



Jornadas de Calidad y Acreditación en Salud:
organizadas por CENAS y CIDCAM

El panorama visto
desde diversos ángulos



**universal
assistance**

Médicos

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

AÑO X - N° 53 - 2009 - \$10

Medicina Global

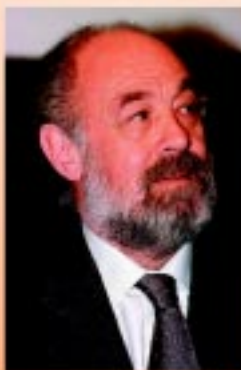
**¿Regular la
desregulación?**

Por el doctor
Rubén Torres



**De la falsa
conciencia
al pensamiento
científico**

Por el doctor
Ignacio Katz



Una Maternidad de cara al futuro



Con el acento puesto en la tecnología y en el diseño de hotelería, Galeno inauguró su nueva Maternidad en el Sanatorio de la Trinidad Quilmes, que brindará seguridad y tranquilidad a sus asociados.



220



330



440

Planes de Salud



GALENO

0800 777 4253 | www.e-galeno.com.ar

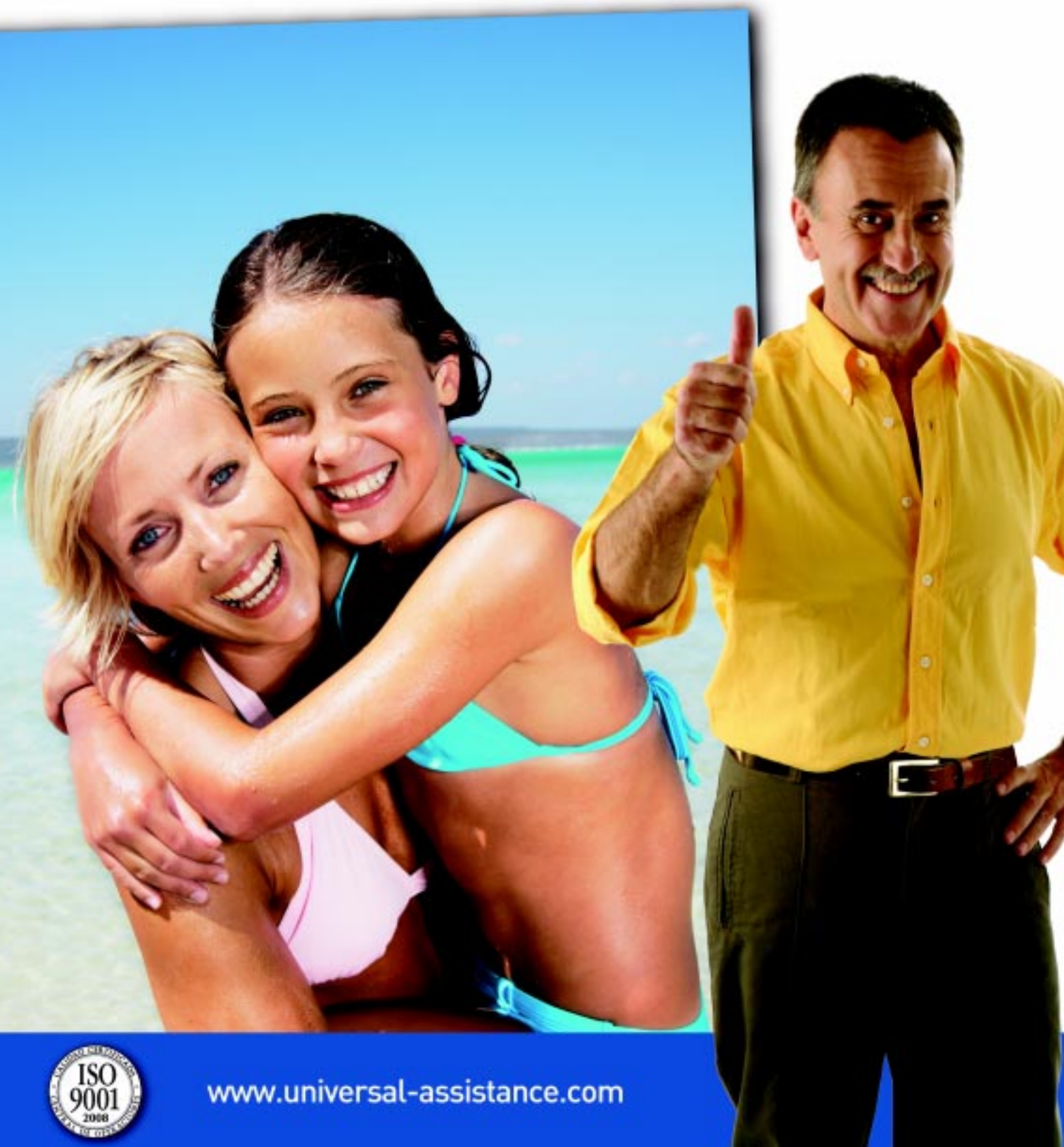
todo bien

asistencia al viajero
viajes sin preocupaciones



**universal
assistance**

somos asistencia



www.universal-assistance.com

Cirugía robótica daVinci: el sistema más novedoso del mundo está en el Hospital Italiano.

Beneficios del sistema daVinci:

*Internación más corta • Menos dolor • Menor riesgo de infección
Cicatrices más pequeñas • Recuperación más rápida
Menor índice de transfusiones sanguíneas*



Más aplicaciones, más ventajas:

- **Cirugía urológica** - Cáncer de próstata.
La mejor opción quirúrgica para mantener potencia sexual y continencia urinaria.
- **Cirugía urológica** - Cáncer renal.
- **Cirugía pediátrica.**
- **Cirugía urológica pediátrica.**
- **Cirugía ginecológica** - Cáncer de útero.
Permite mantener fertilidad en patologías benignas (Mioma uterino).
- **Cirugía cardiovascular** (Plástica válvula mitral).



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

**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.

CONSTRUIR 
Salud

Obra Social del Personal
de la Construcción

La salud al alcance de todos.



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

SANATORIO FRANCHINI
Alta complejidad e internación
Bv. Mitre 3545, Capital Federal



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

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Nuevos E-Mails:

revistamedicos@ciudad.com.ar
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

8

Grageas

14

Actualidad

Campaña de Prevención de O.S.P.A.C.P en Mar del Plata

Ocaña y Scioli firmaron convenio para la construcción de hospitales del bicentenario

16

Tecnología

Nuevo servicio del CDR: La mamografía digital computarizada

18

Empresas

Medifé: de la mano del bienestar y la vida saludable

20

Opinión

Salud Corporativa Nueva Práctica: La Tercerización del control Financiero de los aportes y contribuciones del personal

22

Voces

¿Regular la desregulación?

24

Columna

De la falsa conciencia al pensamiento científico

26

Alta complejidad y confort:

Una Maternidad de cara al futuro

29

Sistema de salud integrado

¿Será por convicción o como último recurso?

30

Actualidad

El Gasto en salud creciente, exige nuevas soluciones para la práctica médica

32

Resumen del encuentro organizado por CENAS y CIDCAM

Jornadas de Calidad y Acreditación en Salud:

El panorama desde diversos ángulos

36

Columna

Historia de la demanda de salud

38

Falleció el Presidente de la CAES Dr. Juan Antonio Larzábal

"Un buen hombre"

40

Mirada Intenacional

Perspectivas y desafíos para América latina

43

Columna

Algunas líneas de avance sobre la construcción de un sistema de salud. El gran debate pendiente

44

Inversiones

Scienza Argentina consolida su liderazgo

46

Columna

Traspasos ¿porqué elegir lo peor?

48

Opinión

LA SALUD... en busca del equilibrio perdido

52

La medicina local vista desde afuera

Bien formados y con mucho para crecer

53

Columna

Crisis, salud y nuevos desafíos

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.



Más de un millón de personas en todo el país
confían en nosotros.



OSDE

GRUPO **OSDE**. UN GRUPO DE PERSONAS.



0810 555 OSDE (6733)

Av. Leandro N. Alem 1067 - Piso 9
C1001AAF - Buenos Aires - www.osde.com.ar

ASSIST-CARD INTERNACIONAL DIVISION SALUD

La Gerencia Comercial Assist-Card División Salud América latina, sigue en franco crecimiento en los países de la región. El emprendimiento comercial 2009 ya se ha iniciado y se está replicando el modelo comercial realizado en la Argentina en todos los países de la región, con excelentes resultados, explicó su responsable Daniel R.J. Piscicelli.

El Joint Venture en Brasil con TEMPO, la red más grande del país, que incorpora a Gama Saude y Odonto Saude, una de las más grandes empresas del sector. La reciente incorporación de UNIMED PAULISTANA y la presencia de una Gerencia División Salud en Brasil, no hacen más que poner de manifiesto el potencial de dicho mercado.

Colombia, con clientes como SURAMERICANA, COLPATRIA, COOMEVA una de las EPS más importantes del país, POSITIVA (ARP) aseguradoras de riesgo del profesional entre otras.

México, que ha incorporado a SALUDCOOP con cobertura en todo el mundo.

Paraguay que está desarrollando una importante campaña entre las empresas del sector salud, ha incorporado a SANTA CLARA SALUD con asistencia en países de la región y el resto del mundo.

En Perú, el desarrollo ha sido también muy importante, hoy la División Salud Perú, cuenta entre sus clientes más importantes, a Clínica Angloamericana, la Clínica Ricardo Palma y a Rimac Seguros, todos ellos con cobertura internacional.

Sigue el crecimiento en la región: Chile, Venezuela, Ecuador, Panamá, Costa Rica, etc., son algunos de los países que ya han iniciado la gestión comercial por medio de sus respectivos Country Manager de cada país. Assist-Card Internacional estima un crecimiento del 25 % en el mercado de la salud. ■

del tumor, y la de intensidad modulada (IMRT), un método revolucionario que, además, modifica la intensidad de radiación según se aplique sobre tejido sano o cancerígeno. En el Centro también se implementará la radiocirugía y la radioterapia estereotáxica cerebral, el total body irradiación, el total skin electron therapy y la micro radioterapia corporal (SBRT). ■

7ª FERIA INTERNACIONAL DE PRODUCTOS, EQUIPOS Y SERVICIOS PARA LA SALUD



**10 AL 12 DE
SEPTIEMBRE, 2009
CENTRO COSTA SALGUERO
BUENOS AIRES**

AVANZA CON BUENA SALUD

Faltando 6 meses para la apertura de ExpoMEDICAL 2009, el 70% de la superficie total se encuentra comercializada. Esto indica que, a pesar de la actual situación económica, las previsiones que deposita el mercado son muy positivas en relación al contexto actual. Sobre el final de 2008 nos vimos enfrentados a una crisis de nivel global considerable que de una manera u otra afecta a nuestra economía. Creemos que debemos tomarlo como un tiempo de decisión y reorganización que nos permita seguir evolucionando. En este contexto, la asignación de recursos será canalizada hacia quienes brinden un respaldo de probada trayectoria y eficiencia.

El compromiso de ExpoMEDICAL con todo el Sector Salud se mantendrá inalterable para continuar siendo el principal punto de encuentro anual entre prestadores y proveedores de Sudamérica. ■



NUEVO GERENTE GENERAL EN GLAXOSMITHKLINE

GlaxoSmithKline, ha designado a su nuevo Gerente General de Pharmaceuticals para la Argentina y el Cono Sur, a partir de enero de 2009. Rodolfo Civale, quien se desempeñaba como Gerente General de Pharmaceuticals para Venezuela, asume en reemplazo de Fabio Landazábal, quien -por su parte- ha sido designado Vicepresidente y Gerente General para Pharmaceuticals Rusia. ■



NUEVOS CLIENTES ASSIST-CARD DIVISION SALUD

A partir del 1 de diciembre de 2008, la FEDERACION MEDICA DEL CHACO - FEMECHACO SALUD, se incorpora a la distinguida lista de clientes en la División Salud de Argentina. Todos sus afiliados tienen la cobertura en el ámbito nacional y países limítrofes. ■

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL INAUGURO EL CENTRO DE RADIOTERAPIA MAS MODERNO DEL PAIS

El nuevo servicio contará con un grupo multidisciplinario de profesionales y con la tecnología de avanzada para el tratamiento del cáncer de mama.

En el marco de un evento encabezado por las autoridades del Hospital y la primera dama bonaerense, Karina Rabolini, se inauguró el Centro de Radioterapia más avanzado de la Argentina. En un área de 700 metros cuadrados y gracias a una inversión de más de 2 millones de dólares, este Centro de alta complejidad se instituye como el referente nacional en la lucha contra el cáncer.

Allí, los pacientes oncológicos podrán realizarse tratamientos como la radioterapia conformada tridimensional (3D-CRT), que produce haces de radiación para aplicar desde distintas direcciones ajustados a la forma exacta



ASSIST-CARD - MEDICUS

MEDICUS empresa líder de medicina privada, renovó su relación comercial con ASSIST-CARD ARGENTINA y sigue confiándole, la salud de sus asociados en todo el mundo.

El Gerente Comercial División Salud, Daniel R. J. Piscicelli expresó: esta confianza que nos brinda MEDICUS, nos obliga a seguir superándonos año tras año en nuestras prestaciones y seguiremos ofreciendo a los socios de MEDICUS la mejor asistencia al viajero, que solo ASSIST-CARD puede brindar en el ámbito internacional. ■

ASSIST-CARD ARGENTINA DIVISION SALUD INFORMA

A partir del 1 de febrero de 2009, la Gerencia Comercial de Assist-Card Argentina División Salud, designó a la Sra. Romina Favalaro como Gerente de Cuentas Especiales. La nueva Gerenta se desempeñaba como Ejecutiva de Cuentas y se inició en AS-

SIST-CARD como Operadora de Asistencias en el año 2002 y ocupó distintas funciones en el área comercial. La misma reportará directamente al Gerente Comercial División Salud de Argentina. ■





La misión de Bristol-Myers Squibb
es prolongar y mejorar
la vida humana, proporcionando
productos farmacéuticos
y productos relacionados
con el cuidado de la salud
de la más alta calidad.

Somos una empresa orientada
a la investigación y desarrollo de
productos innovadores en áreas
terapéuticas claves.



Cáncer



Diabetes



Hepatitis



HIV/SIDA



Aterosclerosis
y trombosis



Transplantes



Trastornos
afectivos



Alzheimer



Obesidad



Artritis



Bristol-Myers Squibb Argentina

Para mayor información acerca de nuestros productos
sírvase contactar a nuestro representante o al departamento médico
de Bristol-Myers Squibb Argentina S.R.L.

Membre 801(C)4280(KC) / Tel.: (5411) 4789-8400 / Fax: (5411) 4789-8559 / www.bm.com.ar

UNIVERSAL ASSISTANCE: CON UN BUEN POSICIONAMIENTO EN EL INTERIOR



La compañía cumplió con las expectativas fijadas para el año 2008 con su gestión en el interior del país, logrando ampliar en un 20% el volumen de negocios e incrementando su cartera de clientes y el número de servicios brindados.

Actualmente Universal Assistance cuenta con una cartera de 140 clientes corporativos y más de 500.000 afiliados cubiertos en el interior del país distribuidos en 15 provincias. Esta importante cantidad de afiliados junto con un crecimiento sostenido llevaron a Universal Assistance a ampliar su equipo comercial y generar la apertura de dos nuevas oficinas en las ciudades de Córdoba y Mendoza.

Para este año, a pesar de la crisis financiera que se originó en Estados Unidos, la empresa prevé un nuevo crecimiento, realizando nuevas acciones comerciales junto con un fuerte plan de fidelización para sus clientes actuales. Para esto, se espera continuar con la expansión del equipo comercial, seguir participando en distintos eventos e incorporar nuevos servicios a sus actuales y nuevos clientes. ■



PRIMERA CIRUGIA ROBOTICA EN PEDIATRIA

El Hospital Italiano de Buenos Aires, realizó la primera Cirugía Robótica en pediatría en la Argentina, para tratar una subosbstrucción a nivel del aparato urinario, entre la pelvis renal y el uréter. El Sistema Quirúrgico daVinci, tratamiento de última generación consiste en una cirugía asistida por computadoras

que permite graduar, filtrar y transformar los movimientos del cirujano en movimientos más precisos del microinstrumental y contar además con magnificación óptica.

Los beneficios que brinda el Robot daVinci, como la mejor movilidad de los instrumentos, visión tridimensional y mayor precisión en los movimientos que realiza el cirujano, se ven potenciados en pacientes pediátricos ya que el espacio donde se opera es más reducido que en un paciente adulto. ■

MBA EN MEDICINA PREPAGA Y OBRAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE PALERMO

La Graduate School of Business de la Universidad de Palermo anunció que se encuentra abierta la inscripción al MBA 2009 y presentó la nueva orientación en Medicina Prepaga y Obras Sociales.

Para mayor información de inscripción al MBA comunicarse con el Departamento de Informes por teléfono al 5199-4500 o vía mail a informes@palermo.edu, o personalmente a Av. Córdoba 3501, Capital Federal. Más información: www.palermo.edu/gsb. ■

NUEVO SERVICIO DE UNIVERSAL ASSISTANCE PARA WILLIAM HOPE

Universal Assistance brindará la prestación de cobertura médica nacional para más de diez mil afiliados de la obra social E. William Hope. A partir del mes de febrero los afiliados cuentan con cobertura al viajero a nivel nacional a través de la red de prestadores de la compañía.

La relación comercial entre ambas empresas se inició en el 2003, año en el que se firmó un acuerdo de precompra de días INTERNACIONAL exclusiva para los afiliados a William Hope. Durante el

2008, decidieron ampliar el vínculo contratando el servicio de Call Center de Universal Assistance, de lunes a viernes de 18 h. a 9 h. y las 24 horas los días sábados y domingos. Conformes con el servicio, los directivos de la obra social realizan gestiones para incluir a partir del mes de marzo el servicio de cobertura internacional para sus afiliados. ■

DESIGNACION EN EL HOSPITAL BRITANICO

El consejo de Administración del Hospital Británico de Buenos Aires ha designado al Dr. Angel Yebara como nuevo Director Médico General. Su incorporación apunta a mantener los mejores resultados clínicos del país y satisfacer las demandas de los pacientes y sus familiares apelando a la máxima calidad de los servicios, como históricamente lo ha hecho el hospital.

El Dr. Yebara es médico egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata, con título especialista en Clínica Médica, Cardiología y Medicina de Emergencias. Además, es Instructor de A.T.L.S (Advanced Trauma Life Support) y de A.C.L.S. (Advanced Cardiac Life Support). ■

NUEVO DIRECTOR DE MARKETING EN NOVARTIS

Novartis Argentina, compañía líder mundial en investigación, desarrollo, producción y distribución de fármacos, anunció que designó a Diego Ruiz como nuevo Director de Marketing para su División Farmacéutica.

Diego Ruiz es Contador Público, recibido en la Universidad de Buenos Aires, y completó el Master en Administración de Empresas en la Universidad Austral. Ingresó a Novartis Argentina en abril de 2003, donde luego de ocupar diversas posiciones en el área financiera, se desempeñó como Director de Finanzas y Administración de la compañía, posición en la que también fue responsable del desarrollo de negocios y licencias. Previamente a su incorporación en Novartis, fue Gerente de Auditoría Externa en Arthur Andersen y Ernst & Young. ■



MEDIAR FIRMO UN CONVENIO CON OSETYA

MediAr, la empresa de medicina de alta complejidad líder en el sector, firmó un convenio con OSETYA, la obra social de los empleados textiles, para brindarle su servicio.

De esta forma los 35.000 afiliados tendrán acceso a la más completa red de alta complejidad en todo el territorio nacional, ya que MediAr posee vínculos con centros médicos en todas las provincias, o a través del call center especializado en salud al que podrán acceder desde cualquier lugar del país las 24 hs. y se les indicará cuál es el centro de atención más cercano. ■



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 26 delegaciones y trabajamos día a día para seguir inaugurando nuevas en diferentes puntos del país.

