevención de accidentes en domicilio.
- CONSULTORIAS:**
 - Capacitación permanente en Recursos Humanos profesionales y no profesionales en el área de salud.



36



CUMPLIMOS 36 AÑOS. NUESTRO SUEÑO RECIÉN ESTÁ EMPEZANDO.



OSDE

GRUPO OSDE. UN GRUPO DE PERSONAS.