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



Comprometidos con la
salud y el bienestar

Grageas

SIEMENS

SIEMENS IT SOLUTIONS AND SERVICES EXPANDE AL RESTO DEL MUNDO LA SOLUCION DE MONEDERO ELECTRONICO

Tras haber implementado importantes proyectos en Latinoamérica, la solución de administración de medios de pago para el transporte público de pasajeros, desarrollada desde el Centro de Competencia que Siemens posee en la Ciudad de Córdoba, ha sido incorporada al portfolio global de la compañía y ahora es ofrecida internacionalmente. La mejora de la movilidad es uno de los desafíos que enfrentan hoy las ciudades, donde las soluciones para el transporte ocupan un lugar central tanto por su impacto en el desarrollo y la competitividad de la ciudad como por el incremento en la calidad de vida de sus habitantes.

Mediante tecnología de última generación se ofrece una solución end to end que abarca: sistemas de pago multimodales que combinan tarjetas sin contacto, monedas, cospeles (token) y/o tickets magnéticos, equipamiento de abordaje, sistemas GPS/GPRS para el seguimiento de flota en tiempo real, sistemas de seguridad junto con la operación y administración integral del sistema de cobro del transporte. ■

NUEVO DIRECTOR DE OPERACIONES EN ASSIST-CARD INTERNACIONAL

Assist-Card Internacional designó como nuevo responsable de Operaciones Internacionales al Sr. Ignacio Márquez, quien tendrá a su cargo toda la operación en el mundo. El nuevo fun-

ASSIST-CARD INTERNACIONAL DIVISION SALUD

ASSIST-CARD BRASIL DIVISION SALUD en creciente expansión por todo el territorio Brasileño, informa que a partir del 1 de febrero de 2009 firmó convenio de asistencia al viajero, con UNIMED PAULISTANA importante empresa del sector con presencia en todo el país. Dicho convenio brinda la cobertura para todos sus afiliados en todo el mundo. La campaña realizada por el responsable de la Gerencia Comercial para toda Latinoamérica, Daniel R. J. Piscicelli y el trabajo que realiza la División Salud de Brasil comandada, por su Director, Renato Spadafora Ferreira y su Gerente de Salud, Dr. Marcos Bettencourt, hacen que la compañía, tenga un lugar de privilegio en el mercado de la salud de Brasil. Las acciones siguen en forma intensa y sostenida en toda la región, replicando el modelo que posicionó a ASSIST-CARD como empresa líder en el mundo de la asistencia. ■

DIVISÃO
+SAÚDE
ASSIST-CARD

Unimed



cionario se desempeñaba en Assist-Card Internacional, como Director de Negocios Internacionales, teniendo a su cargo todas las operaciones de Asia, iniciando sus funciones en Assist-Card en el año 2002. Márquez tiene una extensa experiencia en el mercado de la Asistencia al Viajero, habiendo ocupado distintos cargos de Dirección, en empresas ligadas al sector. ■



SMG SEGUROS FINALIZO EL AÑO CON OPTIMOS RESULTADOS

SMG Seguros, la compañía de Seguros Generales del Swiss Medical Group,

celebró los éxitos obtenidos durante el 2008 en un encuentro que convocó, cerca de 500 personas, en el Roof Garden del Alvear Palace Hotel. Entre los presentes estuvo el presidente de Swiss Medical Group, Claudio Belocoppitt, sus principales directivos, brokers y productores de seguros de todo el país.

Claudio Belocoppitt, además de agradecer a los presentes el esfuerzo invertido durante un año difícil pero con resultados excelentes para la compañía, adelantó la puesta en marcha de la ART para el primer trimestre del 2009.

Por otro lado, Daniel Arias, Gerente General de SMG Seguros, agradeció a los Productores y Brokers el trabajo realizado destacando además del crecimiento de la compañía en un 60%, un resultado técnico positivo durante el 2008. Anunció, además, una importante mejora cualitativa de la cartera del segmento automotor, y el ya reconocido liderazgo en Praxís, donde SMG Seguros fue por cuarto año reconocida como la mejor compañía de praxis médica por los premios Prestigio. ■

ENCUENTRO INFORMATIVO "POSGRADO MEDIADOR EN SALUD" 2009

El lunes 20 de abril a las 17³⁰ horas, la Universidad ISALUD realizará la jornada informativa de la tercera promoción del POSGRADO MEDIADOR EN SALUD. El curso comenzará el próximo 11 de mayo y estará dirigido a profesionales con título de grado en el área de la salud, la administración y el derecho, que deseen incursionar en el marco conceptual, legal y práctico necesario para emplear eficientemente los Métodos de Resolución Alternativa de Conflictos y en especial la Mediación en Salud. El encuentro se desarrollará en la sede Central de la Universidad, Venezuela 931. Para informes e inscripción, contáctese al 5239-4045/4000; a infocursos@isalud.edu.ar o personalmente en Venezuela 931, Ciudad de Buenos Aires. ■

INAUGURACION DEL PRIMER CENTRO DE ATENCION - TPC CIA. DE SEGUROS

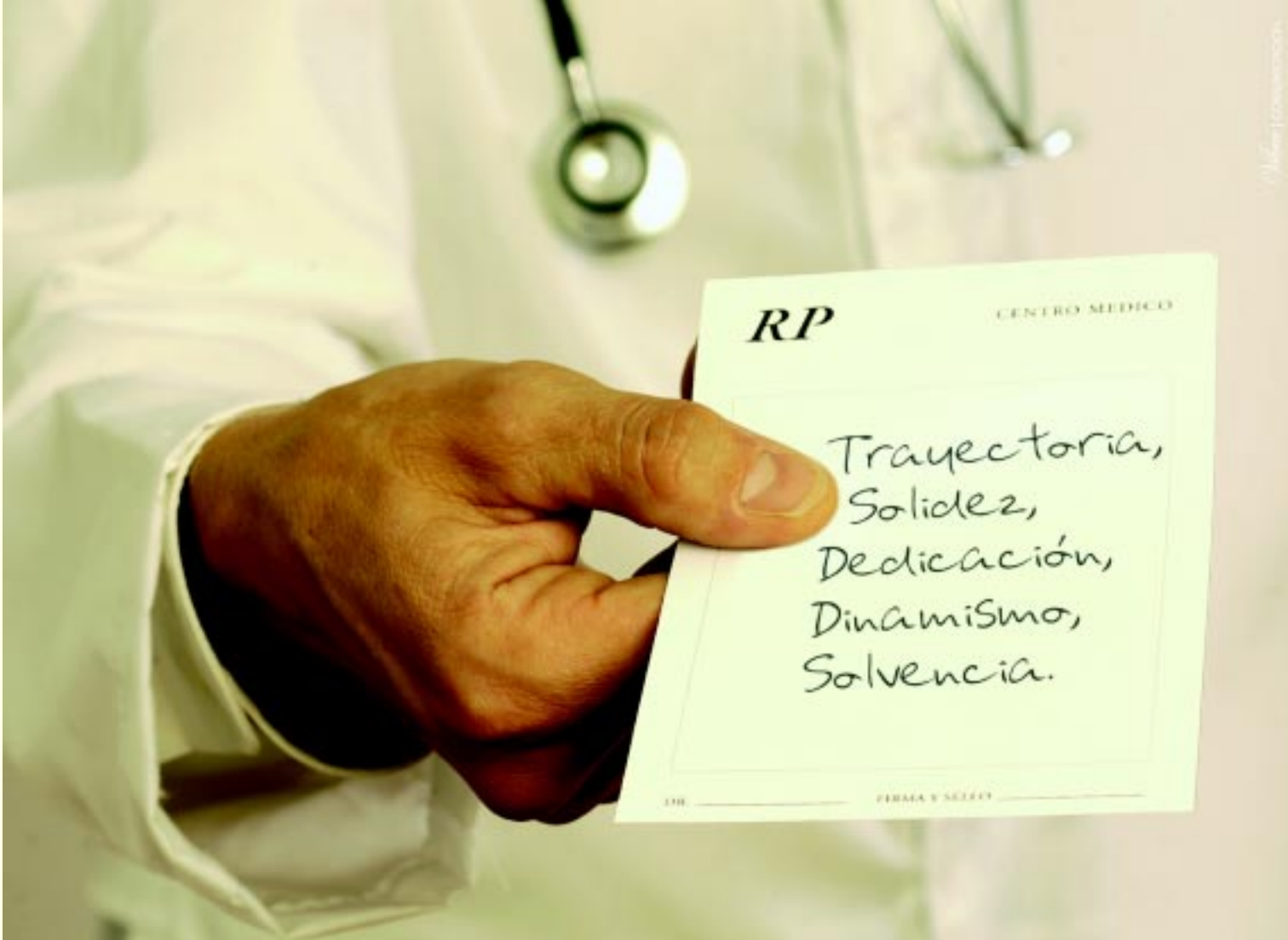


El pasado 10 de diciembre TPC Compañía de Seguros S.A. inauguró en la Ciudad de Buenos Aires el primer Centro de Atención al Cliente y Productor Asesor de Seguros (PAS), con el objetivo de continuar brindando la atención de excelencia profesional que la caracteriza.

Un año atrás, habían anunciado el ambicioso proyecto de la apertura de Centros de Atención a Clientes y PAS en diversas provincias argentinas (el interior del país les representa cerca del 50% de su cartera), es decir, acercarle sus servicios a los asegurados y a los PAS, quienes son su exclusivo canal de venta.

La Aseguradora invita al público en general y a los PAS y asegurados en especial a acercarse a este nuevo lugar de encuentro, ámbito para ser recibidos con la mejor atención por su equipo de ejecutivos comerciales, con la calidad y profesionalidad que la aseguradora brinda.

El Centro de Atención se encuentra ubicado en la Av. Belgrano 628, Ciudad de Buenos Aires y su horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 18h. ■



NUESTRA RECETA PARA SER LA MEJOR COMPAÑÍA DE PRAXIS PROFESIONAL.

Son solo algunos de los ingredientes que nos convierten en verdaderos especialistas y en la mejor compañía de seguros de Praxis Profesional.

Porque al igual que la suya, nuestra principal preocupación es la de protegerlo, por eso contamos con un equipo con trayectoria profesional

de excelencia y tenemos el mejor respaldo de reaseguro. Llámenos y compruebe que para estar bien asegurado no hay nada mejor

que una buena receta.



ESPECIALISTAS EN PRAXIS PROFESIONAL, RESPONSABILIDAD CIVIL Y CAUCIÓN.

TPC Compañía de Seguros S.A. Av. Belgrano 634, Piso 9 (011) 4876-5300 (1092AATT) Buenos Aires, Argentina.

W W W . W E B T P C . C O M • I N F O @ W E B T P C . C O M

Campaña de Prevención de O.S.P.A.C.P en Mar del Plata



U.P.A.C.P.
Unión Personal Auxiliar de Casas Particulares



O.S.P.A.C.P.

Finalizó exitosamente el servicio del Módulo Sanitario de la Obra Social y del Sindicato del Servicio Doméstico instalado en la ciudad de Mar del Plata.

Con una masiva concurrencia el Módulo Sanitario de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, ubicado en el Balneario de Punta Mogotes, cerró sus puertas hasta el próximo destino.

La Obra Social del Personal Auxiliar de Casas Particulares (O.S.P.A.C.P.) junto con el sindicato finalizaron su servicio en la Ciudad de Mar del Plata con una concurrencia de más de 5.800 personas.

El Dr. Roberto Delbene, Presidente de O.S.P.A.C.P. comentó: *"Estamos muy contentos por la gran cantidad de personas que visitaron nuestro módulo, la excelente atención que se les brindó y la toma de conciencia de los asistidos sobre la importancia de cuidar la salud"*, y agregó: *"Esta Campaña de Preven-*

ción de Enfermedades Cardiovasculares continuará próximamente".

La propuesta de prevención en salud en diferentes patologías, que llevan adelante desde hace años la Obra Social y el Sindicato del Servicio Doméstico, fue desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud.

ACERCA DE O.S.P.A.C.P

Bajo la denominación Obra Social del Personal Auxiliar de Casas Particulares, se constituyó el 12 de Diciembre de 1975 O.S.P.A.C.P como la Obra Social Sindical dependiente del Sindicato UNION PERSONAL AUXILIAR DE CASA PARTICULARES, cuya trayectoria gremial data desde el año 1901, y la actual sede sindical de la calle Dean Funes

576 fue inaugurada el 16 de mayo de 1960.

La actividad del gremio del servicio doméstico, está regida por el decreto - ley Nº 326 del 14 de enero de 1956 y su decreto reglamentario Nº 7.979/56 ratificada por ley Nº 14.467, en razón de encontrarse la actividad excluida del convenio colectivo de trabajo.

La Institución forma parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud como agente natural del mismo y se encuentra sujeto a las resoluciones que adopten la Secretaría de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud y Acción Social y la Superintendencia de Servicios de Salud.

En la actualidad, la obra social tiene ámbito de actuación en todo el territorio de la Nación. □

El acto se realizó en la sede de la cartera sanitaria nacional junto al Pami, autoridades provinciales y de Ituzaingó.

OCAÑA Y SCIOLI FIRMARON CONVENIO PARA LA CONSTRUCCION DE HOSPITALES DEL BICENTENARIO

La Ministra de Salud de la Nación, Graciela Ocaña, y el Gobernador de la provincia de Buenos Aires, Daniel Scioli, firmaron el convenio marco para la creación del Hospital de Ituzaingó, que se financiará con recursos del Pami que, a su vez, recuperará con prestaciones.

De la firma del convenio participaron el director ejecutivo del Pami, Luciano Di Césare; el ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Claudio Zin, y el intendente de Ituzaingó, Alberto Descalzo.

"La puesta en marcha de un proyecto como éste, tan importante para el bienestar de la población, es el resultado de un trabajo articulado y en equipo entre Nación, Provincia y Municipio", expresó el gobernador bonaerense Daniel Scioli. Tanto la titular de la cartera sanitaria na-

cional, Graciela Ocaña, como su par provincial, Claudio Zin, coincidieron en la necesidad fundamental de trabajar articuladamente optimizando los recursos y presupuestos existentes, para mejorar de esta manera la calidad en la atención del sistema de salud actual.

"La construcción de este hospital

para el municipio de Ituzaingó representa un hecho sumamente importante, ya que el mismo recibe una gran cantidad de consultas y no cuenta con un hospital, solamente posee centros de atención primaria de la salud", destacó su intendente, Alberto Descalzo.

Las autoridades presentes remarcaron la relevancia del proyecto y acordaron continuar uniendo esfuerzos para mejorar otros aspectos del sistema de salud, como son la formación de recursos humanos, principalmente enfermería; el fortalecimiento de la atención primaria de la salud a partir de la relación médico-paciente, entre otros.

La creación del hospital queda inscripta dentro de las alianzas estratégicas que potencian la gestión de los actores públicos del sistema sanitario. Además, forma parte del convenio marco para la construcción de otros hospitales del Bicentenario.

El Pami será el principal ente financiador para el proyecto de construcción y puesta en funcionamiento, y recuperará los fondos suministrados realizando retenciones parciales de los valores que debe pagar a la provincia de Buenos Aires, en razón de las distintas prestaciones. A su vez, la Municipalidad de Ituzaingó será la encargada de licitar el proyecto a fin de garantizar la transparencia y proximidad territorial al mismo. □



NOVARTIS
1996-2006
10 AÑOS



Cuidamos y Curamos

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

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

Nuevo servicio del CDR: La mamografía digital computarizada

El CDR (Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi) incorporó la tecnología más novedosa en diagnóstico mamario por imágenes, que ofrece mejores resultados con mayor comodidad.

En la Argentina, el cáncer de mamas ocupa el primer lugar entre los tumores malignos que afectan a las mujeres. Sin embargo, tiene cura en un 90% de los casos diagnosticados tempranamente. Los expertos afirman que las nuevas tecnologías computarizadas aseguran un examen más preciso y llevadero para las pacientes.

Las enfermedades mamarias pueden ser curadas a través de su correcto tratamiento. Un sistema de trabajo más eficiente se traduce en un mayor tiempo para la paciente y en mayor productividad para los departamentos de imágenes. Así, la clave para el gran avance en el Diagnóstico por Imágenes es la mamografía digital.

BENEFICIOS DE LA MAMOGRAFIA DIGITAL COMPUTARIZADA

A diferencia de otras partes del cuerpo, las mamas se componen mayoritariamente de tejido blando. Cuando el tejido mamario se radiografía, crea una imagen algo difusa que dificulta la detección de pequeños "puntos" llamados microcalcificaciones y de otros sutiles signos tempranos de cáncer. La mamografía digital se diferencia de la convencional en lo referente a la visibilidad de la mama y, más importante aún, en su manipulación. El radiólogo puede ampliar las imágenes, incrementar y disminuir el contraste e invertir los valores blanco y negro durante la interpretación de las imágenes. Estas características permiten que el radiólogo evalúe las microcalcificaciones y se concentre en las áreas pertinentes.

Además, su sistema puede reducir altamente la necesidad de retomar el examen debido a la sobre o subexposición. Esto ahorra tiempo adicional y reduce la exposición a los rayos-x. Porque son

electrónicas, las imágenes digitales pueden ser rápidamente transmitidas a través de un sistema centralizado.

EL CDR PRESENTA LA TECNOLOGIA MAS NOVEDOSA PARA EL CUIDADO DE SU SALUD

El sistema de mamografía computarizada de Hologic adquirido por el CDR utiliza computadoras y detectores especialmente diseñados para producir imágenes que pueden ser visualizadas en un monitor de alta resolución y transmitidas y archivadas como registros de computadora.

- Utiliza un detector de conversión directa que elimina la necesidad de convertir los rayos-x en rayos de luz.
- El resultado es una imagen digital de alta definición y un mejor contraste de mayor consistencia.



- Su tecnología de alta transmisión celular ofrece un contraste más grande en las imágenes, reduciendo significativamente la dispersión de la radiación sin incrementar la dosis del paciente.

El CDR cuenta con un excelente cuerpo médico, integrado por especialistas y técnicos del área capacitados para obtener y manipular la información obtenida, que fortalecen este nuevo servicio con experiencia y calidad.

La mamografía juega un papel central en la revisión de cambios en las mamas, que podrían ser señales tempranas de cáncer, pero que son demasiado pequeños o sutiles para ser palpados. Sin embargo, los expertos advierten que el autoexamen aún se conserva como una de las herramientas más importantes para la detección precoz del cáncer de mamas:

- Las mujeres deben hacerse mamografías a intervalos de entre uno y dos años después de los cuarenta.
- Las mujeres a partir de los cincuenta deben hacerse evaluaciones anuales o cada dos años.
- Las mujeres que están en riesgo de cáncer de mama superior al promedio deberían buscar asesoría médica experta para establecer si convendría comenzar con las evaluaciones antes de los cuarenta y para determinar la frecuencia.

El CDR posee un Departamento de la Mujer, dirigido por la doctora María Oliva, que utiliza la tecnología más novedosa en el Diagnóstico por Imágenes para que la prevención de la patología femenina sea veloz y confortable. Entre los servicios brindados se ofrece la ecografía mamaria, la mamografía, la punción estereotáxica con mamotome y la resonancia magnética. □

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

Medifé: de la mano del bienestar y la vida saludable

Esta joven y moderna empresa de Medicina prepaga desarrolla sus planes y diseña sus estrategias a partir de un concepto de salud en el que se apoyan todas sus acciones. En este artículo, Andrés Civit, gerente de marketing de Medifé, nos cuenta como implementaron esta propuesta innovadora para sus asociados.

¿Qué es la salud? Esta pregunta puede disparar debates interminables. Muchas veces, ni siquiera los académicos logran alcanzar una conceptualización homogénea. Hay tantas definiciones como personas podríamos decir. Pero entendemos, a partir del concepto desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, que se trata de un *estado de completo bienestar físico, mental y social*.

Sabemos que lograr un estado de perfecta armonía puede ser muy difícil, sin embargo, de algo estamos seguros: no se trata únicamente de prevenir y preservar el estado físico. Lo mental y/o emocional y lo social también juegan un rol determinante en el estado de bienestar –o malestar– de las personas.

Con esta brújula en mente, trabajamos día a día para brindarles a nuestros asociados servicios que cumplan con dicha premisa. Planteamos un verdadero sistema de salud integral.

Así nació nuestro programa de beneficios "Vivi Medifé". Una variada y completa propuesta de bienestar físico y espiritual que ofrece actividades, salidas y recreos con importantes beneficios y descuentos a nivel nacional. De esta manera, abrimos las puertas a un mundo de bienestar que complementa el servicio estrictamente médico-prestacional. Salidas, restaurants, spas, actividades culturales y educativas son sólo algunas de las posibilidades que alcanzamos a nuestros asociados con "Vivi Medifé", al cual se ingresa a través de nuestro sitio web. Mediante un clic se reserva una cena, se accede a un día de aire libre o se comienza con un curso de manera sencilla y cómoda. Estas propuestas son muy bien recibidas en todo momento pero, sobretodo, en esta época de crisis que estamos viviendo en la cual un descuento, por ejemplo, puede marcar la diferencia entre realizar una actividad o dejarla de lado.

Asimismo, ofrecemos tips nutricionales desde nuestro sitio web de la mano de la ex Leona y nutricionis-



Andrés Civit,
gerente de
marketing de
Medifé.

ta, Magdalena Aicega. Magui no sólo dedicó –y dedica– gran parte de su vida al hockey sobre césped, sino que también disfruta de su profesión como nutricionista.

Preparamos, en conjunto, consejos sobre alimentación que están al alcance de nuestros asociados, para que consigan un mejor nivel de vida de una forma sencilla y placentera. El ritmo de vida actual, las obligaciones y tareas diarias, muchas veces nos llevan a olvidarnos de lo importante que es seguir una dieta balanceada y rica en nutrientes. Consumimos comida rápida, comemos apurados, de parados o en la oficina mientras continuamos trabajando, sin dedicarle el espacio que se merece la alimentación.

Magui pensó especialmente en este complejo contexto para diseñar estos tips que pueden ayudar –y mucho– a que nuestra alimentación se regularice, sin demasiadas complicaciones, preparaciones gourmet o inversión de grandes sumas de dinero. Para llegar a mejores objetivos, segmentó sus consejos para distintos grupos: embarazadas, niños, adolescentes, deportistas y aquellos que llevan una vida sedentaria.

Próximamente incorporaremos nuevos tips nutricionales vinculados

a determinadas patologías como, por ejemplo, la diabetes y la hipertensión, entre otras. De esta manera, pondremos especial atención a determinados grupos de asociados que tienen especificaciones determinadas a la hora de alimentarse y realizar actividad física.

El círculo termina por completarse al relacionarnos estrechamente con el deporte, ya que entendemos que muchos de los valores que a través del mismo se promueven, nos identifican: trabajo en equipo, vida sana, esfuerzo y pasión. Estos son los valores que encontramos en Las Leonas y en el seleccionado masculino de hockey sobre césped, en el Club Atlético Tigre, en la Liga Nacional de Básquetbol y, más recientemente, en el Club Ferrocarril Oeste. Somos la cobertura médica oficial de estas instituciones, cuidando su salud y la de sus colaboradores. Y hoy, estamos seguros que podemos crecer aún más; por ello, seguiremos incorporando el deporte a nuestra empresa, brindándoles apoyo y promoviendo sus actividades.

Pero no nos detenemos allí. Una serie de nuevos proyectos se suman a esta filosofía del bienestar y la salud que impulsamos en Medifé. Es así que realizamos una alianza con Megatlón que nos permitirá ofrecer a nuestros asociados los servicios de esta importante red de Clubes, que cuenta con el equipamiento más avanzado y la atención de profesores capacitados y entrenados en distintas disciplinas deportivas.

Es decir que no solo apoyamos el deporte sino que, principalmente, fomentamos su práctica entre nuestros asociados, alcanzando facilidades como la que planteamos a través de esta alianza.

Con estos tres grandes pilares –programa de beneficios, nutrición y deporte– aspiramos a ofrecer una propuesta diferencial, integradora e innovadora en el mercado de las medicinas prepagas. Y en esto consiste básicamente nuestra apuesta... Ser más que una prepaga. □

PROTECCIÓN

PARA QUIENES NOS PROTEGEN



“RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA”

PRUDENCIA
Seguros

A stylized logo graphic for Prudencia Seguros, consisting of a grey swoosh and a blue circular element.



Salud Corporativa

Nueva Práctica: La Tercerización del control Financiero de los aportes y contribuciones del personal

Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Watson Wyatt Argentina

Ha sido una buena práctica de mercado históricamente que las empresas diseñaran el Plan de Cobertura Médica del personal, negociaran con una Obra Social y/o con una empresa de medicina prepaga los costos y las características de dicho Plan -Cartilla Médica, Copagos, etc., etc.- y finalmente lo financiaran constituyendo un "pool" con los aportes y contribuciones de ley.

Lo más habitual en el mercado, ha sido que las empresas -prácticamente el 90% de los encuestados por Watson Wyatt- realizaran alguna contribución adicional, ya que lo generado por los aportes y contribuciones de ley, no resultaba suficiente para financiar el costo total del Plan Médico. Esto significa que el control de los fondos, tanto los de Ley como los adicionales, resultan sumamente importantes para evitar pérdidas para las empresas.

Es interesante observar que, a partir de la desregulación de las Obras Sociales, muchos empleados han optado por elegir en forma personal el prestador médico de su preferencia. Naturalmente esto está asociado a dos temas: En primer término, a la insatisfacción por el Plan Médico proporcionado por la empresa y en segundo término al nivel de ingresos, ya que quienes optan por "salir del sistema" cuentan con un importe de dinero disponible para financiarse la mayor parte o la totalidad del plan médico que contratan.

El problema es que esta circunstancia no siempre es comunicada al empleador, quien muchas veces, al no efectuar controles permanentes, mantiene al empleado y a su grupo familiar en la prepaga elegida, a quien continúa abonándole el plan médico, mientras los aportes y contribuciones en lugar de financiar el plan, son derivados a la Obra Social elegida por la persona.

Asimismo, no cabe duda que en los últimos años se ha producido también una gran concentración de empresas prepagas, cuyas fusiones han dado lugar en muchos casos a no pocas dificultades administrativas, lo que ha dejado en mano de las empresas el control exhaustivo de las facturaciones.

Patricia Peralta, una especialista en el tema de Control Financiero de esta problemática, nos ha señalado que "es muy habitual encontrar que las empresas, al incorporar a nuevo personal, no hayan verificado si está vigente o no una "Opción de cambio de Obra Social" dado que si esto efectivamente es así, los fondos por aportes y contribuciones no llegarán a la Obra Social elegida por la

empresa, sino naturalmente a la elegida por la persona. De hecho, hemos encontrado casos de empresas donde, luego de realizar el trabajo de análisis, se detectó que los Aportes y Contribuciones de más del 12% de los empleados no llegaban a la Obra Social por la causa mencionada por Patricia".

Según la especialista consultada, las situaciones irregulares más habituales que afectan las finanzas de las empresas son las siguientes:

- El titular además es Monotributista.
- El titular es empleado de otra empresa y por lo tanto también es titular de otra Obra Social al contar con pluriempleo.
- El titular es beneficiario de otra Obra Social con el carácter de "familiar" de un "titular".
- El cónyuge del titular es Monotributista.
- El cónyuge del titular trabaja, por lo tanto es "titular" de otra Obra Social (Sindical, de Dirección o bien que cuenta con Jubilación o Pensión y posee Pami).
- El hijo menor de 21 años del titular, trabaja y tiene Obra Social propia.
- El hijo menor de 25 años del titular estudia, pero trabaja y tiene Obra Social propia.
- El hijo mayor de 21 años y menor de 25 años del titular, no estudia.
- El "familiar a cargo" del titular es a la vez titular de otra Obra Social (Ej: Pami).

En todos estos casos, como nos señala Patricia Peralta, las empresas pierden importantes montos por estar financiando coberturas médicas que reglamentariamente no corresponden o bien por no detectar fuentes naturales de financiamiento como es la unificación de aportes de cónyuges o el aporte del Monotributo.

El problema es que las organizaciones difícilmente cuentan con personal para realizar éste y otros controles, incluso los más simples, pero fundamentales, como es la conciliación de la facturación de la empresa prepaga con la nómina de beneficiarios de la empresa.

Resulta claro que, teniendo en cuenta la problemática descrita, la Tercerización del Control Financiero de los Aportes y Contribuciones ha comenzando a ser una nueva buena práctica en las empresas, ya que permite el ahorro de importantes sumas de dinero y alcanza los más altos niveles de eficacia y eficiencia para el área de Recursos Humanos. □



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.





¿Regular la desregulación?

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

EXPLICACIONES PARA UNA TRAGICA HISTORIA DE UN PROCESO SIN INOCENTES

Tarde, y lamentablemente creo que mal, se está colocando en la agenda de discusión el tema de la abominablemente¹ llamada "desregulación". En Mitos y Realidades de las Obras Sociales² dedicamos un capítulo entero a este tema, pero desde mucho tiempo antes opinamos desfavorablemente sobre muchos de los aspectos del mismo, y en esta misma revista, el año anterior dedicamos una columna a él³. Además, la llamada "desregulación" fue asimétrica, pues no se "desreguló" el funcionamiento de las obras sociales (es más, se incrementó su regulación: creación de la Superintendencia de Servicios de Salud, ley de funcionamiento, PMO, etc.) mientras que otras instituciones privadas participantes de este sector de mercado irregular quedaron huérfanas de regulación hasta el día de hoy (empresas de medicina prepaga). Si bien es cierto que fueron sometidas al cumplimiento del PMO (ley 24.754), (con el pequeño "olvido" de no definir la autoridad de policía de esa obligación...) y no se tomaron los recaudos necesarios para adecuar el cumplimiento de ese PMO a las condicionalidades elementales de un sistema de seguros (por ejemplo, valorar su costo antes de garantizar su derecho), las obras sociales se vieron obligadas a su cumplimiento con ingresos fijos (aportes y contribuciones), mientras las entidades prepagas lo afrontaron durante mucho tiempo con un mercado de precios libre.

En pleno auge de las políticas neoliberales, la "desregulación" se estableció en el entendimiento de que la ausencia de competencia entre las entidades financiadoras-prestadoras que gozaban del derecho sobre los aportes de poblaciones cautivas provocaba una gran oportunidad de corrupción, y que su instalación reduciría drásticamente la misma, además de provocar una disminución de los costos con el consecuente efecto sobre las cargas sociales⁴. Este último efecto no se produjo, y demás está decir que respecto de los costos resulta realmente gracioso (o inocente o ¿malintencionado?), que economistas avezados puedan opinar esto. Además, si bien la transparencia y la correcta información de los beneficiarios mejoran las condiciones para el ejercicio de la libre elección de los usuarios y acentúan los incentivos para evitar el desarrollo de conductas discriminatorias u oportunistas, en un mercado irregular como el de la salud, la competencia es condición necesaria, pero no suficiente para establecer equidad, eficiencia y solidaridad.

El "poderoso" argumento esgrimido para poner en marcha la "desregulación": terminar con la cautividad de los beneficiarios, fue claramente pervertido con la

instrumentación financiera y regulatoria del traspaso (diseñada por los "expertos" ¿con la aquiescencia?, ¿o la ignorancia? del resto de los participantes), y realmente permitió el fin de la cautividad..., pero sólo de aquellos que por su nivel de aportes y/o salarial pudieron acceder a ella (pagando los copagos planteados por las entidades privadas)⁵. Esa instrumentación (opción con la totalidad del aporte y contribución) vulnera íntimamente la concepción básica de la seguridad social: el que más gana más aporta, a fin de establecer una compensación solidaria que permita brindar a todos una prestación en base a sus necesidades e igualitaria en acceso y calidad. En un sistema como el nuestro, organizado por ramas de actividad, el permitir el traspaso con la totalidad del aporte rompe ese criterio solidario hacia adentro de cada obra social (sólo mínimamente paliado con el subsidio automático nominativo), y entre la totalidad de los beneficiarios de la seguridad social (más resguardado por la utilización del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) para el pago de prestaciones de alto costo. En este aspecto la propuesta de permitir la opción con sólo una porción de la cotización (ya sea el promedio salarial de la actividad, el de la totalidad del sistema o el del salario mínimo como se está pensando) resulta una solución adecuada para preservar la solidaridad. La pregunta que cabe aquí es si para el imaginario de una parte de nuestra comunidad (los de mayores ingresos) el acceso a la salud ha dejado de ser un bien de usufructo universal y solidario, para convertirse en un bien de consumo individual relacionado con la capacidad de compra de cada uno (no existen acaso entidades de "consumidores" en salud...), ¿todos querrán un sistema solidario? Ello posiblemente explique la resistencia de algunos sectores y legisladores. En este mismo aspecto no puedo coincidir con la intención de que el porcentaje restante de la cotización quede en poder de la obra social abandonada por el beneficiario, porque esto supone un clarísimo incentivo a la ineficiencia. Ese aporte debe ser derivado al FSR a fin de formar parte del subsidio automático por edad y sexo, que de esta forma llegaría como compensación a aquellas obras sociales que por su buen desempeño captan actualmente un gran número de beneficiarios de bajos salarios de otras obras sociales ineficientes, provocando lo que he dado en llamar "la trampa de la eficiencia o del éxito"⁶. Esto posiblemente explique la resistencia de algunos dirigentes sindicales, al igual que la decisión de que el afiliado deba permanecer no menos de 6 meses en su obra social "de origen". Cada sindicato tiene el derecho a ser el marco natural de contención de sus afiliados; pero este legítimo derecho no puede colisionar con otro igualmente auténtico: el de cada

afiliado de tener acceso equitativo al mejor servicio de salud posible. Las obras sociales cumplen un rol social que excede ampliamente el de los gremios, y su gerenciamiento profesional y el uso transparente de los recursos nada tienen que ver con el encuadramiento del trabajador: su objetivo es otorgar a todos los beneficiarios la mayor protección sanitaria independientemente de su actividad sindical. Alguna vez dije: si las obras sociales quieren tener cautivos a sus beneficiarios, que los "cautiven" con la calidad de sus servicios. Por supuesto, esto exige una correcta regulación de la medicina prepaga, especialmente que apunte más a proteger a los muchos que no pueden acceder a ella que a los pocos que pueden hacerlo. Una solución posible: incluir para las EMPP que quieran participar del sistema una regulación de control financiero, gasto y obligaciones similares a las de las obras sociales, incluyendo su participación en el FSR, pero con aportes por la totalidad de lo desembolsado de bolsillo por cada beneficiario⁷. Las EMPP utilizan el financiamiento del FSR para las prestaciones de alto costo y baja incidencia de sus afiliados "corporativos", y además cobran un copago adicional por sus planes, además de la cotización social de esos afiliados. En consecuencia, al no aportar al FSR por esos copagos, perjudican a los afiliados más pobres de las obras sociales en beneficio de los más ricos (o del overhead de las compañías de medicina prepaga). Esto (entre otras cosas) posiblemente explique la resistencia de las EMPP.

Creo que nadie duda del legítimo derecho que asiste al beneficiario de una obra social de abandonarla y optar por otra, si la primera no le brinda los servicios con la calidad pretendida. Hoy, se plantea nuevamente la

discusión sobre la legitimidad de este derecho, y desde algunos sectores se coloca la suspensión de los traspaños como alternativa. Esto no representa una solución, sino simplemente ignorar el problema negando los derechos de los beneficiarios. Faltó explicar alguna otra resistencia, como la de los dirigentes que asociados a las EMPP comparten la "inocencia" de ambos sectores. Y por último explicar otra gran ausencia, posiblemente la que dio lugar y permitió las "resistencias": la de un Estado inteligente y presente, que la mayoría de las veces se ha limitado exclusivamente a denunciar la corrupción de un sistema cuya fiscalización, control y regulación es su exclusiva responsabilidad... y hasta ahora, por lo menos, no se ha desregulado. □

1 La adjetivo así, porque más allá de su sonido cacofónico, hablar de desregulación en el espacio de la salud representa uno de los caracteres (lamentablemente) diferenciales del sistema argentino, ya que hoy nadie en el mundo discute la necesidad de regular en este campo. Resulta inexplicable (¿o no?), que los referidos "expertos" ignoren que todos los países desarrollados desregulan ciertas actividades, pero jamás dejan de regular aquellos bienes públicos, meritorios o sociales que hacen a la cohesión y protección social de sus ciudadanos, o que por la irregularidad de sus condiciones de competencia o suministro no pueden garantizar el acceso en condiciones igualitarias para todos: y justamente la salud cumple estas dos condiciones.

2 Ediciones ISALUD, Buenos Aires, 2004, pag. 181 a 197.

3 Véase "El tema de la desregulación: preguntas y respuestas".

4 Al respecto véase: El sistema de seguridad social. Una propuesta de reforma. FIEL, Bs. As., 1995.

5 El 75% de los que optaron son gerentes, directores o personal "fuera de convenio", con sueldos promedio un 60% más alto del de aquellos que no optaron; el 54% de los que optaron forma parte del 25% de la población con sueldos más altos del sistema de seguridad; más del 60% de los que optaron no lo hicieron por decisión propia, sino a través de mecanismos corporativos... y el 47% está insatisfecho con esa cobertura corporativa. Datos tomados del "Estudio sobre opciones de cambio" del programa de Reconversión de las obras sociales, 2003.

6 La práctica demuestra que las o. sociales que son correctamente gestionadas y brindan los servicios adecuados logran la fidelidad de sus beneficiarios (excepto aquellos, que por capacidad de pago y/o la visión consumista descripta más arriba deciden marcharse). El hecho de que varias obras sociales incorporen (por su calidad) casi tantos afiliados como los que pierden, es prueba de ello; y este último hecho amerita incentivar positivamente a estas o. sociales, que de persistir el régimen actual estarán condenadas; increíblemente! a la desaparición, como resultado de un éxito de gestión que las torna elegibles para una multitud de beneficiarios de o. sociales negligentes o inviables que provocan la emigración de sus afiliados (mayoritariamente de bajos salarios), provocando una caída notable de sus ingresos, atendiendo a los más pobres y de mayor riesgo.



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 5555 - www.ospat.com.ar



OSPAT

Obra Social del Personal
de la Actividad del Turf





De la falsa conciencia al pensamiento científico

Por el Doctor Ignacio Katz

Consumidos por las noticias de coyuntura, dejamos de pensar en las tareas fundamentales. Como suele decirse, lo urgente desplaza a lo importante, hasta que llega un momento en que las eternas postergaciones desembocan en que todo se convierte en una gran urgencia. En ese punto, todo es para ayer, y ya nada se puede planificar racionalmente.

Existen muchas cuestiones relevantes en el campo de la salud, que han caído en esa red de postergaciones. Una de las principales es la referida a los recursos humanos. Luego de años de falta de planificación, nos encontramos con una escena en la que hay grandes "bachés" en determinadas áreas, y a su vez se registra una pésima distribución nacional de las distintas especialidades. Como país, no se ha pensado esta situación, y ahora el cuadro nos muestra, con contundencia, su irracionalidad.

Creo pertinente recurrir a una afirmación del pensador alemán Kurt Lenk: "La conciencia falsa puede ser el resultado de su falta de desarrollo general y se caracteriza por su enfoque parcial separando el objeto de investigación de la totalidad a la que pertenece", es decir por describir los hechos y eludir la esencia que lo contiene.

En la Argentina no hemos asimilado las lecciones históricas, y preferimos mantener convicciones equivocadas o parciales sobre el campo de la salud, evitando hacer las transformaciones necesarias para construir un verdadero "Sistema Integrado"; por lo tanto, se impone contar con un cuerpo de evidencia científica que nos sirva de guía y para eso la información clara y oportuna es la "llave estrella".

Es importante resaltar que, en ese sentido, por primera vez se están concretando dos bases de datos de suma importancia; la primera es la elaboración de un *registro de efectores* por nivel de complejidad y posibilidad de internación, con el objetivo final de crear una base sólida nacional donde todos los establecimientos tengan su habilitación categorizante. La segunda es un *registro de pacientes* con información esencial: el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB), que, en su etapa inicial, se establecerá con las consultas médicas ambulatorias del primer nivel de atención. Ambas bases de datos servirán para modelar futuras acciones de políticas de salud.

Por lo pronto, todo relevamiento acerca de los elementos profesionales que intervienen en el campo sanitario nos muestra una clara asimetría entre las necesidades específicas y los recursos humanos de los que realmente disponemos como sociedad. En algunas especialidades, esta fisura es notoria: como casos paradigmáticos, podemos mencionar la de anestesiólogos y la del personal de enfermería. Estos desfases serían los síntomas de un síndrome cuya tendencia nos muestra

cómo día a día se suman otras áreas de la medicina y sus disciplinas auxiliares, tales como neurocirugía o neonatología. Todo lo antedicho nos señala la necesidad prioritaria de diseñar la *red de atención médica* que enhebre los distintos niveles de complejidad.

El otro aspecto del problema reside en la distribución geográfica de los profesionales. A contramano de lo que anuncia el mito, no son médicos los que faltan, sino que éstos están mal distribuidos. En determinadas zonas hay una gravísima ausencia de todo tipo de especialistas, mientras en otras hay una saturación de éstos.

Por otra parte, la capacitación y la formación de quienes trabajan en el área sanitaria también son elementos a contemplar en un proceso de reflexión y reestructuración del campo de la salud nacional. Muchos pueden poner el foco en la parte técnica, pero un determinado aparato médico o un espacio para operaciones, con la inversión adecuada, puede corregirse. ¿Pero se puede "corregir" con la misma celeridad una mala formación profesional?

Para fortalecer la capacidad profesional de un médico y de un auxiliar en salud, lo que se necesita es una estrategia planificada de educación médica continua, que abarque todo el espectro de profesionales del campo sanitario. Esa educación permanente es clave para darle consistencia a este oficio.

Hoy se impone diseñar un "constructo" que soporte la elaboración de una nueva arquitectura organizacional, flexible, dinámica y adaptada al cambio continuo que la profesión experimenta; en definitiva, hay que crear de manera armónica un conjunto de estructuras formadoras y reformadoras de profesionales, que vayan desde las universidades hasta los consejos científicos, y que pauten, sistematicen y protocolicen guías, además de facilitar, regular y acreditar, según "evidencias científicas", el accionar médico.

Debemos enfatizar el rol que tienen que cumplir las universidades. Quienes tienen la responsabilidad de formar profesionales de la salud, deben preguntarse claramente a qué tipo de políticas responden. Y, por lo tanto, a qué modelo de salud pública tributan.

Del mismo modo, a los colegios médicos, tan extendidos por todo el país, les cabe el interrogante ¿a quiénes protegen? Los profesionales y auxiliares de la salud necesitan sentirse realmente acompañados y estimulados por las instituciones que los agrupan y los educan.

El bajo rendimiento de los profesionales de la salud es una fuente importantísima de incidentes sanitarios, por lo que hay que fortalecer saberes y prácticas. A esta tarea de contención y acompañamiento además hay que sumar a las sociedades científicas y a las asociaciones de especialistas.

Cabe también pensar, como una posibilidad, para distritos como la provincia de Buenos Aires, desarrollar tecnicaturas en distintas disciplinas relacionadas con la atención hospitalaria. En ese caso, habría que diseñar alternativas para modificar el marco legal vigente, y habilitar estas nuevas carreras intermedias, necesarias para una mejor distribución de los recursos humanos en salud en un área tan sensible como la bonaerense.

Hay que construir un esquema de proposiciones pedagógicas, que generen mecanismos de continuidad y capacidad para generar respuestas a consultas permanentes y que reviertan esta tendencia regresiva. Hoy no hay área médica que no revele déficit. Las observaciones que contienen estos escritos pueden comprobarse en todas las regiones y se refieren tanto al sector público como al privado. Ninguna zona queda exceptuada de las irracionalidades de un campo sanitario fragmentado en todos estos aspectos.

Distintas políticas erradas y mecanismos inapropiados nos llevaron a esta situación. Ahora, debemos poner el empeño en el desarrollo de estrategias que nos permitan recuperar la capacidad resolutive. Y eso se plasma con programas de acción concreta, estímulos e incentivos participativos y personalizados.

Otro aspecto a tener en cuenta es que resulta imprescindible construir una Agencia de Evaluación de Tecnología Médica, para que mensure, analice y monitoree todo el parque tecnológico relacionado con la asistencia médica. Sirva como ejemplo la necesidad de controlar todo lo vinculado con la radiofísica, con el objetivo de disminuir el impacto de las radiaciones ionizantes generadas por los servicios de radiodiagnóstico en la población o la necesidad de modernizar la

aparatoología utilizada para la diálisis, ya que ésta impacta en su eficiencia biológica de este recurso. Mencionemos que en España existe desde 1994 la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Este ente estatal analiza las implicancias que tendrían la incorporación de nuevas tecnologías en la atención médica, como así también define los criterios de uso apropiado del parque tecnológico ya existente. No debemos olvidar que el empleo de las innovaciones tecnológicas y de la ciencia moderna requieren de una educación superior a fin de evitar un "seudoprogreso" promovido por los negocios y los medios que ellos involucran. No obstante, gracias a la ciencia y sus aplicaciones se están resolviendo problemas que parecían insuperables.

Por último, otra innovación interesante sería la de un "Consejo Científico", plural y participativo. Ese organismo debería establecer cánones de seguridad biológica para todos los establecimientos hospitalarios, y protocolos de evidencia científica, así como también adscribir tareas de vigilancia en la aplicación, modificando los conceptos de "recomendaciones" por el de "normatización".

La realidad sanitaria no se puede estudiar parcelada. Precisamente, analizar el campo de esa manera sería reproducir la misma fragmentación que atraviesa la atención de la salud en la Argentina. Es momento de salir del eclipse e iluminar las partes más oscuras de nuestra realidad sanitaria. □

Ignacio Katz. Doctor en Medicina (UBA). Autor de: "En búsqueda de la Salud Perdida" (EDULP, 2006), "Argentina Hospital, El rostro oscuro de la salud" (Edhasa, 2004). "La Fórmula Sanitaria" (Eudeba, 2003).



FEFARA
Federación Farmacéutica

**Comprometidos con la Mejora Continua
de la Calidad del Servicio Farmacéutico.**

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





Una Maternidad de cara al futuro

Para Galeno, el cierre de 2008 estuvo marcado por el crecimiento y el desarrollo. Es que, durante los últimos días del año, la institución inauguró su nueva Maternidad en la localidad de Quilmes, emplazada sobre la calle Bernardo de Irigoyen y aledaña al cuerpo principal del Sanatorio de

Con el acento puesto en la tecnología y en el diseño de hotelería, Galeno inauguró su nueva Maternidad en el Sanatorio de la Trinidad Quilmes, que brindará seguridad y tranquilidad a sus asociados.



Hall de entrada

la Trinidad de esa localidad. El acto de inauguración contó con la presencia del Dr. Julio Fraomeni y de las principales autoridades de la compañía, quienes acompañaron a todos los presentes en el primer recorrido a lo largo y a lo ancho de las nuevas instalaciones del Sanatorio.

Durante el recorrido por el nuevo sector de maternidad, el sentimiento de satisfacción y orgullo se hizo notar en los responsables de calidad, que se ocuparon personalmente de presentar y abrir las puertas de cada una de las nuevas instalaciones. Ese orgullo, claro está, tiene sus razones: al caminar por los pasillos de la flamante maternidad del Sanatorio de la Trinidad Quilmes, surge la certeza de que todas las maternidades deberían lucir y funcionar como ésta.



Las suites se presentan como espacios amables, preparadas para dar confort y calidez a quien deba pasar por ellas. Munidas con equipos de última generación, las sui-

tes cuentan con camas Stryker y cunas acrílicas Medix. El sector de neonatología también dispone de cunas Medix abiertas, para cirugías, y de incubadoras de avanza-



MEDICAL SYSTEM

LA SOLUCIÓN EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

www.medicalsystem.com.ar

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





Recepción

da. Los respiradores de alta frecuencia, los bilirrubinómetros Billi Check y los innovadores multiparamétricos terminan de delinear uno de los servicios más completos y modernos de la zona Sur y de todo el país.

La Maternidad ha sido pensada especialmente para la mujer – mamá: pone el acento en la relación madre – hijo y apunta a evitar el desarraigo. El fomento de la lactancia materna se da desde el primer día a través de las puericultoras, que fortalecen este vínculo tan fundamental.

El área de recepción, por su parte, no se aleja de esos estándares. Su luminosidad, asegurada por las grandes superficies vidriadas, se suma a su gran amplitud, que hace más comfortable la realización de trámites en la zona del lobby. El área de servicios, que cuenta con baños especialmente diseñados para discapacitados, y el amplio auditorium hacen de la nueva maternidad un espacio totalmente pensado para brindar a los pacientes el máximo de seguridad y tranquilidad.

A la vanguardia en tecnología, la farmacia inteligente está equipada con un flujo laminar, que logra una asepsia total, y ofrece dispensados de unidosis con blisteadoras y mezclas de drogas endovenosas. La farmacia suma también un área administrativa, destinada a oficinas y archivos móviles.

La nueva Maternidad se suma a

una infraestructura que marca la excelencia en su zona. El Sanatorio de la Trinidad de Quilmes, inaugurado en 1980, se caracteriza por su crecimiento y desarrollo constantes. Se ha convertido en el referente de la Zona Sur por su innovador estilo arquitectónico, su equipamiento y su inversión permanente. Cuenta con 135 suites, seis quirófanos y más de 20.000 metros cuadrados, alineados con el Centro de Emergencias más moderno del país. Es

por eso que el Sanatorio se posiciona a la vanguardia profesional, funcional y tecnológica.

Al finalizar el recorrido por la flamante Maternidad, las sonrisas de satisfacción seguían, confirmadas, en cada gesto. Es que se había asistido a la presentación de una Maternidad única, dotada del poder de hacer sentir a gusto a los pacientes a través de las instalaciones hoteleras de última línea y de los equipamientos sanatoriales más sofisticados. □



Farmacia



¿Será por convicción o como último recurso?

Por el Far. Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA.

En FEFARA impulsamos un plan de salud nacional que incluye a los farmacéuticos como los profesionales con mayor aptitud para el manejo de los medicamentos con un contacto permanente e intenso con la población.

Desde hace tiempo estamos aportando al proyecto de elaboración del Sistema Integrado de Salud. El objetivo es avanzar para dar solución a uno de los problemas que tiene la salud pública y privada de la Argentina: la segmentación del financiamiento, de la provisión de servicios, de sus prestadores; lo que genera costos innecesarios.

Este sistema posibilitará una mejor calidad del servicio y una mayor cobertura con los mismos recursos integrando los sectores públicos y privados. Para ello se deberá trabajar en forma conjunta entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos provinciales, municipios, las obras sociales y el Pami.

Los farmacéuticos como institución y a nivel individual tenemos mucho para aportar por la cercanía con la población. Desde la gestión de los medicamentos, con la informatización de las oficinas de farmacia, se trabaja con el fin de distribuir equitativamente los recursos y posibilitar el acceso a los medicamentos para toda la población con una información confiable, objetiva e independiente.

Desde nuestro lugar, la parte del sistema "del medicamento" ya está solucionada, se puede mostrar porque las herramientas de gestión y la informatización, en Fefara, ya están funcionando. Hoy estamos dando la misma atención y servicio a un afiliado de la medicina prepaga como a los

que tienen obras sociales provinciales, e incluso a una parte de la población que tiene seguros provinciales pero no cobertura.

Con el objetivo de seguir trabajando para lograr un sistema de salud unificado Fefara participó en la jornada nacional e internacional que se realizó el pasado lunes 16 de febrero en la ciudad de Santa Fe. Los representantes de la provincia de Santa Fe y autoridades nacionales expusieron y analizaron los alcances y beneficios de contar con un Sistema Integrado de Salud, con el fin de avanzar en el debate.

"La posibilidad de integrar el sistema nos permitirá utilizar mejor los recursos básicamente porque podríamos integrar un sistema de atención y de cobertura", indicó la ministra de Salud de la Nación, Graciela Ocaña y agregó que para lograr este objetivo "es preciso hablar de un acuerdo sociosanitario, que posibilita mayor equidad en el acceso a la salud pública".

"Este sistema posibilitará una mejor calidad del servicio y una mayor cobertura con los mismos recursos integrando los sectores públicos y privados. Para ello se deberá trabajar en forma conjunta entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos provinciales, municipios, las obras sociales y el Pami".

El ministro Miguel A. Cappiello señaló que la intención es generar la construcción, para la Provincia y la Nación, "de un sistema público de salud que sea universal en el acceso a los niveles de asistencia, que sea gratuito, equitativo e integral a los efectos de garantizar la promoción y prevención de la salud, la curación y rehabilitación, y resolviendo cada caso en los niveles de complejidad adecuados".

Creemos que el Ministerio Nacional debe coordinar y articular a los actores del sector para obtener los mejores resultados. Deberá dirigir el cambio del sistema, extendiendo la cobertura e igualando las condiciones de acceso, es decir, lograr igual respuesta para igual necesidad. En segundo lugar ejercer una fuerte regulación de la oferta y de la demanda de los bienes y servicios de salud. El gobierno deberá concentrar sus esfuerzos en monitorear y evaluar estructuras, procesos y resultados de salud entre regiones, provincias y municipios, así como entre los beneficiarios de las distintas obras sociales, y propulsar la forma de reducir las diferencias y alcanzar mayor equidad.

Entendemos que hay que dar discusión sobre un modelo de atención y que todos los financiadores puedan trabajar en una misma mesa. La regulación tiene que ser conveniente para todos, con el eje central en la población. Debemos enfocarnos a conseguir una decisión y determinación política por parte del estado y que los distintos equipos técnicos apoyen y sostengan. Se debe priorizar la salud y no los egoísmos parciales. □



El Gasto en salud creciente, exige nuevas soluciones para la práctica médica

Reporte Económico FAOSDIR ⁽¹⁾

En nuestro país, en 1970, cuando la seguridad social adoptó la fisonomía que tiene actualmente, había 24 millones de habitantes de los cuales apenas el 7% (1,7 millones) tenía más de 65 años. Se calcula que para el 2010 la población de la Argentina llegará a los 40 millones de los cuales el 10% (4,2 millones) serán personas mayores de 65. Dentro de 20 años, cuando el grueso de la fuerza laboral actual esté en edad de jubilarse, los mayores de 65 serán el 13% de una población que llegará a ser de 47 millones de habitantes. Esto es, habrán 6,3 millones de mayores de 65 (Gráfico 1).

También crecen los años de sobrevida. En 1970, sólo el 2% de los mayores de 65 tenía más de 75 años, actualmente es el 4% el que está en esta situación y para el 2030 se espera que sea el 6%. Esto

tiene connotaciones importantes. A mayor edad, las personas consumen más cantidad de prestaciones; con el avance tecnológico, las prestaciones son cada vez más caras; por lo tanto, el envejecimiento hace que se consuman cada vez más prestaciones mucho más caras.

Según datos para EE.UU. obtenidos del New England Journal of Medicine (www.nejm.org/December 4, 2008) se estima que para una población normal la cantidad de consultas promedio ronda las 3,29 por persona/año, pero en el caso de mayores de 65 el número sube a 6,47 y para los mayores de 75 sube a 7,68. Para internaciones, se estiman 55 días por cada 100 personas en el promedio, pero para mayores de 65 son 140 días y para mayores de 75 son 260 días.

Sobre una encuesta informal que

se llevó a cabo entre las instituciones de FAOSDIR se llegó a la conclusión que en la Argentina, donde la tasa de incorporación tecnológica seguramente es menor a la que prevalece en EE.UU., las prestaciones médicas son cada vez más caras. Por ejemplo, los tratamientos quirúrgicos para la enfermedad de Parkinson multiplican el gasto del tratamiento por 20, los stent con drogas cuestan 7 veces más que los stent comunes o el caso del tratamiento moderno para la artritis reumatoide que puede llegar a costar hasta 18 veces más que el convencional.

¿Cuáles son las tendencias en salud para hacer frente a este desafío?

En el tema de tendencias, nunca está dicha la última palabra. Sin embargo, en una reciente publicación del New England Journal of Medicine (September 18, 2008) se discute el tema y se señala que lo que se está observando es un incipiente pero acelerado proceso hacia el concepto de medical homes. Esto es, un diseño de gestión donde el médico de atención primaria toma la responsabilidad de coordinar un equipo de enfermeras, trabajadores sociales y administrativos para administrar la atención médica a poblaciones complejas (ancianos o enfermos crónicos). La remuneración al médico de atención primaria engloba un paquete con pago de honorarios por práctica, reconocimientos por gastos administrativos y de equipamiento, y premios por desempeño.



Los antecedentes más cercanos provienen de los coordinadores de atención (care coordinators). Enfermeras y trabajadoras sociales con experiencia en el cuidado de mayores que asisten a ancianos y proveen prestaciones de baja complejidad en el domicilio. Las evidencias mostraron que esta práctica disminuye las hospitalizaciones y mejora la calidad de vida de los ancianos. Por esto, se empezó a experimentar con grupos administrados por médicos de atención primaria y un rol importante de estos coordinadores de atención. En esta dirección hay programas como el Urban Medical, House Calls en Boston o Just for Us de la Universidad de Duke.

Todavía no hay certezas si este tipo de modalidad de práctica va a aminorar los costos. Las evidencias preliminares muestran, por un lado, que disminuyen las hospitalizaciones y las llamadas a los servicios de emergencias, pero, cuando se mira el impacto en el gasto, al menos hasta ahora surge que el menor gasto por estos conceptos se ve más que compensado por los incrementos de gastos en medicamentos y servicios espe-



ciales domiciliarios. Por ejemplo, en el programa Just for Us, disminuyeron las hospitalizaciones y la atención en emergencia pero el gasto aumentó un 23%. Sin embargo, el "disparador" que lleva a pensar que las tendencias van a ir en esta dirección es que el Congreso de EE.UU. ha ordenado a Medicare implementar un programa piloto durante 3 años en ocho esta-

dos para observar sus resultados. En la Argentina se debería comenzar a seguir, analizar y discutir estos temas que son primordiales y prominentes en la agenda estructural del largo plazo. □

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

Obra Social
de Actividades
Empresarias

la opción de cambio

Montevideo 373, 4° piso

CI019ABG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

(011) 4010-OSIM

(6746)

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



Jornadas de Calidad y Acreditación en Salud: El panorama desde diversos ángulos

Las Jornadas de Calidad y Acreditación realizadas por el CENAS y la CIDCAM dejaron grandes expectativas sobre el presente y el futuro de la gestión de la calidad, la acreditación y la seguridad del paciente. Tanto en el gobierno como las instituciones civiles relacionadas con el tema, los establecimientos de salud y la seguridad social están haciendo foco en la calidad de la salud y de la gestión de sus instituciones para la mejora de la atención de la población.

La III Jornada Nacional y la II Internacional de Calidad y Acreditación en Salud comenzaron con unas palabras de bienvenida del Dr. Héctor Vazzano, Presidente de CIDCAM (Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica). En el Salón del Hotel Castelar de la ciudad de Buenos Aires había más de 150 personas congregadas.

En su discurso, Vazzano destacó la necesidad de las instituciones evaluadoras y acreditadoras de sumar recursos humanos capacita-

dos para poder abastecer la creciente demanda de su asesoramiento. "Es muy importante poder contar con profesionales de la salud interesados en el tema de la evaluación de establecimientos de salud. Junto a Femecon (Federación Médica del Conurbano) y el CENAS (Centro Especializado en Normalización y Acreditación en Salud) hicimos el primer curso de evaluadores este año y el que viene haremos otro. Realmente necesitamos que más personas se sumen a esta iniciativa", contó.

Inmediatamente comenzó la disertación de Analía Amarilla, representante de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, quien inauguró el panel sobre las Políticas Institucionales en Seguridad y Calidad en Salud.

Amarilla explicó que el Ministerio de Salud está posicionando su mirada transversalmente sobre cuatro variables que intervienen en la seguridad y la inclusión de los pacientes al sistema sanitario: la estructura física, los recursos humanos, los procesos y los resultados.

En base a estas variables, la dirección que Amarilla tiene a su cargo está avanzando sobre la seguridad del paciente. "Estamos instaurando el tema a través de referentes provinciales de calidad, capacitando, proveyendo de herramientas para el diagnóstico de situación y la gestión de los riesgos, y promoviendo la investigación", explicó. La Argentina ha adherido a todos los retos mundiales de la Organización Mundial de la Salud y es el único país en donde se ha incluido al paciente en la Comisión Nacional de Seguridad de los Pacientes.

El Decano de la Universidad Nacional de La Plata



Mesa de políticas sobre calidad y acreditación en salud.

(UNLP), Dr. Jorge Martínez, se refirió a continuación a la carrera de Especialista en Calidad y Auditoría Médica que está en marcha en su institución. "El objetivo es capacitar a los profesionales médicos en la teoría y práctica de la definición, el desarrollo, evaluación y auditoría de programas, actividades y procesos orientados a la calidad médica y seguridad del paciente", explicó Martínez.

El cierre del panel estuvo a cargo del Académico Prof. Dr. Abraham Sonis, Presidente Honorario de estas Jornadas. Hoy si vemos lo que se está investigando notaremos que la seguridad y la equidad, ambas, forman parte de la calidad. Un estudio de Estado Unidos llamado *Cruzando el abismo de la calidad*, dice: "Mantener el mismo crecimiento tecnológico y disminuir el despilfarro por errores". Sonis amplió el concepto: "Poseer excelentes equipos y tecnología de avanzada no es sinónimo de calidad, al contrario en muchos casos esto complica a las instituciones en el aspecto económico. La calidad se obtiene dando lo mejor que podemos dar



Representantes de establecimientos acreditados contaron sus experiencias.

en las circunstancias y con los recursos que disponemos".

Por otro lado, Sonis explicó que la calidad debe ser abordada desde los tres niveles de la salud: el nivel micro (la atención individual del paciente), el nivel meso (institucional, de estructura) y el nivel macro (las políticas de salud que exceden a los profesionales de la salud). En cada uno hay distintas responsabilidades, pero todas se conjugan para alcanzar la garantía de la calidad.

Además, Sonis se refirió a la ausencia del paciente en la determinación de la calidad de atención. "Se han desarrollado actividades al respecto, pero no es fácil porque ellos no coinciden sobre qué es calidad de atención: para el paciente ambulatorio es el conocimiento técnico; para el internado, el aspecto humano. Pero de acuerdo a las diversas responsabilidades, puede incluirse al paciente en la definición de ese concepto", indicó.





SOCODUS

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.

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

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





El Dr. José María Paganini clausurando las jornadas.

El Dr. Ignacio Szapira fue el responsable de la conferencia sobre el Observatorio Internacional de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, un programa que se está llevando adelante junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde 2006. "Este Observatorio surgió por la necesidad de conocer las iniciativas sobre calidad y seguridad del paciente en América. Queríamos detectar oportunidades, fortalezas, debilidades y crear un glosario sobre calidad", explicó Szapira.

Para poder realizar la relevación de información, se investigó cuáles eran las instituciones e iniciativas sobre calidad y seguridad de los países de la región de las Américas y se realizaron encuestas en clínicas, sanatorios y hospitales de esos países. Para ello se detectaron los informantes claves, expertos en el tema en estos países, con los cuales se realizaron los correspondientes contactos para confeccionar la base de datos con las informaciones.

El estudio reveló ciertos aspectos comunes en los países analizados. En todos hay un marcado interés gubernamental en la Calidad y Seguridad del paciente, la evaluación externa habitante suele ser obligatoria para los establecimientos privados, pero no para los públicos, mientras que la evaluación sobre calidad es voluntaria; y hay un marcado interés en capacitar a los recursos humanos en el tema. "Esto probablemente se deba a que la OPS cumple un rol protagónico en la región y las políticas se alinean en base a sus propuestas", explicó Szapira.

EL ESTADO ACTUAL DE LOS PROCESOS DE AUTOEVALUACION Y ACREDITACION

Vazzano coordinó la mesa que inauguró el Dr. Pablo Binaghi (CID-CAM), quien contó que "evidentemente algo dificulta el paso del decir a la acción: en la primera etapa de la Autoevaluación Participativa Estructurada Calidad (APEC), se inscribieron 2.002 establecimientos. De esos, sólo 20 llegaron a la certificación n° V".

A pesar de ello, la cantidad de establecimientos que poco a poco llegan al certificado V ha crecido un 11% entre 2006 y 2008. "Esto nos indica que aunque queda mucho por hacer, es evidente que la tendencia está cambiando", concluyó Binaghi.

La situación en cuanto a la acreditación de los laboratorios químicos, que cuentan con el programa PAL de acreditación desde 1994, es diferente. El Dr. Carlos Peruzzetto (Fundación Bioquímica Argentina) indicó que actualmente, más de mil de los 1.599 laboratorios que hay en el país están acreditados.

A su turno al Dr. Ignacio Szapira (CENAS) explicó qué es lo que acredita exactamente el Centro que representa. "En el caso del CENAS, al igual que la FBA, nuestra acreditación garantiza que el establecimiento hace su mayor esfuerzo para alcanzar la mejor calidad de atención médica", dijo.

Hasta el momento, el CENAS acreditó a 28 establecimientos de diversos puntos del país: 16 de la provincia de Buenos Aires, 4 en Tucumán, 1 en Entre Ríos y 7 en Misiones. En este momento en la

etapa de autoevaluación, capacitación y preparación para la acreditación están trabajando 9 establecimientos en la provincia de Tucumán, 3 en Entre Ríos, 8 en Misiones, 7 en San Juan, 1 en Santiago del Estero y otro en La Pampa.

EL ROL DE LOS ORGANISMOS FINANCIADORES

Gustavo Mammoni, presidente de Confecelis, introdujo la mesa: "La calidad de la atención médica es una adecuación ética permanente a las necesidades del paciente. Esas necesidades deben ser siempre nuestro objetivo. Esto significa que si empezamos a plantear el sistema a partir del dinero con el que contamos, empezamos mal. El tema empieza en la necesidad del paciente, de allí sale el modelo asistencial, el contractual y por último, el financiero. Esto es muy importante para la calidad y la seguridad del paciente".

A continuación el Dr. Mauricio Klajman, Director Médico Nacional de la Obra Social de Televisión, contó que al llegar a la obra social junto a su equipo decidió destacarse de la competencia a partir de la calidad de las prestaciones que le acercaban a sus afiliados. "Para ello, primero tuvimos que cambiar nosotros", explicó. Hoy en día la Obra Social de Televisión promueve la acreditación de las obras sociales por medio de un sistema de premiación a la calidad.

Luego fue el turno de Antonio Lascaleia, vicepresidente de IOMA, quien aseguró que el Instituto está analizando verificar su estructura, sus procesos y sus resultados para poder garantizarle a sus afiliados una mejor atención. Para ello tienen previsto sumarse a el proceso de acreditación con el CENAS (PAIFIS).

LA EXPERIENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS ACREDITADOS Y EN PROCESO DE ACREDITACION

Representantes de clínicas y sanatorios de diversos puntos del país acreditados o que están en proceso de acreditación fueron los últimos oradores de las Jornadas. Cada uno contó cómo había vivido o está viviendo su institución la implementación del programa de autoevaluación y acreditación de los servicios que brindan.

La Lic. Silvia Pérez, de la Clínica 9 de julio (San Miguel de Tucumán), dijo que inicialmente no le creyó al Dr. Szapira cuando les dijo que los problemas que encontrarán se convertirían en "perlas", en la base del cambio. "Pero así fue. Hoy todo lo hacemos mucho mejor. Y sobre todo mejoramos la comunicación institucional y la relación con nuestros pacientes y sus familiares", contó.

El Dr. Juan Carlos Staltari, de la Clínica Colón (Mar del Plata) coincidió con Pérez: "la base del cambio de su establecimiento de salud fue conocer los errores que estábamos cometiendo, no teníamos protocolos ni guías, y no terminábamos de entender la importancia del rol que cumplían nuestros recursos humanos en el establecimiento".

Por su parte el Dr. Enrique Ortiz, de la Clínica IPENSA (La Plata), opinó que "la autoevaluación implica un cambio cultural profundo. La mejora de la calidad debe ser consensuada por todos", En ese sentido, El Dr. Delfín Lugones Gorriti, del Sanatorio 9 de Julio (Santiago del Estero) contó que inicialmente no habían incluido a todo el personal: "Fue un

error, porque aparecieron rumores, reticencias, temores. Cuando nos dimos cuenta, abrimos las puertas del programa y todo continuó mejor".

A su turno, el Dr. Alberto Lauría, del Sanatorio San Carlos (Buenos Aires) aseguró que lo más importante que les dejó la experiencia fue "descubrir el grado de compromiso que el personal tiene con el establecimiento". El Dr. Jorge Bongiovanni, de la Clínica Espora (Buenos Aires) también destacó la actitud proactiva de los integrantes de su establecimiento. "El día de la evaluación externa, todos los empleados estaban esperando ansiosamente poder demostrar lo que habían hecho", agregó.

El Sanatorio La Entrerriana (Entre Ríos), había comenzado el proceso de acreditación en 2006. "Pero no nos sentíamos seguros y lo abandonamos", contó la Lic. Silvia D'Agostino. Dos años después y luego de haber realizado cambios edilicios, de procedimientos, y en cuanto a la seguridad de los pacientes, empleados y demás personas que visitan el establecimiento, retomaron su compromiso. "Contratamos un coach externo que nos

ayudó a organizarnos y a cumplir con los plazos y logramos integrar todos los esfuerzos que habíamos realizado", contó D'Agostino.

El cierre de las Jornadas estuvo a cargo del presidente del CENAS, Dr. José María Paganini. "Estamos trabajando en el camino correcto, con evidencia científica de diversas disciplinas: administrativas, políticas, médicas, de sistemas de información, etc. Me voy de este encuentro entusiasmado por todo lo expuesto en las mesas, tenemos un diálogo común y ganas por mejorar", dijo.

A continuación, Paganini planteó la pregunta "¿Por qué estas iniciativas no se expanden en el sector?", a la que respondió inmediatamente: "Creo que hay apatía, falta responsabilidad institucional y estatal. Además, siempre creemos que debe existir una sola estrategia, pero para lograr la equidad y la salud colectiva hay tantas como problemas a resolver. La autoevaluación y la acreditación son las que nos ayudarán a resolver los problemas de calidad. Estamos en el buen camino, pero limitados porque el país no le da al sector salud lo que debe para desarrollarse más", concluyó. □

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





Historia de la demanda de salud

Por Federico Tobar

Aunque el concepto de demanda es muy claro y conocido en prácticamente todos los mercados, en salud se ha prestado a confusiones mayores. Por un lado, a los profesionales de la salud les costó mucho tiempo y esfuerzo imponer su visión de los problemas de salud. Aquello que hoy llamamos "modelo médico-hegemónico" no es un orden natural sino el resultado de siglos de batalla de los médicos contra el orden social y político imperante que durante muchos años fue represor de la medicina.

En la Edad Antigua fueron pocos los médicos que consiguieron prestigio. El arte de curar era un oficio muy peligroso en casi todas las sociedades. El Código de Hammurabi, por ejemplo, establecía el derecho del damnificado a generar al médico el mismo mal que éste no curó en su "paciente" (aunque en realidad el empleo de este término resultaría totalmente incorrecto). Esto significa que si el paciente perdía un miembro debería amputársele el mismo también al médico.

En la Edad Media, mientras la medicina avanzaba en el Asia Menor - fundamentalmente de la mano del maestro Ibn Sina (también conocido como Avicena) - en Europa se restringía a la prácticas de amputaciones, extracciones de dientes y sangrías. Antes que un modelo de atención centrado en la curación regía un modelo higienista. El Estado fijaba "necesidades" de salud pública, pero no existía la noción de demanda por bienes y servicios de salud. Por el contrario, las acciones de salud operaban como una policía médica que imponía su voluntad contra la de la población. En Roma, por ejemplo, la inspección irrumpía en los hogares e incautaba alimentos "insanos" y hasta se fijaban cuotas para ingerir grasas y bebidas.

La noción de *necesidad* surge de la mano de un sanitarismo que fue anterior a la figura del médico como profesional liberal que vende servicios. En los periódicos y revistas de principios del siglo XX se satirizaba su imagen mostrando cómo forzaban a la gente a vacunarse y realizar controles y diagnósticos.

Este concepto de necesidad era aún muy sesgado. Antes de la Revolución Industrial se pensaba que las influencias ambientales y climáticas eran los condicionantes más importantes de las necesidades de salud. Sólo a mediados del siglo XVIII, en Inglaterra primero y luego en Francia y Alemania, se comenzó a percibir la importancia del ambiente socioeconómico en la distribución de las enfermedades.

Hasta la década del setenta la oferta de servicios de salud era programada sobre la base de criterios de necesidad establecidos por los sanitarios. Circulaban tablas que establecían la oferta de forma normativa. Así se determinaba la cantidad de médicos, de camas, de enfermeros y otros profesionales que debía haber cada tantos habitantes. El gasto sanitario se expandía porque se había impuesto la definición de que era necesario ampliar las acciones de salud hasta alcanzar la oferta adecuada para satisfacer las necesidades de

salud de la población. Una vez que esto se hubiere logrado, la gente sería más sana y entonces las acciones y el gasto podrían llegar a contraerse.

Sin embargo, las acciones y el gasto nunca se pudieron reducir. Porque la oferta de bienes y servicios de salud programados sobre la base de criterios de necesidad generó la "*necesidad sentida*". Es decir la toma de conciencia del estado mórbido por parte de la población. La gente comenzó a confiar en el sistema de salud y sus profesionales. Junto a este crédito otorgado al sistema surge la esperanza de curarse que impulsa la decisión de querer consumir bienes y servicios. El individuo primero quiere curarse o que al menos desaparezcan los síntomas, luego quiere minimizar el dolor y por último quiere más que eso, quiere ser mejor que antes de enfermar, quiere ser más joven, más sano y más lindo.

De la *necesidad sentida* por paciente se pasa a la *demanda* de un consumidor "impaciente" cuya satisfacción es cada vez más difícil de lograr. En algunos grupos poblacionales la demanda se divorcia de la necesidad.

¿DE QUE DEPENDE LA DEMANDA EN SALUD?

En términos generales se plantea que la demanda por un bien determinado es función de las preferencias de sus potenciales consumidores por el mismo y fundamentalmente del precio con que es ofrecido en el mercado. Sin embargo, en salud esto es menos verdad que en cualquier otro mercado. Kenneth Arrow planteaba en un célebre artículo de 1963 que "los mecanismos habituales por los cuales los mercados aseguran cantidades y calidades de los productos no tienen grandes implicaciones en el sector salud". Los mercados de salud presentan morfologías y dinámicas complejas.

Por el lado de la oferta, el lucro no es por sí solo un motivo adecuado para explicar el "mercado" de la salud como lo es para otros tipos de bienes y servicios, dado que hay un gran número de instituciones públicas y privadas sin fines de lucro que prestan servicios de salud. Como tales servicios no pueden tener un precio *a priori* definido en el mercado, se torna difícil medir las preferencias de los consumidores por ellos.

Por el lado de la demanda, los consumidores no son libres para elegir entre los servicios de salud y otros bienes a través de un proceso de "elección racional", en muchos casos hay una necesidad que impulsa dicho consumo. Por lo tanto se trata de un consumo que no es previsible y ocurre en situaciones de fuerte contenido emocional-psicológico. Además del consumidor final quien determinará qué tipo de bienes y servicios serán consumidos es el médico un consumidor instrumental que prescribe o indica dicho consumo.

COMPONENTES SUBJETIVOS Y OBJETIVOS DE LA DEMANDA EN SALUD

La demanda de salud tiene entonces componentes subjetivos y objetivos. Entre los primeros se destaca la *necesidad sentida* que es función de la confianza del

individuo en que el sistema y sus agentes pueden mejorar su salud. Por el otro de factores psicosociales y culturales. De hecho las mujeres en todo el mundo consumen más servicios de salud que los hombres. Además el consumo aumenta de forma proporcional al nivel de instrucción.

Llamamos determinantes objetivos de la demanda a factores como las características demográficas de la población, la situación epidemiológica y, por otro lado, la oferta pública o de la seguridad social. Con respecto a los factores demográficos cabe observar que el crecimiento y el envejecimiento de la población involucra una redefinición de las necesidades y un aumento de la demanda de la población. Las curvas de consumo en función de la edad muestran un aumento continuo a partir de los 40 años. Por este motivo, a medida que la esperanza de vida al nacer para un pueblo se extiende, también lo hace la demanda por servicios sanitarios. Esta demanda cambia en composición y en cantidad.

Un ejemplo concreto es la marcada tendencia de las mujeres europeas (que también se registra aunque en proporciones mucho menores en los países del Conosur) a postergar la maternidad hasta después de los 35 años. Las dificultades de la concepción y gestación, así como los riesgos de malformaciones se incrementan notablemente; por este motivo los cuidados de la embarazada se multiplican cada año.

Relacionada con la estructura demográfica está la situación epidemiológica de la población. Los países desarrollados generalmente han atravesado la denominada transición epidemiológica lo que implica que las patologías más prevalentes son crónico-degenerativas. Mientras tanto, en los países en desarrollo que aún no han atravesado dicha transición predominan aún las enfermedades infecto-contagiosas, los cuadros de sub y desnutri-

ción registran incidencia de enfermedades que ya habían sido prácticamente erradicadas en el primer mundo. En los países que se encuentran atravesando un período epidemiológico, se encuentra un cuadro combinado en el cual se registran pesos relativos similares en la prevalencia de enfermedades del primer y tercer mundo.

Pero en compensación, con la urbanización crece asociada a las denominadas "enfermedades sociales", algunas adicciones que son relativamente toleradas por la sociedad como el tabaquismo y el alcoholismo, otras como la drogadicción que aún siendo penalizada en casi todo el mundo es una enfermedad fuertemente impulsada por los hombres. Además, las patologías nuevas de alto costo como el Sida y la mayor incidencia de patologías antiguas como la depresión.

Otro factor condicionante de la demanda es la tecnología asistencial. La tecnología es considerada un factor sociocultural, y no organizacional, que influencia la utilización de servicios. En algunos casos contribuye a disminuir la utilización, reduciendo los niveles de enfermedad o la necesidad de cuidados médicos. Pero en otros casos la oferta induce su propia demanda, entonces lejos de haber una saturación del mercado a mayor oferta mayor demanda.

Otro factor que influye sobre la demanda en salud es la forma de cómo está organizado el sistema de salud, el modelo de atención, los niveles de accesibilidad geográfica, cultural y económica. Por este motivo, las políticas de regulación de los sistemas y servicios de salud actúan también (aunque indirectamente) sobre la demanda de bienes y servicios de salud. □

ARROW, Kenneth. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *The American Economic Review*, 5: 941-73. 1963.



INTELLEXIS

Conducen

Dr. Guillermo Capuya

Prof. Guillermo García Caliendo

jueves 19 hs.

intellexis@fibertel.com.ar



“Un buen hombre”

El 31 de diciembre pasado, en la ciudad de Posadas, Misiones, falleció el Dr. Juan Antonio Larzábal, destacadísimo representante del sector Salud nacional e internacional.



El Dr. Larzábal junto al presidente de entidades nacionales, latinoamericanas y europeas, durante el Congreso Salud: Crisis y Reforma del 2006.

Larzábal inició sus actividades en el sector de la salud como empresario y dirigente de la provincia de Misiones. Como tal, fue delegado ante la Confederación Argentina de Clínicas Sanatorias y

Hospitales (CONFECLISA), donde llegó a integrar su Comité Ejecutivo.

En 2002, Larzábal fue nombrado presidente de la CAES y de esa forma se convirtió en el primer dirigente del

interior en ocupar el cargo de mayor nivel. Además, fue vicepresidente del Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS) y miembro del directorio de la Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.

Por otro lado, fue delegado ante la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington. La última reunión de Ministros de la que participó fue en setiembre de 2008, cuando le informó a la Directora General de la OPS, la Dra. Mirtha Roses, sobre la consolidación del Congreso Internacional Salud: Crisis y Reforma en su 14ª realización.

Larzábal fue miembro activo de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud (OIPSS) con sede en Madrid, España, y participó como conferencista, organizador y coordinador en los eventos internacionales que realizó la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) en distintas partes del mundo.

Fuera del protocolo debemos decir que Larzábal fue para nosotros el querido Juan, un hombre con extraordinaria laboriosidad y una excepcional bonhomía. Supo ser un

Uno de sus grandes méritos fue trabajar en pos de la integración de los recursos privados y estatales de la salud, especialmente en su provincia, pero siempre con la intención de difundir sus esfuerzos a nivel nacional.



El Dr. Larzábal recibió el premio Gorman de manos del Presidente de la Comunidad Argentina Salud, Norberto Larroca, y del entonces ministro de Salud de la Nación, Ginés González García.



Dr. Juan Antonio Larzábal

hombre simple que llegó al corazón de los seres más encumbrados, como también al personal de todas las instituciones que frecuentó. No cabe duda que, como decía él últimamente -tal vez haciendo un balance de su propia vida- que ha sido **"un buen hombre"**.

Una muestra de ello fue el merecidísimo premio Gorman que recibió en 2005, durante la cena habitual del Congreso Salud: Crisis y Reforma. Como cierre, exponemos el agrade-

cimiento que en aquel momento dedicó a los actores del sector:

"Me siento muy honrado y agradecido por la distinción. Me llena de orgullo, y quiero acercar mi reconocimiento a todos los que estimularon mi carrera profesional y de dirigente. Hace 40 años empecé a trabajar como médico, fui el primer profesional de una familia de inmigrantes. Poco después ingresé a trabajar a un sanatorio, y como socio ayudé a construir una de las

Su accionar y forma de encarar las actividades en el sector de la salud lo llevaron a ser un hombre reconocido por sus pares, dirigentes y amigos.

tantas pymes al servicio de la gente poniendo algunos ahorros y mucha dedicación.

Por esa época conocí a Norberto Larroca, quien me aconsejó comprar acciones y reunir voluntades si quería manejar exitosamente el destino del sanatorio. Eso hicimos y triplicamos la estructura y la complejizamos. Así empezamos a formar la Asociación de Clínicas de Misiones y comencé a vivir de una nueva manera la salud: proyectando siempre el futuro con tecnología y bajo un modelo sanitario donde los recursos son bien administrados. Poco a poco me fui convirtiendo en el representante del sector en las discusiones paritarias y también en distintas actividades a nivel nacional e internacional que me permitieron ganar la confianza del sector.

En estos años hemos podido administrar los recursos con eficiencia y también desarrollar conceptos de calidad, de categorización y de acreditación a través del CENAS, y esto lo hemos logrado con un fuerte trabajo desde las provincias y también desde la CONFELISA". □

UN PASO ADELANTE EN SOLUCIONES INTEGRALES PARA LA SALUD

Administración de
Redes Farmacéuticas

Auditoría Automatizada
de Medicamentos

Uso Racional
de Medicamentos

Estudios de
Farmacoeconomía

Centro de Cronicidad

- Control y Seguimiento
de Pacientes Crónicos
- Programas de Prevención

Profesionalismo

Innovación


Admifarm Group
Sistemas Globales de Salud

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



Perspectivas y desafíos para América latina

Integrante de la Asociación de Economía de la Salud de España y de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid, el Dr. José Manuel Freire expone acerca de los desafíos que la universalización y el aseguramiento implican para los sistemas sanitarios de América latina, a la vez que presenta los aspectos claves para el financiamiento en el sector salud.

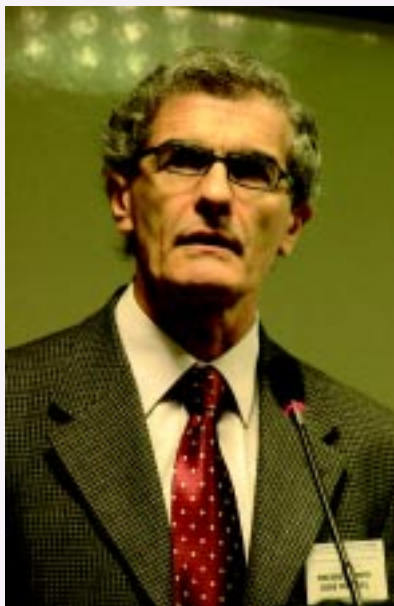
Convocado por la Asociación de Economía de la Salud (AES) para formar parte de las XVII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud de Argentina, que tuvieron lugar en Buenos Aires el año pasado, el doctor José Manuel Freire destacó en su presentación la problemática que la universalización y el aseguramiento conllevan para los sistemas de salud de los países latinoamericanos.

Las jornadas centraron como eje temático el impacto de los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos en el sistema de salud, Freire participó en las etapas finales de la universalización del sistema sanitario español, por lo que aclara que abordar dicho tema resulta por demás complejo "en primer lugar por evitar decir lo obvio y, en segundo lugar, por la propia complejidad de las cuestiones que involucra".

Fiel a su propósito de "provocar debate, intercambiar experiencias, y mostrar mi visión acerca de cómo algunas de estas cosas nos han sido útiles en Europa y, más específicamente, en España", Freire sintetizó sus conclusiones destacando, que el objetivo de la protección social en salud es político y que responde a valores de justicia social, equidad y solidaridad. A la vez, enfatizó el hecho de que "la eficiencia en el sistema de salud depende críticamente de un buen gobierno, que a su vez implica el desempeño adecuado de sus funciones, la eficiencia en el sector público y la buena gestión de la asignación de recursos".

UNIVERSALIZACION Y PROTECCION SOCIAL

El representante de la AES española revisó los principales objeti-



vos de un sistema de salud que, según él, son lograr ser universal, equitativo, seguro y efectivo, estar centrado en los pacientes y alcanzar la eficiencia.

Asimismo, formuló una serie

de preguntas fundamentales: "En cuanto a la universalización o a la cobertura universal, hay muchas cosas que no están claras todavía; la propia expresión "cobertura universal", ¿qué significa? ¿Hablamos de cobertura efectiva, de real acceso a los servicios? ¿O sencillamente hablamos de cobertura nominal, buen conocimiento de un derecho que luego no tiene ningún valor práctico?" Estas problemáticas llevan a Freire a reflexionar acerca del concepto, tan necesario, de protección social: "Yo prefiero hablar de protección social universal en salud porque, además de tener en cuenta a la cobertura universal, añade el componente de proteger a los ciudadanos del riesgo financiero cuando la gente, o los enfermos, no tienen ingresos."

En referencia a las cuestiones que atañen a la universalización, Freire reitera las complejidades políticas de la cuestión. La universalización, explica, descansa sobre valores, por lo que, si no hay una unidad en lo que respecta a esos

Objetivo: Un buen Sistema de Salud

- **Universal y Equitativo** - financiado con solidaridad y equidad, acceso basado en la necesidad médica; de igual calidad sea cual fuese la clase social, lugar de residencia, sexo, edad, estatus, etc.
- **Seguro** - sin accidentes ni reacciones adversas.
- **Efectivo** - Con MBE que ofrece lo que es beneficioso para el paciente, no lo que no lo es; evita sobre infrautilización.
- **Centrado en el paciente** - atendiendo a sus preferencias, necesidades y valores.
- **A tiempo** - reduce al mínimo esperas y retrasos.
- **Eficiente** - evita despilfarro de equipos, suministros, ideas y energías.

valores, no resultaría posible discutir la universalización: "Toda la economía política de la protección social depende de valores y, si no estamos de acuerdo con los valores cuestionados, no tiene sentido hablar de esto; en este sentido, es un problema político".

De cara a los desafíos económicos y políticos que un programa de universalización del sistema sanitario implica, el doctor se preguntó, concretamente, cuáles son las diferentes vías para alcanzar ese objetivo y cómo se pueden encarar esas opciones en los países que todavía carecen de un sistema universalizado. "Hablar de esto es hablar de una realidad totalmente familiar aquí en América latina. El objetivo es la solidaridad; aquí se plantean cuestiones sociales de gran talante", añadió.

LAS PERSPECTIVAS POLITICAS E HISTORICAS

La universalización de los sistemas de salud, aclara Freire, también está determinada por las circunstancias históricas y políticas de los países y sus gobiernos. El doctor comentó el caso de Gran Bretaña que, "terminada la guerra mundial, se regaló a sí misma un sistema de servicio nacional de salud". La pregunta es, sin embargo, cómo hacer para lograr la universalización en los países en los que estas circunstancias históricas no están dadas: "Si aspiramos a un futuro de cobertura universal igual para todos, en base a valores de equidad de justicia social y solidaridad, ¿cómo planteamos el camino hasta llegar allá?"

En este sentido, enfatiza Freire, los puntos clave en política de salud son indudables e indiscutibles: la salud pública, la protección en salud, la cobertura en términos de financiación de los servicios, el rol fundamental del Estado. Según Freire, resulta fundamental reforzar el concepto de universalización con el de protección social de la salud,



"ya que esto nos lleva a un territorio más amplio que lo sanitario, que involucra un desarrollo humano, económico, social, términos íntimamente ligados a la política. El Estado debe estar en donde confluye el desarrollo económico con los valores ligados a la democracia y a la idea de justicia social".

Uno de los postulados de Freire que más llegada observa en países como el nuestro es que "no hay que ser un país rico para generar y desarrollar un buen sistema de salud universal". Es que, explica Freire, al implantar un sistema de salud organizado suele darse un círculo de retroalimentación: "Cuando hay acceso a los servicios y protección económica financiera, aumenta el sector salud y aumenta la protección laboral; cuando tal cosa sucede, aumentan los recursos del sistema de salud".

EL ROL DEL ESTADO EN LA FINANCIACION

El papel del Estado, postula el doctor, se vuelve fundamental en lo que a la financiación de los sistemas de salud se refiere. Las funciones de la financiación sanitaria son

la recaudación de dinero, el aseguramiento de la creación de fondos comunes para atender a la población y la asignación de fondos a los proveedores de los servicios. Es por eso que, según Freire, "El origen del dinero para los servicios de salud es la clave de su éxito o fracaso en garantizar el acceso universal, y tiene una importancia crucial para su eficiencia, equidad y sostenibilidad". Es en este sentido que la financiación pública resulta fundamental: "Cuanto más importante sea el gasto público, mayor es la redistribución del sistema de salud ya que el gasto público en salud es progresivo: los sectores más pobres lo reciben en una mayor proporción".

Ese es el caso de lo que ocurre, señala Freire, en los países más desarrollados, donde el 40% de las riquezas están en manos del Estado, y donde un tercio de ese porcentaje se destina a gasto social, como salud, educación y protección social. Es la forma de financiar la salud, volvió a subrayar, lo que realmente importa: "Si la pagamos del bolsillo, tendremos desigualdad, miseria y pobreza; si la pagamos del sector privado, nos aseguramos todo tipo de problemas; las únicas fuentes dignas de ser tenidas en cuenta a la hora de plantear políticas públicas de cobertura son las financiaciones públicas". Este tipo de financiación asegura la posibilidad de integrar al sistema sanitario políticas de solidaridad y de acceso a los servicios.

EL CASO DE AMERICA LATINA Y LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA

Si bien todos los países de Latinoamérica reconocen el derecho universal a la salud, las cifras indican que un 27% de la población de la región carece de acceso estable a los servicios básicos de salud. En este sentido, advierte Freire, el



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

Claves de la Financiación Pública

- Prioridad primera: eliminar por todos los medios los pagos directos (de bolsillo):
 - Evitar los copagos de los pacientes, donde existan o sean inevitables basarlos en capacidad de pago;
- Aumentar el espacio fiscal, desarrollando sistemas públicos de financiación y aseguramiento;
 - Obtener los recursos suficientes para cubrir las necesidades y los compromisos del aseguramiento;
- Evitar la fragmentación para lograr el mejor pool de riesgos y eficiencia;
- Basar las contribuciones en la capacidad de pago, haciendo explícitos los valores de equidad y solidaridad de los sistemas públicos;
- Organizar sistemas de financiación sostenibles por su diseño y funcionamiento (asegurar pago de cuotas e impuestos, perseguir el fraude) y buscar la satisfacción de los contribuyentes.
- Eficiencia: Buscar la eficiencia (médica y organizativa) del sistema de salud:
 - Basándolo en la Atención Primaria (médico de cabecera).
 - Utilizando mecanismos de buen gobierno (gestión democrática, transparencia, rendición de cuentas, etc.) para garantizar efectividad, calidad y eficiencia en el conjunto del sistema.

marco legal dista de la realidad concreta.

En relación a los datos económicos de la zona, Freire repasó la estructuración de la cobertura social en salud de Latinoamérica. En general, destaca, en estos países existen subsistemas: "Estos subsistemas se caracterizan por tender a un sector social diferente y por tener, cada uno, su propia financiación", especificó el doctor. Las redes públicas de salud, por respetar los marcos legales, cubren, teóricamente, al 100% de la población aunque, reflexiona Freire, "en la realidad no cubren a ese total, sino sólo a algunos". Por otro lado, está la porción de los ciudadanos que tiene acceso a la seguridad social y, por otro, el porcentaje que posee seguridad social privada y que, además, también puede acceder al sistema público. Integrar los subsistemas, para así salir del modelo fragmentario, puede, según Freire, traer muchas ventajas, tanto en materia de financiación como en lo que hace a la provisión.

"Esto habla de la desigualdad social: hay grupos sociales con necesidades muy diferentes",

destacó Freire. Es por eso que resulta importante visualizar las diferentes formas de abordar el problema de los recursos para la salud. Según el doctor, la financiación de bolsillo queda descartada como opción viable. El segundo camino sería el de un modelo de pluralismo estructurado o de universalismo selectivo que, según Freire, "no es un camino recomendable". La tercera vía sería la adopción de un sistema nacional de salud con financiación estatal, como ocurre en Brasil o Cuba. El caso de Costa Rica ilustraría un modelo que tiende a la seguridad social universal, mientras que los países con menos recursos poseen seguros comunitarios de salud.

La experiencia del modelo universalizado que se ha logrado en España puede servir como ejemplo de las dificultades que tal implementación puede conllevar. "Hablando de España, distamos aún de poseer un sistema ideal; somos más argentinos que suecos en este sentido: no tenemos todavía un sistema que cubra a todos los españoles por igual. Pero en nuestro camino hacia ello hay cosas que se pueden destacar". Entre estos pun-

tos a destacar se encuentra el hecho de que el sistema español está basado en el médico de cabecera y de que posee una planificación territorial y poblacional coordinada. "En definitiva, lo que hicimos en España es, de tener un sistema no muy diferente al típico de América latina, pasamos a tener un sistema de este estilo, universalizado".

Como parte de sus conclusiones, Freire sintetiza su visión acerca de la problemática de los sistemas de salud de Latinoamérica: "Lo que tienen ustedes hoy es un sistema fragmentado. Hay pocas alternativas para desarrollar un buen sistema de seguridad social. No estamos hablando únicamente de cobertura universal en salud, sino de protección social, y esto es muy difícil en países con economías de tipo de ingresos medio. En cuestión de salud, si tuvieras que dejarles un mensaje, serían dos cosas: en primer lugar, basarse en médicos de cabecera, en todos los niveles. En segundo lugar, no pagar a los médicos por acto. De esta manera se puede empezar un camino paulatino hacia una cobertura universal, igual para todos los ciudadanos; pero es un camino lento, que lleva tiempo".

Retomando el eje de su exposición, a la hora de la síntesis general Freire vuelve a remarcar que la protección social, en materia de salud, es un tema político que responde a valores y que requiere la financiación pública como condición necesaria pero no suficiente. "En definitiva, concluyó Freire, los sistemas están perfectamente diseñados para obtener los resultados que obtienen; la cuestión es cómo diseñar sistemas para obtener los resultados que queremos". □

Cobertura sanitaria en América latina

Dimensiones del problema

- Unos 127 millones (27%) sin acceso estable a servicios básicos de salud
- Unos 250 millones (50%, la mitad de la población) no tiene ningún seguro de salud (público o privado)
- Población de América latina >500 mill, de ellos casi el 50% son pobres (250 mill).

No estamos hablando únicamente de cobertura universal en salud, sino de protección social, y esto es muy difícil en países con economías de tipo de ingresos medio.



Algunas líneas de avance sobre la construcción de un sistema de salud

El gran debate pendiente

Por Carlos Vassallo - Consultor Internacional Economía y Gestión de la Salud y de los medicamentos

La argentina no destina escasos recursos para la salud, al contrario lo hace en mayor medida que los países de la región. Sin embargo, la extraordinaria diferencia entre el gasto nuestro y el de otros países no se debe a profesionales del sector salud. Por el contrario, encontramos en la Argentina profesionales excelentes que sin embargo padecen diariamente el tener que desarrollar sus actividades en un sistema con escaso o nulo diseño institucional que los contenga y valore.

Las preocupaciones siempre son otras en el país, como para no darse cuenta que la ineficiencia del sistema es una de las grandes amenazas al crecimiento económico y social para las próximas décadas, incluso mucho más que la crisis financiera. Seguimos teniendo mucha población sin cobertura de salud (18 millones de personas) y los contratos de trabajo sin cobertura de salud siguieron su marcha durante estos años. Se ha desaprovechado un extraordinario momento de crecimiento económico, creación de empleo y mejoras del ingreso para debatir sobre la cobertura de salud de los habitantes del país. La estructura cíclica de los ingresos de la seguridad social hace que hayan tenido momentos excepcionales en materia de recaudación (sólo para mencionar las inversiones que están haciendo las obras sociales y los más de 5.000 millones de pesos que tiene fondeado el Pami)

Lo más terrible del tema es que uno sigue sin visualizar definiciones políticas claras respecto a la salud. Los debilitados partidos y expresiones políticas argentinas, carecen de planteos de diseño institucional y perspectivas futuras sobre el sector y viven en el corto plazo. Mientras tanto, el sindicalismo es el único que tiene una estrategia clara de avanzar.

Qué debería hacer el gobierno para intentar reencauzar el sector y ganar espacios de maniobra. En primer lugar algunas estrategias claves que se guíen por los resultados y no por las ideologías sería una buena forma de comenzar. Aquí van algunas sugerencias:

a) Un elemento clave de la reforma en salud es la información. Médicos, pacientes, administradores y jueces no conocen acerca de cuáles son los tratamientos más costo efectivos y cuáles no lo son. Las decisiones erróneas implican costos de oportunidad, gastar dinero en algo que no da resultado y en consecuencia no poder hacerlo en aquello otro que sería más efecti-

vo. El salto aquí pasa por desarrollar una agencia de evaluación de las tecnologías, informatizar y conectar el sistema de salud y avanzar en la protocolización y guías clínicas que surjan del consenso médico.

b) En segundo lugar remover los incentivos perversos que permanecen en el sector salud. Médicos, hospitales son pagados por sus procedimientos y no por ayudar a los pacientes. Los aseguradores (con o sin fines de lucro) intentan esquivar la enfermedad de los pacientes antes que trabajar en la salud de éstos. Los cambios en la modalidad de pago son fundamentales para cambiar las conductas y comportamientos de los agentes del sistema. Se debe pagar por mantener y mejorar la salud antes que por reparar la salud perdida.

c) El tercer elemento clave es lograr organizar grandes compradores de servicios de salud. Fusionando obras sociales, organizando la demanda de los servicios en las provincias, y articulando grupos. El comprador colectivo compra siempre mejor que el individual, tiene información para negociar con los proveedores de igual a igual, el equilibrio será de esta manera más eficiente.

d) La calidad de la provisión de servicios. No podemos dejar que cualquiera ingrese y permanezca en el sistema sin auditorías, sin controles ni exigencias por parte de la autoridad regulatoria. Hay mucho por hacer en este sector para asegurar un piso de calidad para todos los prestadores, arrastrando a los que están más cerca del umbral y dejando caer a los que han lucrado durante años sin invertir ni mejorar.

e) Finalmente la prevención. Se habla mucho pero es poco lo que se invierte y se destina al primer nivel de atención de la salud. Prevenir es una de las claves de un nuevo modelo de cobertura para ello son necesarios los incentivos, garantizar acceso a servicios preventivos dignos y preparados para responder a la consulta y no centros de salud donde no se encuentran médicos ni enfermeras y que están abiertos en forma muy reducida, sin el equipamiento base para responder la demanda de los pacientes.

Mientras esperamos que la salud ocupe un espacio importante en las agendas políticas, podemos comenzar por no quedarnos parados, consensuar estas grandes líneas de cambio que atraviesan todos los sistemas y subsistemas de salud presentes en la Argentina y ponernos en movimiento. □



Scienza Argentina consolida su liderazgo

Con una inversión de más de 3 millones de dólares, Scienza Argentina, empresa líder en venta, distribución y gerenciamiento de medicamentos para terapias especiales, amplió sus instalaciones y adquirió un nuevo edificio de más de 2500 m² ubicado en la Av. Juan de Garay 437, Capital Federal, donde nucleará las áreas de administración y finanzas, comercialización, sistemas y auditoría médica.



El actual edificio de la calle Herrera 287 también en Capital Federal, se convertirá por completo en un gran centro de logística que con más de 2.000 m² permitirá perfeccionar la dinámica y calidad del servicio que la compañía ofrece día a día.

“Estamos dando un gran paso con la ampliación de nuestra casa, y esto nos permitirá crecer aun más, perfeccionarnos para seguir brindando la máxima confianza y seguridad en la entrega de medicamentos genuinos pero sobre todo, nos permitirá aumentar nuestro compromiso con la salud” sostiene el Sr. Eduardo Roqueta, Gerente General de Scienza Argentina.

Scienza Argentina, fue gestada por un grupo de profesionales con gran trayectoria en el sistema de salud, y es líder en la comercialización, abastecimiento y distribución de medicamentos de oncología, VIH, trasplantes y terapias especiales en general, sumándole a estos servicios el gerenciamiento y la auditoría de las prestaciones médico-farmacológicas. Hoy la compañía, cuenta con un alto nivel de excelencia profesional y es la organización en la que depositan su confianza las más reconocidas prestadoras de salud del país.

Scienza Argentina es una empresa reconocida en el sector de la salud por las innovaciones que realiza en el campo del abastecimiento y la distribución de medicamentos, garantizando la máxima seguridad en todos los productos, adquiriendo los mismos directamente en los laboratorios productores sin in-

intermediarios. Además, la compañía cuenta con un sistema de trazabilidad farmacéutica, herramienta indispensable para enfrentar los problemas de robo, adulteración, falsificación y alteración de las condiciones de conservación de los medicamentos. El sistema de trazabilidad consiste en colocar en cada envase antes de su almacenamiento, una etiqueta especial inviolable, con un código único de identificación.

A través del código único, el sistema de trazabilidad identifica: laboratorio productor, número de lote, fecha de vencimiento, entidad responsable de la cobertura y una vez dispensado, permite conocer el receptor del mismo, fecha, hora y lugar de entrega. Los medicamentos para terapias especiales que se reciben, son cerrados mediante una etiqueta con cortes de seguridad, la cual permite identificar si algún envase fue abierto.

Con la implementación de estas medidas, Scienza Argentina brinda la máxima confianza y seguridad en la entrega de medicamentos genuinos, garantizando la legitimidad de su procedencia, el profesionalismo de su manejo y la seguridad de su

traslado, cumpliendo así con las condiciones que las entidades sanitarias exigen.

El centro de logística, acondicionado de acuerdo a las pautas de temperatura y humedad que se requieren para la conservación de cada medicamento, cuenta con un amplio equipo de profesionales farmacéuticos que supervisa el proceso de almacenamiento, conservación y distribución de los medicamentos. Diariamente se procesan en el sistema de la compañía más de 1.000 solicitudes de provisión de medicamentos y a través de la farmacia Scienza que está ubicada en el barrio de Palermo, se distribuyen más de 100.000 unidades mensuales dentro de las 24h, a domicilios particulares, clínicas, instituciones y delegaciones del interior. Con móviles propios se realizan las entregas en Capital Federal y Gran Buenos Aires. Y a través de los operadores logísticos habilitados por la A.N.M.A.T., OCA Salud y Andreani Logística, la compañía llega al resto del país manteniendo siempre las estrictas normas de conservación.

Desde el año 2005 todas las

actividades de Scienza Argentina se encuentran certificadas bajo la norma ISO 9001:2000.

Los servicios que ofrece Scienza Argentina, a la medida de sus clientes son:

- Comercialización y distribución de medicamentos para terapias especiales.
- Gerenciamiento de la prestación, en medicación oncológica y tratamientos especiales para empresas prestadoras de salud.
- Dispensa de medicamentos indicados en patologías crónicas prevalentes.
- Evaluación de protocolos y listado de medicamentos de alto costo.
- Desarrollo de estudios estadísticos para el análisis y seguimiento de las prestaciones brindadas.
- Gerenciamiento de convenios capitados con obras sociales.
- Información on-line.
- Suministro en programas de atención pública
- Almacenamiento y distribución de drogas para ensayos clínicos.
- Centro de atención telefónica: "Scienza Responde". □

	 sección salud la salud en estudio
IDEA Y CONDUCCIÓN: CARLOS S. ABAD	www.seccionsalud.tv
 LUNES 18.30 HS. CANAL 13 MULTICANAL + CABLEVISION	 Medical Brokers® PRODUCCIÓN GENERAL 4808.9500





Traspasos ¿porqué elegir lo peor?

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

UN POCO DE HISTORIA LEGAL

En 1970 la ley 18.610, creó las Obras Sociales y estableció el principio de que los aportes de los trabajadores y empleadores se dirigirían únicamente a la Obra Social del sindicato suscriptor de la convención colectiva de trabajo o "sindicato de rama".

En 1976 el "proceso" intervino casi todas las obras sociales y mediante la ley de facto N° 22.269, de 1980 enunció (solamente) la eliminación de la obligatoriedad de afiliación a la Obra Social Sindical del sindicato de rama y también amenazó con otra serie de medidas tendientes a desmontar la estructura de salud sindical, pero ninguna de esas enunciaciones (o amenazas) fue reglamentada por lo que en los hechos mantuvo la estructura tradicional: el aporte va solamente al sindicato suscriptor del convenio colectivo.

En 1988 la ley 23.660, que continúa vigente (art.12 inciso a) ratificó el principio: el aporte siguió perteneciendo al sindicato de la actividad y sólo a éste sin la posibilidad de optar por otra.

En 1993 en plena "era de la desregulación" a través del decreto 9/93 y los demás dictados en su consecuencia los trabajadores pudieron optar por una Obra Social diferente a la de la rama de la actividad, el régimen se mantiene, básicamente al día de hoy.

OTRO POCO DE HISTORIA (PERO SIN LEYES)

Hasta 1993 el sistema funcionó siempre en forma dispar, algunas obras sociales hicieron las cosas bien, brindaron buenos servicios (no sólo médicos). Otras no.

La cautividad de los afiliados por parte de un único gremio permitió que la calidad de los servicios dependiera de la voluntad y capacidad de los dirigentes sindicales.

El órgano de contralor en sus diversas denominaciones (INOS, ANSSAL, SSS) no hizo mucho para que la situación mejorara.

Desde 1993 las posibilidades de pase fueron muy amplias y comenzó un proceso de competencia.

COMPETENCIA Y PRINCIPIOS DEL SISTEMA (CON FRASES CELEBRES)

El general Perón decía *"los hombres son todos buenos, pero si se los controla son mejores"* y humildemente parafraseamos: *"las obras sociales son todas buenas pero si compiten son mejores"*.

Nietzsche (1844-1900) decía (de los combates): *"lo que no me mata me fortalece"*.

Mal que nos pese a los seres humanos la tensión del

esfuerzo por competir nos hace superarnos y mejorar, esto es válido contra "el tigre dientes de sable para que no nos mate en pocos segundos", con "otro equipo de fútbol para ganar un campeonato" y también con "otra obra social para que no nos saque los afiliados".

Así ingresaron al mercado los grandes prepagos que acordaron con Obras Sociales, generalmente chicas, una especie de pase de los afiliados y asumieron la administración de la cartera. Como el centro del sistema debe ser el beneficiario, no vemos la actuación de empresas privadas como dañosa "en sí" (salvo al espíritu corporativo) recordemos que las tristemente recordadas "gerenciadoras" causaron estragos al sector salud en general y al prestador en particular sin que ningún sindicato protestara (véase *"La falta de pago: una constante en el sistema"* Revista Médicos Edición N° 18 Julio 2001).

Tampoco vemos nada malo en que si alguien quiere gastar más dinero en cuidar su salud lo haga y así acceda a los sanatorios "top".

EL "DESCREME"

El problema fue como dirigieron esas empresas sus campañas de afiliación: se centraron en los beneficiarios más jóvenes (más sanos) y de mayores ingresos (mayores aportes) e hicieron el mejor negocio de los sistemas solidarios: se quedaron con los sanos y ricos y esquivaron los enfermos y pobres. Una aclaración: aunque no lo parezcan las prepagas funcionan también como sistemas solidarios ya que no existen reservas técnicas ni capitalización individual.

Esta operatoria, tantas veces criticada con serios fundamentos técnicos por el Dr. Rubén Torres (ex superintendente de servicios de salud) merecería, algún tipo de intervención estatal.

LA INACTIVIDAD DEL ESTADO

Curiosamente, la Superintendencia de Servicios de Salud ha hecho poco y nada para intervenir en la relación "prepaga/beneficiario proveniente de obra social", pese a que se encuentra dentro de sus facultades ya que la relación básica sigue siendo la ley de obras sociales y la SSS es su órgano de aplicación. Por esa vía podría controlar la calidad del servicio, las prestaciones y hasta los precios.

EL DIGNOSTICO DE LAS AUTORIDADES

El Dr. Juan Rinaldi, actual superintendente de servicios de salud, ha dicho recientemente que *"hay obras sociales que tienen 5.000 traspasos al mes,*

mientras que son 5 las que tienen 30.000, esto no es una libre elección, sino una pesca de afiliados".

No encontramos nada de malo en que una obra social con mejores servicios se lleve los afiliados que libremente opten por ella sean 5 o 5.000.

Que "la clave es trabajar con el movimiento obrero" los que nos parece un tanto corporativo porque el centro del sistema debe ser el beneficiario y no los administradores.

Y que "en estos momentos de crisis global hay que utilizar los recursos y aplicarlos a la gente", lo que nos parece muy bueno.

EL PROYECTO DE "SOLUCIONES".

Más allá de que ningún proyecto ha trascendido oficialmente "se sabe" que la solución vendría por dificultar los traspasos por medios burocráticos, ya se los han limitado en cuanto a número y se planea obligar a permanecer en la obra social de origen al menos seis meses y hasta modificar el trámite del traspaso a la nueva obra social. Y sobre todo: obligar a que una parte del aporte sea retenido por la obra social "de la actividad" a cambio de nada.

NUESTRA OPINION ¿POR QUE SIEMPRE ELEGIMOS LO MAS FACIL Y PEOR?

Una vez aceptado que la competencia entre obras sociales es buena y que el centro del sistema es el beneficiario, todas las soluciones "en danza" son malas, en verdad las peores, si obviamos la lisa y llana vuelta a la cautividad del afiliado por "rama de actividad". No encontramos ningún motivo válido para poner trabas burocráticas para dificultar los traspasos al solo

fin de entorpecerlos. Mucho peor es que se retenga parte del aporte sin ningún servicio a cambio porque es lisa y llanamente confiscatorio para el beneficiario del servicio.

PROPUESTAS

No creemos que prohibir la operación de las prepagas dentro del sistema sea el camino, por dos motivos: tienen buena experiencia en administrar con satisfacción al cliente (pueden perder a sus afiliados cada mes) y sobre todo porque podría ser evadido designando un equipo gerencial que se instale en la Obra Social y desde allí administre con la misma cartera de prestadores que la prepaga, sólo cargaría al sistema con un sistema de administración adicional y por ende con más gastos no aplicados al beneficiario.

Una alternativa de "cirugía mayor" que no le gustará a las prepagas, es que se unificarán los aportes obligatorios con los voluntarios y así contribuyeran al Fondo Solidario de Redistribución, con todo lo que recauden, inclusive por los aportes adicionales (que actualmente retienen al 100%) porque se benefician con el mismo, pero redistribuyen sólo por el aporte obligatorio. Seguramente los economistas de la salud podrán aportar varias ideas más acerca de cómo preservar, simultáneamente, la solidaridad del sistema y la libertad de opción. Pero ciertamente: entorpecer los traspasos por el entorpecimiento mismo y retener aportes sin contraprestación es elegir lo más fácil y peor. □

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

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Médicos

Medicina Global



La Revista Líder
del Sector Salud

Suscribase llamando al
4300-6119

Visitenos en: www.revistamedicos.com.ar





LA SALUD... en busca del equilibrio perdido

Por el Licenciado Víctor Norberto Cerasale

...“el esclavo no permanece para siempre en la casa.” Evangelio según San Juan, 8:31-42. (Segunda parte) N° 53

Todas las medidas restrictivas tendientes a poner limitaciones a la evolución y/o libre expresión de los mercados terminan resultando en un efecto contrario al pretendido. Cuanta mayor es la restricción mayor será la envergadura del daño. Esta es una lección difícil de asumir pero la realidad es determinante. Cada país enseña distinto tipo de válvulas de escape a cualquier medida de contención que se pretenda imponer y ello se traduce en situaciones paradójicas y contradictorias.

En general, pareciera que los medicamentos constituyen *per se* una de dichas exclusas compensadoras. Aún cuando se ha pretendido regular los valores de referencia mediante la imposición de los genéricos, dicho mecanismo no ha tenido el resultado esperado y en particular este punto de inflexión se ha reforzado a partir de la introducción masiva de las tecnologías biomédicas.

No obstante, es necesario ver el “antes” ya que sin él es imposible comprender el “después” y mucho menos el “ahora”. En la mayoría de los países de la Unión Europea, los pacientes se benefician de un acceso gratuito a los medicamentos, razón por la que la demanda sigue traccionando fuertemente del gasto total. La continua incorporación de nuevos grupos con derecho al beneficio de cobertura de algunos de los medicamentos a costo cero, tales como los pensionistas, enfermos crónicos, etcétera, añaden más carga a esta situación. La expresión refleja consecuente con la carga que es distinta de un país a otro y esto representa una sumatoria de signos que no deben perderse de vista.

Obsérvese que la relación de receta por habitante es significativamente alta en España donde la incidencia porcentual de consumo de los medicamentos genéricos es de apenas el 3,6%. Algo semejante se observa en Bélgica donde la relación de receta por habitante alcanza a 9,8 y donde la participación de los genéricos es despreciable. Las inversas más significativas se observan en Alemania y en Holanda. Otra visión que no debe omitirse es la participación porcentual de los medicamentos de venta libre (OTC) entre los distintos países.

En lo que se refiere al mercado de genéricos, ha existido una evolución cierta en la segunda mitad de la década de los noventa en cada uno de los países, impulsado mediante distintas medidas aplicadas por los gobiernos buscando una reducción del impacto del gasto generado por las marcas. Los Estados que con mayor éxito han logrado introducir las especialidades genéricas han sido Holanda y Alemania a través del sistema de precios de referencia, con cuotas del 40% y 32%, respectivamente.

Empleando un sistema diferente pero alcanzando una efectividad superior, el Reino Unido ha aplicado una política que incentiva a los médicos para que receten este tipo de medicamentos, que reducen el precio medio del producto original entre el 30% y el 100%. Los medicamentos genéricos en dichos países son bioequivalentes certificados, ya que de lo contrario no reciben aprobación.

España ha sido el último país en incorporar un marco regulatorio apropiado al sistemas de precios de

RECETAS – GENERICOS Y OTC (VL)					
País	Número De Recetas	Recetas / Población	Precio medio por receta	Cuota de genéricos sobre el total de medicamentos	Mercado de OTC sobre el total de medicamentos
ALEMANIA	600 millones	7,5	80 DM (6.805 pts)	32%	16%
BELGICA	100 millones en el sistema público	9,8	517 FB (IVA 6%) [2.132 pts]	1%	17%
ESPAÑA	597 millones	14,9	1.911 pts	3,6%	7%
FRANCIA	350 millones	5,8	210 FF (5.326 pts)	4%	6%
HOLANDA	118 millones	8,3	46, 04 NLG (3.476 pts)	39,9%	2,26%
ITALIA	351 millones	6,0	55.404 Liras (4.764 pts)	0,75%	11,8%
GRAN BRETAÑA	613 millones	10,3	10,32£ (2.803 pts)	46,45% del total de las recetas	—

CONTRIBUCION DIRECTA DE LOS CIUDADANOS

País	Aporte ciudadano a la financiación del medicamento	1- Trabajadores Activos / 2- Pensionados
ALEMANIA	8 – 9 – 10DM según tamaño de envase	Exenta la población de bajos ingresos
BELGICA	Ticket	40%
ESPAÑA	Participación en el total del precio	1: 40% - 2: 0%
FRANCIA	Participación según la categoría A, B, y C del medicamento	Exentos de este aporte: los enfermos crónicos, minusválidos, embarazadas, población con bajo nivel de recursos y los que padecen alguna de las 30 patologías graves reconocidas por un listado especial
HOLANDA	Contribución en el caso que el medicamento prescripto supere el precio de referencia	—
ITALIA	Ticket según la categoría del medicamento	Pensionados: 0% según los ingresos
GRAN BRETAÑA	Ticket de 5,80£ por receta	Exentos: pensionados, <16 años y cualquier persona que esté bajo pensión, subsidio, o que tenga ingresos reducidos

referencia con el objeto de afianzar una política estructural de genéricos y durante los últimos tres años de la década de los noventa, el mercado de genéricos creció tanto en unidades como en valores. En 1998, el consumo de los genéricos apenas alcanzaba una facturación de 1.786 millones de pesetas. Durante 1999 la facturación se multiplicó ascendiendo hasta los 11.987 millones de pesetas y durante el año 2000 registró ventas por 32.722 millones.

Curiosamente estas medidas de contención nunca sirvieron efectivamente para controlar el crecimiento del gasto en salud así como tampoco para reducir el número de unidades de medicamentos demandadas. Los requerimientos de servicios asistenciales han crecido tanto como el número de unidades de medicamentos y eso ha obligado a los Estados parte de la UE a pensar en distintos mecanismos sanitarios para sostener las coberturas.

Si bien los genéricos produjeron un "notable efecto" en el momento de su imposición, la tendencia inicial de los primeros años se detuvo debido a que la Industria Farmacéutica generó una baja consensuada de los precios promedio de las especialidades de marca hasta llegar a los niveles de referencia (estimándose que la reducción media al año 2000 fue del 14,4% por la introducción de los genéricos), lo que ha facilitado que la prescripción médica se concentre nuevamente en las drogas de investigación. Este efecto, consecuencia o resultado, nunca apreciado antes en los ejercicios de simulación ha generado una revisión de las medidas regulatorias pero por sobre todo el delineamiento de una estrategia política para sostener las coberturas sociales a ultranza, buscando un sistema de equilibrio distinto y distante del vigente en los Estados Unidos de Norteamérica.

Desde el año 2001 en adelante la discusión sanitaria ha modificado su eje porque todos entendieron que el problema de fondo nunca estuvo en el medicamento por sí mismo. Aún cuando los números hayan sugerido lo opuesto.

Para analizar las pautas que rigen los consumos de medicamentos se deben tener en cuenta tanto el sistema público de financiación de medicamentos como la cultura

farmacéutica y la red de distribución de los medicamentos ya sea a través de las mismas farmacias o bien del sistema público. El acceso universal y gratuito es el criterio que rige en prácticamente todos los países mediterráneos, excepción de Italia, que durante la década de los noventa introdujo diferentes sistemas de copago en función de la categoría de los fármacos y según también las rentas de la población. Dichas medidas nunca se adoptaron en Francia ni en España, países donde funciona el acceso gratuito a los medicamentos con matices para gran parte de la población.

Una conclusión facilista podría indicar que la gratuidad incentiva el consumo de medicamentos, así como de servicios médicos. No obstante, no debe olvidarse que el acceso universal a la cobertura social es el eje que sostiene el mecanismo de producción de los países que componen la Unión Europea donde muchos procesos se comparten.

Para finalizar, el cuadro precedente indica con precisión la importancia que tiene lo dicho en el párrafo anterior. Si la política de Estado es sostener las escalas productivas y proyectarlas con un crecimiento sostenido dentro de parámetros lógicos (2-5%), la inversión en salud y en formación (educación) deben acompañar el proceso. A ninguna economía le hace bien crecer en un año un 11% para luego derrumbarse, lo cual amerita meditar las acciones y medir las consecuencias antes que éstas se produzcan, comprometiendo el pretendido equilibrio. Una vez más, primero está la gente. No existe un modelo que asegure que todo estará siempre igual. Creer que lo que hizo Carrillo en los 40 es trasladable a hoy es tan utópico como pretender que la estructura prestacional del Pami, del IOMA, etc., deban reducir sus presupuestos asistenciales según las recetas enviadas desde los organismos internacionales de financiamiento o según las entelequias propias de la gestión en nuestro país. □

Licenciado Víctor Norberto Cerasale. 2009-01-14. Fuentes: **DOSIER: EL GLOBAL**. EDITA: Contenidos e Información de Salud S.L. Realización de contenidos y dirección del estudio: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. 16 al 22 de julio de 2001. www.elglobal.net. Copyright by Cerasale, 2009. Derechos reservados. Exclusiva para Revista *Médicos, Medicina Global*.



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

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

www.osdo.com.ar



Responsabilidad Profesional

El Periódico de los Profesionales

news

Espacio editado por
**RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL NEWS**

Único medio dedicado
con exclusividad a la
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
www.rpnews.com.ar

Entrevista exclusiva al Presidente de "LE SOU MEDICAL", Sociedad Médica de Seguros y Defensa del Profesional de la Salud en Francia



El Dr. Pierre Yves Gallard y sus colaboradores en la redacción y publicación de la revista "Responsabilité", Catherine Chabrun Robert y Germain Decroix.



SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ASSURANCES
ET DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

En Francia y en Europa no existe una publicación que se le asemeje en lo que respecta al cuestionamiento de la habilidad médica, incluyendo asimismo la de todos los profesionales de la salud.

De una manera general, los ingleses darían la impresión de ser más reticentes frente a este tipo de estudios.

Las mutuales estadounidenses, reagrupadas en el seno de la PIAA (Physician Insurers Association of America – Asociación Americana de Asegurados Médicos) publican todos los años análisis estadísticos que se manifiestan úni-

Le Sou Médical – (El Céntimo Médico) fue creado en 1897 y se especializa en la prevención y la cobertura de riesgos de Responsabilidad Civil Profesional en coaseguro con el grupo MACSF (Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français – Aseguradora de Mutuales del Cuerpo de Salud Francés). Publica después de más de 30 años una revista epidemiológica llamada "Responsabilité" sobre los casos de siniestralidad en los profesionales de la salud. Se trata en efecto de una revista de casos clínicos (circunstancias cuando sobreviene una complicación o un accidente, acto invasivo con causa y consecuencia para el paciente, etc.) clasificados según la especialidad declarada por el asociado.

Estos casos son generalmente muy difundidos porque suscitan en el medio un interés muy particular. Los mismos son, a lo largo del año, actualizados mediante estudios de consecuencias jurídicas y financieras de aquellos accidentes, los más significativos.

Este estudio, abarcativo del conjunto de los asociados, no tiene equivalente en el mundo entero.

**Revista de formación sobre el riesgo médico
publicada por "Le Sou Medical".**



camente sobre las consecuencias jurídicas y financieras de los accidentes médicos.

De momento que el aspecto médico es abordado, los mismos pueden ser de extensísimas carillas sobre las condiciones óptimas para tomar a cargo una patología (detección del cáncer de pulmón, buenas prácticas luego de la colocación de un catéter central, el hacerse cargo de la obesidad mórbida en centros de referencia, etc.) o bien, reflejan la representación en un cuadro de las 5 o 10 especialidades o intervenciones más amenazadas.

A partir de esta revista epidemiológica, concentrándonos en los últimos 5 años y tomando en cuenta aquellas especialidades, prácticas o intervenciones, ponen en evidencia elementos altamente constructivos.

RPNews se traslado hasta sus oficinas, en el pasaje Court du Triangle de L'Arche de La Defense, en París, para entrevistar al Director de dicha publicación, el Dr. Pierre-Yves Gallard, cirujano urólogo que ejerce su profesión en una clínica de París, quien además es el Presidente de Le Sou Medical y Director de la publicación del periódico "Responsabilité" y conocer un poco más sobre el desarrollo del mercado de la responsabilidad profesional en Francia.

Doctor Gallard, ¿Cuáles son los errores más comunes que dependiendo de la especialidad médica pueden derivar en un reclamo por Mala Praxis?

Según un sondeo, podríamos clasificar los errores de la siguiente manera, poniendo en primer lugar a aquellos que se cometen en mayor número:

- Error de diagnóstico
- Error de prescripción
- Falta técnica cometida por el cirujano
- Falta de información al paciente

Hubo un cambio en la relación médico paciente, ¿Ud. piensa que esto influye para que exista mayor cantidad de demandas?

Desde hace 20 años se produjo un incremento de demandas. Se puede decir que anterior a este periodo existía un mayor respeto hacia el profesional de la salud pero hoy no es así. La relación médico/paciente se asemeja más a la relación entre un proveedor y un cliente.

¿Existe una industria del Juicio de Mala Praxis?

En Francia no existe dicho fenómeno. Hay una gran variedad de estudios jurídicos especializados pero el tema de la industria de la Mala Praxis no está desarrollada. Generalmente es el paciente quien va a ver a su abogado, y no a la inversa.

¿Los posibles reclamos condicionan o influyen en manera alguna a los profesionales en su práctica cotidiana?

Ciertamente. Se desarrolla una medicina defensiva. Por ejemplo, generando exámenes complementarios. Asimismo, se les hace firmar a los pacientes los riesgos eventuales que pudieran suceder durante una cirugía, por ejemplo.

¿Qué porcentaje de profesionales, dependiendo su



Vista del edificio en La Defense, de París, perteneciente al grupo MACSF (Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français – Aseguradora de Mutuales del Cuerpo de Salud Francés)

especialidad, han tenido un reclamo por supuesta Mala Praxis?

Para todo profesional de la salud, independientemente de su especialidad, se recibe un 1.8% al año. Si calculamos este porcentaje sobre el 100%, se podría decir que es bastante bajo. Dependiendo de la especialidad, los más atacados son los cirujanos, que en promedio reciben una demanda de 1 vez cada 2 años.

¿Cree que el seguro es una respuesta ante esta problemática?

Es una protección pero la verdadera respuesta es la prevención en accidentes médicos. Esto podría lograrse a través de la organización de un sistema de trabajo en el cual se pudiera, por ejemplo, lograr una buena retransmisión de información dentro del equipo de trabajo y realizar un seguimiento dentro del establecimiento médico.

¿Es suficiente la oferta que tienen los profesionales al querer contratar un seguro en lo que hace a diversidad de compañías, alternativas de cobertura, precios accesibles, etc.?

El seguro médico es obligatorio en Francia para aquellos que ejercen su profesión en forma privada, es decir, fuera de los hospitales. De un total aproximado de 200.000 profesionales de la salud, un poquito más del 50%, es decir, unos 110.000, ejercen su profesión de forma privada y por ende están asegurados. Nuestro objetivo es captar el resto de ese universo. En el contrato de una póliza existen "pisos" que incluyen garantías. Van desde los E 3.000.000 hasta los E 6.000.000 y el médico elige de acuerdo a su especialidad y riesgo. De hecho, hay especialidades en que la cobertura es muy cara como la obstetricia, anestesiista y cirujano.

¿Cuál es el consejo que daría a un colega que se inicia en la profesión respecto a cómo convivir con los posibles reclamos?

La reacción luego del episodio es fundamental. Esto incluye cómo comportarse frente a la víctima. Como primera prioridad, hay que mantenerse abierto y receptivo.



Bien formados y con mucho para crecer

Tres médicos argentinos radicados en el exterior analizan la práctica médica local. Destacan el buen nivel formativo, y admiten que el desarrollo de la investigación nacional aún puede crecer mucho más.

Existe un imaginario social vinculado con el buen nivel del médico argentino: un profesional bien formado, que tiene la capacidad de ejercer su profesión en las condiciones ideales y en situaciones adversas, propias del sistema público de salud de nuestro país.

Pero más allá de las sensaciones, ¿cómo se ve la medicina argentina desde el exterior y qué puntos son interesantes para contrastar la realidad de un médico que ejerce la medicina en el país con la del que lo hace en el exterior?

LA INVESTIGACION EN LA MIRA

Abundan médicos argentinos en el exterior. Por nombrar sólo algunas estadísticas, en el año 2007, de los 4.000 médicos incorporados al sistema sanitario español, unos 668 fueron argentinos. El Ministerio de Educación español concedió 2.223 convalidaciones de títulos de Medicina a profesionales extranjeros. Por nacionalidad, los argentinos fueron los primeros, con 668 integrantes.

Entre ellos figuran los doctores Ivonne Malla, Martín O'Flaherty y Karina Julián, médicos del Hospital Universitario Austral que ejercieron la profesión en Bruselas, Liverpool y París, respectivamente. La Dra. Malla cursó parte de su doctorado entre el Austral y el Servicio de Patología y Trasplante Hepático Pediátrico en la Clínica Universitaria Saint-Luc, en Bélgica. "En el 2007, el HUA planteó la posibilidad de fomentar el área de investigación, capacitándome en un servicio que hiciera trasplantes y terapias nuevas, como las terapias celulares", explica la Dra. Malla.

El trabajo de investigación realizado en el exterior fue un denominador común entre los tres médicos y el punto en el que más diferencias notaron entre la medicina argentina y la europea. El Dr. O'Flaherty es médico clínico y está

actualmente en Liverpool, Inglaterra. "Vine a desarrollar mi carrera como investigador en el área de epidemiología y salud pública. La atmósfera para investigar es ideal y los desarrollos que hacemos son aceptados y usados para tomar decisiones de salud pública, lo cual hace que no seamos investigadores aislados de la realidad en una torre de marfil", comenta.

El Dr. O'Flaherty considera que no debe concebirse a la investigación como un "lujo" de los países desarrollados. "La investigación no sólo sirve para ganar premios, ir a congresos, ganar una patente o lograr la aprobación de un medicamento: es una actitud que permite entender los problemas de todos los días", apunta. Agrega que en el país todavía debe crecer la idea de la investigación no como cuestión accesorio, sino como parte de la medicina de todos los días y como base para la toma de decisiones en materia de salud.

FORMACION PROFESIONAL DE EXCELENCIA

Uno de los aspectos positivos que destacaron los médicos consultados es la alta calidad de la formación de los profesionales argentinos. La Dra. Karina Julián, actualmente en París como becaria del International Council de Oftalmología, especializándose en enfermedades inflamatorias, tuvo que rendir un examen de calificación internacional para conseguir la beca. "Yo pude pasar los exámenes de la misma manera que lo hizo un oftalmólogo formado en el primer mundo", expresa, enfatizando la formación recibida en el país.

La oftalmóloga resalta, de la educación obtenida, la visión sistémica sobre la persona: "La alta especialización que existe en Europa hace que el sistema derive los pacientes a determinados hospitales, según la afección que padecen.

Esto es muy positivo para los médicos que deciden subespecializarse porque les permite tener una casuística muy amplia y poder concentrarse específicamente en su tema de estudio. Sin embargo, el sistema argentino tiene la ventaja de poder brindar una formación integral más amplia".

Por su parte, el Dr. Martín O'Flaherty considera que "el argentino es reconocido por su alto nivel educativo, cultural y por su capacidad creativa".

LOS MEDICOS EMBAJADORES

Según los médicos del Austral, ante la falta de publicaciones y desarrollos científicos propios, lo que se sabe de la medicina argentina en el exterior está vinculado, principalmente, con el trabajo de determinadas personalidades médicas exitosas y con el desempeño diario de los que han emigrado. "Todos conocen a Favalaro, y esto no quiere decir que todos los cardiólogos argentinos sean como él. Representa lo mejor que nosotros podemos dar, pero no representa a todos. Entonces, nos valoran por ese médico que conocen", explica la Dra. Julián.

El deseo de los doctores Julián, Malla y O'Flaherty es que más allá del trabajo individual de determinados médicos nuestra medicina pueda, en un futuro, ser reconocida por sus publicaciones científicas. Esto dependerá de un cambio de enfoque estructural.

Como explica el Dr. O'Flaherty, "la medicina argentina tiene una larga tradición de excelencia e innovación, pero la época dorada pasó y es necesario recuperarla. Hay que asumir el compromiso público de discutir nuestro sistema de salud, y los profesionales tenemos que volver a involucrarnos en esa discusión". □

Fuente: Hospital Universitario Austral



Crisis, salud y nuevos desafíos

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

Con la mirada puesta en la evolución de los mercados internacionales y cómo decanta la crisis financiera mundial, la Argentina se apresta a desandar unos meses que parecen serán agitados desde el punto de vista político, social y económico.

En la Ciudad de Buenos Aires los desafíos son muchos y las autoridades deben adecuarse a establecer soluciones que vayan más allá del debate político.

El área de la salud es uno de los sectores que más demanda tiene por parte de la sociedad y por lo tanto es fundamental que se ponga énfasis en mejorar la distribución de los recursos y aumentar la cantidad de insumos para ayudar a quienes concurren al hospital público.

En este sentido, el titular de la Asociación de Médicos Municipales, doctor Jorge Gilardi, afirmó que "nosotros defendemos las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. El sector de la salud tiene aristas especiales. Por lo pronto nosotros decimos que hay un evidente retraso salarial y que necesitamos un ajuste. Pero, además, reiteramos que es fundamental cumplir con otros requisitos que son fundamentales si queremos hacer de la salud un sector de excelencia como se merece tanto la gente como los profesionales que día a día trabajan en los hospitales. Esto significa que hay que apuntar a mejorar la capacidad tecnológica y aumentar la disponibilidad de insumos que contribuyen a la tarea asistencial. Y el otro tema que es fundamental tiene que ver con los nombramientos. Hay que profundizar la normalización de cargos, acá hay que aclarar que si bien se nombraron 1150 -y es un número importante- también es insuficiente; es prioritario la regularización de concursos y el blanqueo de modalidades de trabajo que denotan relaciones aún precarias de contratación laboral".

Con todo, el titular de la AMM agregó que "dentro de la discusión salarial también pedimos que haya una especial atención para nuestros jubilados y que se tenga en cuenta una mejora en sus ingresos. En eso también estamos trabajando desde la Asociación".

Para el doctor Gilardi, hay otros aspectos que merecen una atención particular: "en relación a lo que está por venir, es oportuno reiterar aquellas cuestiones que consideramos serán impostergables en la agenda de los poderes públicos durante el año 2009, y ante las cuales velaremos por su cumplimiento. En este sentido pedimos que cobre realidad un nuevo programa para la adquisición de insumos, lo cual requerirá más complejidad y dinamismo en la respuesta institucional y por lo tanto una mayor calificación de los recursos humanos en las áreas de Farmacia y Contabilidad. Esperamos que continúen las obras aún pendientes en los hospitales Rivadavia, Udaondo, Muñiz y Ferrer, pero nunca al precio de desarmar o desatender lo que reclaman día a día los vecinos que solicitan allí su asistencia".

Además afirmó: "Esperamos que se pueda lograr la normalización definitiva de la ObSBA y permitir que los médicos agremiados en nuestra institución conserven el

derecho a elegir su régimen de cobertura. Es importante que los poderes públicos anticipen el impacto que tendrá la crisis financiera global sobre los 33 hospitales públicos de la Ciudad y no permitir que la discontinuidad en el abastecimiento de insumos afecte la programación de acciones que deben encararse urgentemente como parte de su misión institucional. En este mismo plano, le pedimos a los legisladores que aprueben un presupuesto acorde con la magnitud de los desafíos sanitarios que sobrevendrán y que contemplen una pauta salarial acorde a aquel que dice: no hay atención digna de la salud sin un médico dignamente asalariado".

En los primeros días del año y al compás de la crisis financiera internacional el fantasma de los recortes llegó a nuestro país, por eso se generó un fuerte rumor sobre la demora en la entrega de partidas tanto presupuestarias como de productos de primera necesidad en los hospitales. En este aspecto, el titular de la AMM remarcó que "estamos alertas, esperemos que no pase porque sería un retroceso muy grande. La situación hospitalaria y la demanda de la sociedad no pueden tolerar medidas en ese sentido. Esperamos que no ocurra, que no se recorte para tapar el déficit en otras áreas, la salud no debe ser la variable de ajuste para que las cuentas cierren bien. Al contrario debe ser el sector con mayor inversión presupuestaria y de tecnología para hacer frente a los avances que nos llegan desde afuera".

LA TAREA GREMIAL

Una mirada a la tarea que Médicos Municipales hace como gremio permite afirmar que el crecimiento que se advierte año tras año es exponencial. Sobre este punto, Gilardi manifestó orgulloso que "este verano hayan pasado por la colonia de vacaciones más de 500 chicos que realizaron diversas actividades al aire libre. Eso nos genera una enorme satisfacción porque el trabajo de todos se ve reflejado en eso. El Polideportivo es un orgullo y la vida que tiene merece ser señalada como un verdadero logro de todos".

La Asociación además está trabajando en otras áreas. Sobre el particular el presidente de la AMM señaló que "Tenemos que decir que el seguro que tenemos por mala praxis es el mejor de la Argentina. También estamos orgullosos de la tarea que cumplen quienes trabajan en nuestro Instituto y por acuerdos que se firmaron con otras casas de estudios para ampliar la posibilidad de carreras. Es un trabajo que se ve y cuyos resultados están a la vista. Creo que debemos estar plenamente satisfechos por este crecimiento y por las perspectivas que se nos abren para seguir categorizando a la institución".

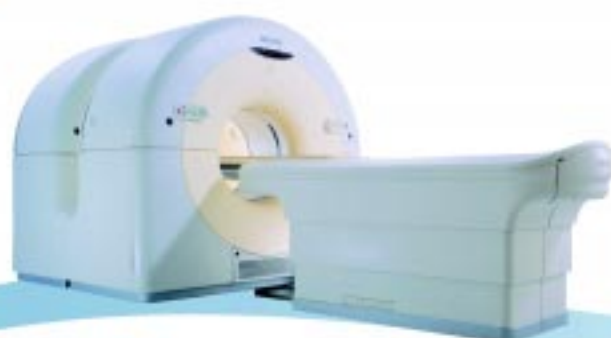
El debate está abierto y las paritarias están ahí sobre la mesa. Es la hora de conciliar posiciones y de saber que la salud es el pilar fundamental de una sociedad que pretende crecer. Son los nuevos desafíos, las autoridades tienen la última palabra. □



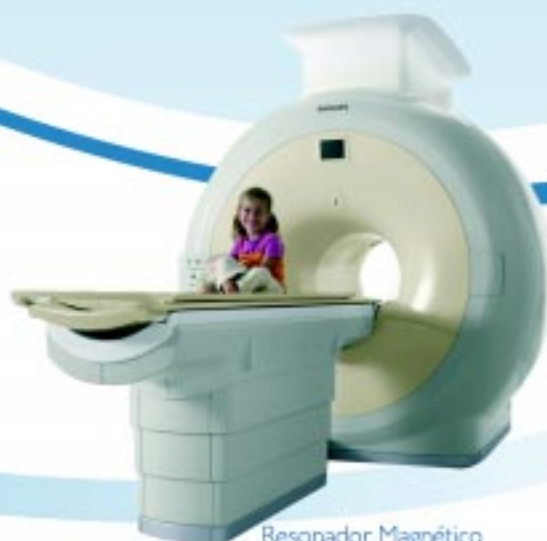


**CENTRO DE DIAGNOSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**

Nuevas tecnologías, nuevos servicios



Gemini PET-CT
Multislice de Philips



Resonador Magnético
Achieva Nova 1.5T de Philips



Tomógrafo Computado
Multislice Brilliance de Philips



Radiología Digital de Philips



Mamógrafo Digital
Computarizado de Hologic

**El CDR, acompañando a la ciencia de la mano
de la tecnología más novedosa**

Central única de turnos: (011) 4011-8080
Atención general: (011) 4011-8000

www.cdrossi.com



ExpoMedical

2009

7ma feria INTERNACIONAL DE PRODUCTOS,
EQUIPOS Y SERVICIOS PARA LA SALUD



En conjunto con las
8vas Jornadas
de Capacitación Hospitalaria

10 al 12 de Septiembre de 2009

Centro Costa Salguero - Buenos Aires - Argentina

Organiza:
MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54 11) 4791.8001
Skype: expomedical
info@expomedical.com.ar

www.
expomedical
.com.ar



Su salud, nuestro compromiso.

1999-2009

0800-345-26327

www.andar.org.ar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina