

7° Coloquio: Buscando
el Acercamiento de
los Jueces a las Ciencias



universal
assistance

Médicos

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

AÑO XI - N° 56 - 2009 - \$15

Medicina Global

“Hay que volver a las fuentes”



El nuevo Superintendente de Servicios de Salud, Cdr. Ricardo Bellagio, reflexiona sobre la situación del ente que ahora le toca dirigir, y asegura que sus principales objetivos son profesionalizar el recurso humano, transparentar la distribución de recursos para las Obras Sociales, integrar el sistema y mejorar la inclusión y accesibilidad de los beneficiarios.



Un modelo de gestión y solidaridad

Surgida a partir de la desregulación de las Obras Sociales, la Obra Social de los trabajadores de la actividad hipica opera con un modelo que combina la esencia de las obras sociales sindicales con una gestión innovadora. Su Presidente, el Dr. Carlos Felice, sintetiza la filosofía de OSPAT: “Brindar al trabajador accesibilidad, cobertura y calidad en salud a partir de la gestión.”



220



330



440

Planes de Salud



GALENO

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

GRACIAS
POR CONFIAR EN NOSOTROS



**EN UNIVERSAL ASSISTANCE
DAMOS LA BIENVENIDA A MEDICINA ESENCIAL,
UN CLIENTE CON FORTALEZAS.**

- * MÁS DE 40.000 AFILIADOS EN LA CIUDAD DE ROSARIO.
- * COBERTURA MÉDICA DEL GRUPO OROÑO.
- * INSTITUCIONES MÉDICAS PROPIAS DE ALTA CALIDAD.



ASISTENCIA AL VIAJERO | www.universal-assistance.com



¿Cómo puede la industria farmacéutica proteger sus productos contra la falsificación?

Identificando los medicamentos en todo momento con una solución de IT inteligente.

Nuestra serialización por e-Pedigree permite la introducción de un pedigree electrónico que identifica los productos farmacéuticos a través de toda la cadena de distribución. Esta solución integral minimiza los riesgos de falsificación, brindando mayor seguridad tanto para el fabricante como para los pacientes.
www.siemens.com.ar/it-solutions

Answers.

SIEMENS

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 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

Más cerca de tu Salud



Construir Salud
te ofrece **"Sanus"**,
un conjunto de programas
de promoción y prevención
para el mejor cuidado
de tu salud.

Estos programas están dirigidos a la población beneficiaria y tienen como propósito común la eliminación de riesgos, la mejora de la calidad de vida y también el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra población.

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

Líder en Medicina Familiar
Calidad Médica Administrativa
Sanatorio Propio de Alta Complejidad e Internación
Tecnología de Avanzada y Amplia Cobertura
Centros Médicos Propios en todo el país

0-800-222-0123
www.construirsalud.com.ar



Conocemos tus necesidades.

Por eso te brindamos un servicio que te asegura tranquilidad y confianza, a toda hora y donde estés.

- **Más de 50 Sucursales** distribuidas en todo el territorio nacional.
- **Acceso directo a todas las prestaciones médicas** en las mejores instituciones y prestadores de todo el país.
- **Asesoramiento integral** y toda la orientación necesaria para acceder a los servicios de tu Plan de Salud.
0800 333 2700. Todos los días, las 24 horas.
- **Sistema de Comunicación Centralizado** que te permitirá comunicarte con el **servicio de urgencias y emergencias** más cercano del lugar en que te encuentres.
0800 333 0075. Todos los días, las 24 horas.
- **Asistencia en Viajes** en países limítrofes y el resto del mundo, según el Plan de Salud elegido.
- **Programa Vivi Medifé** con más de 800 beneficios, descuentos, propuestas en gastronomía, turismo, deportes, tiempo libre y actividades culturales.

Más información llamando al **0800 333 2700** o ingresando a www.medife.com.ar

Medifé 
COBERTURA MÉDICA NACIONAL



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

10 Grageas

14 Novedades

El encuentro con los protagonistas

Universal Assistance incorporó a Medicina Esencial a su exclusiva cartera de clientes

16 Opinión

¿Qué esperamos del nuevo Superintendente?

18 Columna

Medir los resultados de salud para saber dónde invertir

20 Primera Plana

"Hay que volver a las fuentes"



24 Opiniones

Pasó la gripe: ¿... y ahora qué?

26 Columna

Por un futuro responsable

28 OSPAT

Un modelo de gestión y solidaridad



30 Opiniones

La responsabilidad de las clínicas

34 Columna

Priority Home Care y la internación domiciliaria

36 Columna

¿Qué deben hacer los municipios en salud? 36

38 Columna

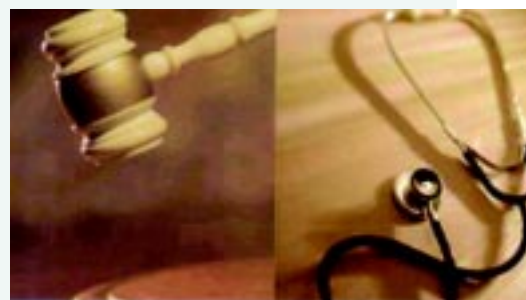
La sibila y nuestros dilemas en el Sistema de Salud 38

40 Opiniones

El trabajo en comunicación, un desafío para la empresa de salud

42 VIIº Coloquio:

Buscando el Acercamiento de los Jueces a las Ciencias: Horizontes compartidos



48 Reportes

La urgencia y la emergencia no reemplazan al médico personal o al centro de salud

50 Columna

Tratamientos experimentales y financiación de la salud

52 Opinión

La verdadera Pandemia

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.



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
véase contactar a nuestro representante o al departamento médico
de Bristol-Myers Squibb Argentina S.R.L.

Membre: 8010C1428BKC) - Tel.: (5411) 4789-8400 - Fax: (5411) 4789-8559 - www.b-ms.com.ar

NUEVO EQUIPAMIENTO DE AVANZADA EN EL HOSPITAL ITALIANO

El Hospital Italiano de Buenos Aires incorporó recientemente un nuevo equipamiento de avanzada para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares: el Angiógrafo Siemens Axiom Artis Zee. Este equipo de alta prestación médica cuenta con angiografía rotacional, reconstrucción tridimensional e incorpora la capacidad de manejo y reproducción "multi-imagen", entre otros avances tecnológicos. La posibilidad de visualizar múltiples tipos de imágenes en una sola instancia permite al profesional médico hacer un abordaje integral del estado del paciente, para guiar los procedimientos terapéuticos endovasculares de manera más segura y efectiva.

El Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista del Hospital Italiano presentó la nueva adquisición en el marco del curso "Complex Lesión Summit II" (angioplastia en enfermedad coronaria compleja) dictado por los médicos de dicho Servicio y dirigido a especialistas de la Argentina y de Latinoamérica. ■



OSPAT LE DA LA BIENVENIDA A SU NUEVO GERENTE MEDICO



OSPAT sumó a su staff al Dr. Osmar Yazda como Gerente Médico de la organización.

El Dr. Osmar Yazda (54 años) es médico cirujano egresado de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), casa de estudios en la que desarrolló labor como docente en las carreras de grado y de Posgrado, así como en el internado rotatorio entre 1985 y 1990.

También se ha desempeñado como médico del Servicio de Cirugía General Número IV y Proctología del Hospital "José Ramón Vidal (Corrientes) y como Jefe a cargo en 1987 del Departamento Técnico del mismo establecimiento sanitario.

Habiendo ocupado cargos de responsabilidad en la gestión de instituciones de salud del sector privado y del sector público -como Subsecretario Ejecutivo del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes (1993)-, Osmar Yazda cuenta con amplio conocimiento y larga trayectoria en administración de obras sociales. ■



ASSIST-CARD Y CEMIC

CEMIC, empresa líder en medicina privada, junto con ASSIST-CARD ARGENTINA, brindan en todo el mundo la asistencia médica a todos sus socios. Nos sentimos orgullosos que nuestros clientes sigan creyendo y confiando la salud de su gente en nuestro mundo ASSIST-CARD. ■



ASSIST-CARD ARGENTINA DIVISION SALUD: NUEVOS CLIENTES



DEMI SALUD: A partir del 1 de setiembre de 2009, los distinguidos afiliados a esta Empresa gozarán de los servicios de asistencia al viajero ASSIST-CARD, tanto en el ámbito nacional como regional (países limítrofes). ■

OMINT: NUEVA CERTIFICACION DE CALIDAD



OMINT, una empresa argentina de medicina privada con base en Buenos Aires, ha completado un proyecto de mejoramiento de calidad en salud en conjunto con el National Committee for Quality Assurance (NCQA), una organización sin fines de lucro, con base en los Estados Unidos. NCQA acredita y certifica un amplio rango de organizaciones dedicadas al cuidado de la salud en los Estados Unidos. A su vez, NCQA ha desarrollado un sistema llamado Health Plan Employer Data Information Set (HEDIS®), que es la herramienta más utilizada por el sistema de salud privado americano para medir y hacer público el funcionamiento de los planes de salud en ese país. ■



OSDO CON RENOVADO Y AGIL SITE INSTITUCIONAL

Continuando con su política de brindar siempre el mejor servicio y atención a sus afiliados, la Obra Social de Direc-

ción OSDO presentó su nuevo WebSite www.osdo.com.ar, con un diseño y concepto actualizados, que apunta directamente a fortalecer su posicionamiento en el rubro salud. Para su realización, contó con la colaboración de su agencia de publicidad Moloand.co., y el diseño estuvo a cargo de Optimaweb.

La renovación de la web refleja la filosofía que guía a OSDO en todos estos años abocado a la salud. De fácil navegación, dinámica y de rápida descarga, el Site posee tecnología aplicada de última generación, que demuestra la capacidad innovadora que sustentan los servicios que la entidad brinda a todos sus afiliados y reafirma su crecimiento y renovación continua. ■

TOMAS KELLY FUE DESIGNADO GERENTE GENERAL DE NEWTECH SOLUTIONS



Tomás Kelly se ha desempeñado como Director Comercial de Galeno, en los últimos años. Además, trabajó en empresas como La Buenos Aires, Docthos, SPM, y Bio-nexo, contando con una amplia trayectoria en marketing, finanzas y comercialización de diferentes servicios para el área corporativa y de retail.

Convencido de que a los grandes productos, hay que sumarle el mejor servicio, Tomás Kelly asegura que la única forma de lograrlo es con el equipo de gente propio y del cliente: "la diferencia la hace la gente".

Tomás Kelly tiene 40 años, es Licenciado en Economía y posee un MBA de Thunderbird, Arizona (Estados Unidos). ■



ASSIST-CARD Y MEDICUS



MEDICUS empresa líder de medicina privada, mantiene su relación comercial con ASSIST-CARD ARGENTINA y sigue confiando 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 sólo ASSIST-CARD puede brindar en el ámbito internacional". ■



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



María Sol Veiga Alvarez, Jefa de Negocios Regionales de Universal Assistance, Liliana Elbinger, Gerenta de Negocios Corporativos Universal Assistance y Carlos M. Candiano, Gerente General de Sistema Médico Consejo (Simeco).

UNIVERSAL ASSISTANCE PRESENTE EN LA 5° JORNADA DE ADMINISTRACION DE SALUD

Universal Assistance asistió como auspiciante y participante a la 5° Jornada de Administración de Salud, organizada por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad de Buenos Aires (El Consejo).

Liliana Elbinger, Gerenta de Negocios Corporativos de Universal Assistance y responsable de la cuenta de Simeco (Prepago de El Consejo), y María Sol Veiga Alvarez, Jefe de Negocios Regionales de Universal Assistance, estuvieron presentes en el evento que realizó El Consejo junto a la Organización Iberoamericana de Seguridad Social para abordar el tópico: Innovación en la gestión frente a los nuevos escenarios.

De esta forma, Universal Assistance reafirma su compromiso con las empresas e instituciones que promueven e incentivan una mejor gestión de la Salud. ■

SWISS MEDICAL GROUP AVANZA EN LA DIGITALIZACION DE SUS CENTROS DE SALUD

Swiss Medical Group y Carestream Health anunciaron un nuevo avance para

OSPAT RENOVÓ SU CERTIFICADO ISO 9001 CON NUEVA VERSION 2008

OSPAT, la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf, ha renovado por tercer año consecutivo su certificado ISO 9001 de Gestión de la calidad. La calidad del servicio es para OSPAT esencial en el cumplimiento del deber asumido para con los trabajadores de garantizarles salud. Por eso, desde 2006, como obra social sindical pionera en la avanzada por la mejora continua de la calidad, la Obra Social se encuentra comprometida en la certificación ISO 9001.

La certificación ISO 9001 es otorgada por la federación internacional de entes de normalización ISO, según acuerdos internacionales que se publican como estándares internacionales e involucra para la organización la adopción de un enfoque basado en procesos, desarrollando, implementando y mejorando un sistema de gestión de la calidad para aumentar la satisfacción del beneficiario.

Así también, la certificación nuevamente convierte a OSPAT en una entidad de avanzada en su tipo puesto que está hoy ya certificando la versión ISO 9001:2008, la que mantiene en forma general la filosofía del enfoque a procesos pero mejora o enfatiza algunos aspectos claves para la vida organizacional actual.

El Dr. Carlos Felice, Presidente de OSPAT, mencionaba sobre este tema: "[La certificación] implica responsabilidad, cohesión y comprensión de nuestros recursos humanos al involucrarse fuertemente en esta iniciativa. Nosotros nunca hubiéramos podido alcanzar este reconocimiento sin el valioso trabajo cotidiano de todos los empleados de la Obra Social, y sin el esfuerzo y el compromiso de los compañeros de la UTTA (Unión de Trabajadores del Turf y Afines) que trabajan a la par de OSPAT por el bienestar de los trabajadores." ■



la digitalización total de los Departamentos de Imágenes de los Centros de Salud del Grupo a partir de la incorporación del sistema de información radiológica (RIS). El sistema de gestión de flujos de trabajo se ha diseñado para mejorar la eficacia, la productividad y la precisión de los datos en todo el proceso de tratamiento de imágenes. Las sofisticadas herramientas de automatización reducen significativamente los errores producidos por el registro manual, aumentando de este modo el nivel de seguridad y mejora en la atención del paciente.

La instalación del sistema RIS representa un nuevo avance y complementa el proceso de digitalización ya iniciado por el Grupo con la incorporación del

sistema PACS (intercomunicación y archivo de imágenes radiológicas) también provisto por Carestream Health. Con estas adquisiciones tecnológicas, los profesionales tienen la posibilidad de realizar interconsultas y acceder a los estudios de imágenes practicados desde cualquier lugar en que estén. ■



SIEMENS IT SOLUTIONS AND SERVICES PRESENTA UN NUEVO ENFOQUE PARA EL OUTSOURCING DE IT

En el marco del IT Outsourcing Summit organizado por IDC, Siemens presentó SieQuence®, una suite de servicios que implica una evolución del modelo tradicional de outsourcing, que se orienta hacia la transformación de los procesos de negocio a partir de la construcción de valor sobre tres dimensiones: eficiencia, performance y competitividad, logrando:

- impulsar la eficiencia operacional para incrementar el nivel de prestación de servicios IT,
- mejorar el rendimiento al optimizar el entorno de las aplicaciones y procesos, contribuyendo a alcanzar los objetivos estratégicos de la organización,
- potenciar la competitividad al introducir innovaciones que permitan a las empresas mejorar su cadena de valor para ser más competitivas. ■

UNIVERSAL ASSISTANCE INVIERTE UN MILLON DE DOLARES EN TECNOLOGIA



Universal Assistance realizó una inversión de 1 millón de dólares para instalar un nuevo sistema Oracle de gestión e información.

La instalación proveerá a la compañía de un sistema con tecnología de punta que permite desarrollar de manera más eficiente sus procesos de gestión y el análisis de la información sobre sus clientes. De esta forma, la reconversión tecnológica permitirá mejorar los procesos de negocios con sus clientes a través de la reducción de tiempos operativos, un desarrollo más eficiente en la toma de decisiones on line, la maximización de los recursos comerciales y la consolidación de la información financiera y contable.

Esta nueva inversión, posiciona a Universal Assistance como la empresa de asistencias con más alto nivel de tecnología asociada a sus procesos de negocios en la región. ■



NUESTRA RECETA PARA SER LA MEJOR COMPAÑÍA DE PRAXIS PROFESIONAL.

Compromiso, experiencia, innovación, profesionalismo y solvencia son sólo algunos de los ingredientes que nos convierten en la compañía de seguros líder de Praxis Profesional Médica. Contamos con un equipo de especialistas 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



El encuentro con los protagonistas

Por el Farmacéutico Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA

Los días 17 y 18 de Setiembre, se llevaron a cabo en la ciudad de Córdoba las *VII Jornadas Federales sobre Política, Economía y Gestión de Medicamentos*.

Este evento representa muchos años de historia y de trabajo. Las jornadas son la síntesis de todo lo acontecido en el año, el lugar donde volcar los constantes cuestionamientos y sobre todo, un reflejo de nuestro deseo de crecer y mejorar.

Los temas fundamentales de la agenda sanitaria se debatieron en estos dos días entre farmacéuticos, especialistas de todo el país y prestigiosos visitantes internacionales.

En esta oportunidad, reafirmando el carácter federal de nuestras Jornadas, la sede elegida fue la ciudad de Córdoba, eje central de nuestro territorio y de nuestra mejor tradición académica.

El desafío de la organización responde a la necesidad de congregarse para profundizar todos y cada uno de los temas, en mesas de diálogo "cara a cara", entre los principales protagonistas del sector.

Meses atrás, hablábamos de las presiones del sistema económico y hacíamos referencia a que la farmacia argentina debe tener un modelo equitativo, solidario y de alta calidad, donde los ciudadanos puedan acceder a cualquier tipo de medicamentos, a un mismo precio, independientemente de su lugar de residencia.

Durante las jornadas son este tipo de cuestiones sobre las que debatimos, buscando riqueza de opiniones y nuevas propuestas que contando con el consenso necesario sean posibles de implementar en este momento político del país.

Avanzar en salud, implica no sólo garantizar el acceso a los medicamentos, sino también transparentar su mercado, el control de la prescripción y dispensación, con vista a un uso racional del mismo desarrollando acciones orientadas a la prevención y educación sanitarias.

FEFARA apoya a las POLITICAS FARMACEUTICAS que se implementen desde el Estado en favor del desarrollo de acciones sanitarias que favorezcan e incluyan a todos pero asumimos la responsabilidad de generar desde nuestro espacio el mejor servicio a los usuarios de las oficinas de farmacia y nuestra permanente colaboración en la solidaria tarea del desarrollo social y cultural de los argentinos.

Además, por ser la salud un sector altamente dinámico, sujeto a cambios y continuas adaptaciones, tanto en sus procesos como en sus resultados, creemos que la capacitación farmacéutica y la actualización profesional deben ser permanentes.

Cumpliendo nuestras expectativas alcanzamos sobradamente los objetivos propuestos en las 7º Jornadas Federales y 6º Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos. □

Universal Assistance incorporó a Medicina Esencial a su exclusiva cartera de clientes

Desde el mes de julio, Universal Assistance brinda el servicio de asistencia al viajero nacional e internacional a los 40 mil afiliados de Medicina Esencial. La compañía realizó un acuerdo con este importante prepago de la ciudad de Rosario, que incluye además la prestación del servicio de asistencia al hogar.

José María Triviño Valdez, Director Comercial de Universal Assistance, consideró que el acuerdo supone un importante compromiso para su empresa "Las expectativas y posibilidades de negocios futuros entre ambos grupos son potencialmente muy interesantes", declaró.

"Incorporamos como cliente a una de las entidades de medicina prepaga más significativas a nivel nacional y con mayor crecimiento en la ciudad de Rosario y las localidades próximas", expresó.

Laura Gallo, Gerente Comercial de Medicina Esencial, considera que "el servicio de asistencia al viajero es muy importante" y por ello lo brindan a toda su cartera más allá de los diferentes planes. "Es un significativo valor agregado que brindamos a nuestros afiliados, fortaleciendo el producto que actualmente comercializamos", aseguró.

Triviño Valdez explicó que Universal Assistance ya cuenta con una fuerte presencia en la ciudad de Rosario y en el resto de la provincia de Santa Fe, y que continúa creciendo sostenidamente brindando el servicio a más de cuarenta empresas del sector y más de 250.000 afiliados.

Del mismo modo, Medicina Esencial muestra un importante crecimiento.

Al respecto, Laura Gallo explicó que en los últimos años la empresa logró un crecimiento exponencial superior al 25%, llegando a ser la empresa de medicina privada local número uno de Rosario.

José María Triviño Valdez, Director Comercial de Universal Assistance;
Laura Gallo, Gerente Comercial de Medicina Esencial;
Guillermo Copello, Gerente General de Medicina Esencial;
Sebastián Simonelli, Jefe de Negocios Corporativos de Universal Assistance.



Ampliamos las prestaciones y los topes de cobertura



**Una necesidad
de alta complejidad médica,
NO tiene porqué ser un problema
de alta complejidad económica.**

Impulsada por dos importantes instituciones sin fines de lucro,
Solidez brinda el mejor servicio en soluciones de alta complejidad.
Con una amplia y variada cobertura, la respuesta de
Solidez es simple, ágil y flexible.

Por eso, ante problemas de alta complejidad,
lo que Usted necesita es una solución con solidez.



Contacto: Entre Ríos 285 . 2000 . Rosario

Teléfono: (0341) 448-8667 . www.solidez.com.ar



¿Qué esperamos del nuevo Superintendente?

Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Watson Wyatt Argentina

Sin ninguna duda podríamos decir: mucho. En efecto, si hacemos una mirada retrospectiva, desde la salida del Dr. Rubén Torres como Superintendente de Servicios de Salud -un columnista asiduo de la *Revista Médicos*- se ha sentido fuertemente el contraste entre su gestión y quienes lo sucedieron.

Usted podrá coincidir o disentir con el pensamiento o con las políticas que llevó adelante el Dr. Torres, pero todo el espectro de opiniones coincide en que se trató de la mejor gestión desde la creación de la Superintendencia. No es poco en un país donde la gestión de la cosa pública no ha sobresalido por su eficiencia y eficacia.

Hablo con total independencia de criterio y con la sola limitación de mis propias ideas ya que no me une ninguna relación personal con el Dr. Torres. Pero sería injusto, desconocer el mayor período de transparencia de información que hemos tenido y seguramente de calidad de gestión, tal como lo avala el Premio Nacional que oportunamente recibiera.

Luego del paso de dos Superintendentes, llega a la posición el Dr. Ricardo Bellagio. Autodefinido como un "hombre técnico" -sin dudas sus antecedentes señalan que lo es- le toca por delante un reto por demás difícil como es el de ser árbitro -y amigable compenedor- de posiciones fuertemente encontradas en el seno del gremialismo. El principal tema que debe encarar es de conocimiento público: se trata de la distribución de alrededor de 3.000 millones de pesos que se han acumulado como excedentes del Fondo de Redistribución.

Sin dudas, hay mucho por hacer al respecto, entre otras cosas actualizar muchos de los valores establecidos en los subsidios que brinda la Administración de Programas Especiales.

A solo título de ejemplo mencionemos que los valores para cubrir una Comunidad Terapéutica para Adictos se encuentra desde hace varios años anclado en los \$ 1.200 mensuales. Si tenemos en cuenta que la mayoría de las Comunidades son entidades sin

finés de lucro que hacen un importante aporte al tratamiento de los adictos, no resulta fácil de entender que se las obligue a alcanzar metas cada vez más difíciles, como es lograr la financiación de tratamientos, la alimentación y el cuidado de los pacientes con \$40 diarios. No debemos olvidar que estas Comunidades cubren además una importante función que, por otra parte, el mismo Estado no brinda.

Además del retraso en muchos de los valores del APE -que dificulta el cumplimiento de los objetivos del sistema como es el de brindar a través de ellos una adecuada cobertura- su actualización permitirá también un saludable efecto "secundario": evitará la acumulación de excedentes.

Finalmente, y en la misma dirección, agilizar el enorme retraso en el pago de los subsidios del APE sería una excelente señal al mercado de la salud.

Volviendo a la designación del Dr. Bellagio, permítaseme señalar que, en mi opinión, ha comenzado bien su gestión. Me tocó escucharlo en algunas entrevistas que le realizaron y mi impresión es que se desempeñó con un muy adecuado bajo perfil.

A sabiendas que presenta el estigma de quien ha sido su "gran elector" y que debe convencer al resto del arco observador sobre que "gobernará para todos", uno de sus primeros pasos ha sido acompañarse por alguna de las mentes técnicamente más lúcidas que habían sido alejadas conjuntamente con él de la Superintendencia. Saber rodearse de gente del mejor nivel no es una virtud menor.

Le toca también destrabar la enmarañada red de normativas secundarias que tuvieron por objetivo restringir la libertad de la gente para cambiar de obra social. El recupero de esa libertad, que le permite a la persona "castigar" a las entidades que no brindan servicios adecuados, probablemente será uno de los medidores más importantes de su labor.

Para concluir, le damos el crédito que se merece el inicio de toda tarea. Suerte en su gestión Dr. Bellagio. Será en beneficio de todos. □

"...los valores para cubrir una Comunidad Terapéutica para Adictos se encuentra desde hace varios años anclado en los \$ 1.200 mensuales. Si tenemos en cuenta que la mayoría de las Comunidades son entidades sin fines de lucro que hacen un importante aporte al tratamiento de los adictos, no resulta fácil de entender que se las obligue a alcanzar metas cada vez más difíciles, como es lograr la financiación de tratamientos, la alimentación y el cuidado de los pacientes con \$ 40 diarios."

PROTECCIÓN

PARA QUIENES NOS PROTEGEN



“RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA”

PRUDENCIA
Seguros

A stylized logo graphic for Prudencia Seguros, consisting of a blue and grey abstract shape that resembles a stylized 'P' or a wave.



Medir los resultados de salud para saber dónde invertir

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

Es importante y relevante invertir en salud lo cual no significa que "asignar recursos" a cualquier gasto en salud genere el mismo valor. La inversión en salud vuelve como en algunos modelos de crecimiento endógeno y teorías del capital humano a ser puesto como variable clave. Ambas teorías aparecen como decisivas para la convergencia social, tanto entre individuos como entre regiones.

La inversión en salud es mucho más que incrementar el gasto en cuidados de salud, se debería tender a focalizar áreas desde donde plantear cambios en la frontera de producción posible de las sociedades.

Para mantener en forma razonable crecimientos de los recursos para salud en el futuro, es necesario un esfuerzo que permita medir correctamente los resultados de dicho gasto sobre su efectividad y eficiencia, ya sea sobre el bienestar de las personas (discapacidades, funcionales, dolor, angustia, incertidumbre, trato) como desde la perspectiva de indicadores sintéticos que en la mayoría de los países desarrollados ya parece haber tocado un límite.

Se intenta medir y valorar la efectividad es decir la ganancia de salud. El problema que se plantea es que en el caso de los resultados, la efectividad se puede medir de maneras diferentes según el programa que se deba evaluar. Los programas tienden algunos a salvar vidas, otros a alargar la esperanza y muchos a mejorar la calidad. Se necesitó entonces una métrica, que funcione como unidad de medida que incorpore dos variables: cantidad y calidad de vida.

La cuantificación de los AVACs (años de vida ajustados por calidad) ha significado un avance muy importante en la literatura de la economía de salud, lo cual no resulta un obstáculo para que existan importantes controversias sobre la misma.

El premio Nobel de economía 2002 Daniel Kahneman se refirió justamente a estos aspectos durante su conferencia de cierre de las jornadas de la Asociación Internacional de Economía de la salud (julio, 2005) El Dr. Kahneman fue reconocido por integrar contenidos desde la psicología y la economía, sentando las bases de un nuevo campo de investigación. Los trabajos conciernen a las decisiones bajo incertidumbre, y el logro demostrar como las decisiones humanas están afectadas por el efecto entorno y los individuos pueden tomar muchas veces decisiones "no racionales" que tendrán consecuencias a largo plazo, ya que dependen de circunstancias actuales transitorias.

La evidencia disponible sobre el efecto entorno, permite mostrar cómo las personas se comportan y toman decisiones distintas dependiendo de la forma en la cual se les presenta o suministra la información. Las personas tienden a evaluar los resultados de las alternativas que se les presentan, influenciadas por el punto de referencia donde se ubican, que es frecuentemente el punto de partida.

Estos trabajos han demostrado la necesidad de hacer más restrictiva la definición del "homo economicus" descrito por la teoría económica neoclásica, que supone certidumbre, infor-

mación perfecta, preferencias estrictas y definidas y conocimiento ilimitado. Los aportes tienden a incorporar elementos sustantivos a la definición estrictamente lógica del paradigma de la elección racional y la teoría de la utilidad esperada. Las preferencias no son exógenas sino que pueden ser endógenas y es necesario explorar el proceso de formación de creencias.

La denominada "teoría prospectiva", según la cual las decisiones en situación de incertidumbre defieren de los principios básicos de la teoría de la probabilidad es una contribución clave de Kahneman. Por ejemplo, en esta teoría se destaca que en el comportamiento humano es más frecuente la aversión a la pérdida: un individuo prefiere no perder 100 dólares antes que ganar 100 dólares.

Existen importantes limitaciones en este método de intentar medir cuánto cuesta conseguir una mejora unitaria de la salud (ganar un AVAC). En primer lugar una enorme variación de costos por AVAC ganado con distintas intervenciones recomendadas por ejemplo la ratio de costo de programas contra la obesidad versus tabaco es de 107 a 1.

Las comparaciones no pueden ser consideradas ciegamente en las decisiones sino que constituyen una guía de orientación para mejorar las decisiones, además la disposición social a pagar por ganar salud *depende de quienes sean los beneficiarios y de cómo se distribuyan los AVACs ganados*.

El esquema de medición no tiene en cuenta la incertidumbre de los resultados, cuantifica el costo económico esperado o promedio pero también importa y mucho el riesgo que implica. Aunque la medicina se base en la evidencia, la misma es fragmentaria, incompleta e incierta, no es una ciencia exacta. Hay incertidumbre diagnóstica así como sobre la efectividad de muchos tratamientos médicos a corto y largo plazo.

Además las tablas comparativas de AVAC ganados no dicen nada sobre como se concentran las ganancias de salud, quienes son los beneficiarios: por ejemplo da lo mismo alargar 25 años la vida de una sola persona que alargar un año la vida de cada una de las 25 personas que sufren una enfermedad. *Sin embargo para las sociedades no resulta igual, les importa no sólo cuánta salud se gana sino para quién se gana*.

Este enfoque deja abierto un gran canal de debate entorno a cómo fueron construidos los años de vida ajustados por calidad. La academia (económica) ha comenzado ya hace algunos años a discutir la bases axiológicas de la teoría económica neoclásica y se dirige hacia una mayor realidad y profundidad al interpretar el comportamiento del hombre, seguramente también esta importante medida (AVACs) que nos permite tomar decisiones sanitarias con algún criterio, se verá beneficiada por un enfoque más preciso y cercano a la realidad.

El desafío de la economía de la salud es ajustar y construir una unidad de medida utilizando el nuevo instrumental económico que está surgiendo de la mano de Kahneman y otros economistas que logran bajar la economía del pizarrón a la realidad. Para replantear los modelos, los supuestos del comportamiento del hombre son claves y por allí se avanzará en el futuro. □

FlexPen® Nueva Generación



¡De Novo Nordisk®, por supuesto!

¡Nuevo! Menos fuerza en la aplicación de la dosis vs. SoloStar®¹

- Establece nuevos estándares con una inyección más cómoda²

¡Nuevo! Lapiceras codificadas por color

- Fácil de identificar

Precisión en la dosis superior vs. SoloStar®^{3,4}

- Confíe en FlexPen® para obtener más precisión en la dosis, una y otra vez^{3,4}

Referencias:

1. Kuster J et al. Evaluation of the injection force dynamics of a modified prefilled insulin pen. *Expert Opin. Pharmacother.* (2008) 9(13):2217-2222. 2. Somavilla B et al. Patient usability of a prefilled insulin pen. *Data on file* 2008. 3. Asakura T et al. Dosing accuracy of two insulin pre-filled pens. *Curr Med Res Opin* 2008; 24(5): 1429-1434. 4. Hänel H et al. Differences in the Dose Accuracy of Insulin Pens. *J Diabetes Sci Technol* 2008; 2(3): 476-481. 5. Estimated number of patients using FlexPen®, based on worldwide sales in number of packs sold, IMS world wide data Q4'07 and Daily Defined Dosage (DDD) for insulin as issued by WHO. 6. Reimer T et al. Instruction time, Intuitiveness and Patient Acceptance of a Prefilled and a Reusable Insulin Delivery Device – The NovoMix® 30 FlexPen® and the HumaPen® Luxura. *ADA Abstract Book* 2007; 56(Suppl 1): A2101-P0. Abstract pending publication.

Ante cualquier duda o consulta comuníquese con nosotros al

0-800-345 NOVO (6686)



Novo Nordisk Pharma Argentina S.A.
Av. Del Libertador 14.099 (B1640AOL)
Martínez, Bs. As., Argentina.
Tel: + 54 11 6393 - NOVO (6686) / Fax: 6393-6699
www.novonordisk.com.ar



Confiable, Simple y Seguro

“Hay que volver a las fuentes”

Foto: Ricardo Ferrari.

El nuevo Superintendente de Servicios de Salud, Cdor. Ricardo Bellagio, reflexiona sobre la situación del ente que ahora le toca dirigir, y asegura que sus principales objetivos son profesionalizar el recurso humano, transparentar la distribución de recursos para las Obras Sociales, integrar el sistema y mejorar la inclusión y accesibilidad de los beneficiarios.

El 5 de agosto pasado, mediante el decreto 1034/09, el Contador Ricardo Ernesto Bellagio asumió como Superintendente de Servicios de Salud. Llega a su nuevo puesto luego de haberse desempeñado durante más de 26 años en la entidad. Bellagio aparece como el primer Superintendente de carrera que, además, se define a sí mismo como un técnico. Con poco más de un mes en su flamante cargo, y contando con el aval del Ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur y de la Presidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner, postula los pilares básicos que funcionarán como ejes del trabajo que encara en la Superintendencia.

Su conocimiento profundo de todos los sectores del Organismo hace que asuma una posición clave para modificar el perfil que había adoptado el Organismo en los últimos años. “Es la primera vez que hay un técnico al mando

de la Superintendencia. Conozco a todos los sectores involucrados”, destaca. Al ser consultado sobre su relación con los diferentes sectores gremiales afirmó, “Hoy hay

“hay sectores disímiles dentro del ámbito de las obras sociales y los sindicatos.

Yo, al tener tantos años en la entidad, obviamente los he conocido a todos y siempre tuve una relación cordial con cada uno de ellos”

sectores disímiles dentro del ámbito de las obras sociales y los sindicatos. Yo, al tener tantos años en la entidad, obviamente los he conocido a todos y siempre tuve una relación cordial con cada uno de ellos. No tengo una relación más que la que existe en el plano de la Superintendencia, no soy amigo de ninguno de ellos y siempre tuve una relación estrictamente laboral”. Dentro de este marco es que Bellagio asume la difícil tarea que, asegura, le encomendó el ministro Manzur: la de “buscar equidad en todo lo que se refiere a la administración de la Superintendencia”.

En referencia a los 3.000 millones de pesos del Fondo Solidario de Redistribución que las obras sociales reclaman, Bellagio reafirma la necesidad de una salida equitativa: “Ese es un saldo remanente que tiene el Fondo Solidario de Redistribución y que corresponde, por ley, a las obras sociales, nuestro objetivo es trabajar sobre ello y hacer un análisis de distribución que resulte equitativo para todas las obras sociales manejando ciertas variables con una fórmula automática para que no se produzcan a futuro más remanentes de esta naturaleza; y que esa distribución esté directamente asociada a un incremento de la canasta básica de prestaciones.”

Sobre la Administración de Pro-

gramas Especiales (APE) el nuevo Superintendente toma distancia y desmiente versiones: "hace muy poco que estoy como superintendente como para ya tener una opinión acerca de cómo está funcionando. Y define categórico: "no hay una absorción: el APE va a seguir siendo un ente autónomo que depende directamente del Ministerio de Salud." Sin embargo, reconoce que "hay que seguir trabajando en sus controles, y en esto está funcionando bien el Ministerio. Todo control es efectivo cuando no queda permanente en el tiempo. Hay que variar estos controles y en esto estamos: buscando controles más exhaustivos para la documentación que presentan los agentes del seguro de salud."

LOS PILARES DE LA NUEVA GESTION

Lograr una mayor inclusión de beneficiarios es uno de los objetivos centrales que define Bellagio: "Nuestra idea es incluir a todos los beneficiarios que están por fuera del sistema y por eso estamos presentando juntamente con el Ministerio de Salud un proyecto que modifique el que esta actualmente aprobado en la Cámara de Diputados, porque entendemos que la seguridad social es un sistema complejo pero único y que brinda verdaderamente prestaciones médicas", señala el nuevo Superintendente. "Queremos incluirlos con todos los derechos que les corresponden, y no con una parte de ellos. Incluir a todos: beneficiarios de las provincias, autónomos, de las universidades y de los regímenes que están fuera del sistema". Las empresas de medicina prepaga también estarían incluidas en este proyecto de ley: "Nuestro objetivo es que las prepagas tengan inclusión en el sistema, pero con los mismos de-

Perfil del Nuevo Superintendente

Ricardo Ernesto Bellagio es Contador Público Nacional graduado en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Morón. Realizó el Master en Dirección y Gestión de Servicios de Salud, y el Master en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social en la Universidad de Alcalá de España. Ocupa el cargo de Titular de Cátedra de la Asignatura Seguros y Finanzas de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Morón y es Profesor Asociado a la Cátedra de Administración Financiera de dicha Facultad. También se desempeña como Profesor de Posgrado de la Universidad Católica Argentina en el Curso "Derecho de Salud" y es Coordinador del MBA en Medicina Prepaga y Obras Sociales. Bellagio ha ocupado a lo largo de 26 años diferentes cargos jerárquicos en la Superintendencia de Servicios de Salud.

rechos y obligaciones que tiene cualquier obra social".

Otro de los pilares planteados por el nuevo Superintendente es el de la accesibilidad. Para ello debe garantizarse "que las obras sociales cumplan con los programas médicos asistenciales". En este sentido, Bellagio comentó que "hemos observado que hay obras sociales que cambian sus prestadores en la mitad de un tratamiento médico" (oncológicos, etc.) y "para corregir esta situación que genera importantes reclamos de los beneficiarios voy a firmar una resolución que obligará a las obras sociales a mantener el mismo pres-

tador hasta la culminación de los tratamientos". Por ello para el Superintendente resulta fundamental que los beneficiarios conozcan sus derechos y entren en contacto con el Organismo. En ese sentido, destaca el servicio que brinda la Gerencia de Servicios al Beneficiario a través de la línea telefónica gratuita y la atención personalizada en las oficinas de la Superintendencia. "Tenemos que ser conocidos por la gente y por los beneficiarios en particular, porque ser conocidos ayuda a resolver todos los reclamos, tanto los administrativos como los judiciales", señala.

Otro de los objetivos básicos de la nueva gestión es "lograr que las obras sociales declaren y gestionen a todos sus beneficiarios", asegura. "Esto implica que nosotros conozcamos quién es el beneficiario de cada una de las obras sociales. Por eso nuestro padrón está y debe estar actualizado en forma dinámica y permanente. Este es un tema que tenemos que trabajar a través de nuestros equipos de síndicos".

Otro eje que plantea el nuevo Superintendente es el del finan-

"Necesitamos una actualización permanente y no que la actualización provenga de hechos externos; la idea es actualizar el PMO"



Su salud en las mejores manos

**Avda. Independencia 2852
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Call Center 0800-333-3313**





Foto: Ricardo Ferrari.

Jorge Sabatini y Ricardo Bellagio.

ciamiento: “Tenemos que lograr que las obras sociales tengan garantizada una cotización mínima por cada beneficiario y que también tengan garantizada la recaudación. Para eso vamos a trabajar”, asevera.

Una de las herramientas con las que la Superintendencia cuenta para organizar y garantizar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud que brindan las obras sociales es la fiscalización: “En lo que se refiere al control interno, estamos muy bien; tenemos menos recursos para el control externo, de sindicatura y auditoría; es por eso que la idea es fortalecer ese control externo con el presupuesto que tenemos y también con la capacitación del personal, que es muy importante”, asegura. En ese sentido, la profesionalización del recurso humano de la Superintendencia es otro de los procesos a los que apunta a fortalecer su titular: “El objetivo principal es tecnificar y profesionalizar la Superintendencia: volver a las fuentes y lograr que todos los técnicos tengan una formación dentro del sistema; mi objetivo es

tener la cantidad suficiente de auditores como para poder auditar todas las obras sociales, sin importar su número de beneficiarios”.

SOBRE EL FINANCIAMIENTO

Para Bellagio los problemas de financiamiento no se originan en una disminución de la recaudación: “No ha caído fuertemente la recaudación, sino que hay un estancamiento en los niveles en que se venían incrementando los recursos. Esto hace que los gastos sean un poco más fuertes y que hoy la brecha entre ingresos y egresos esté mucho más cerca.

El problema surge cuando ese costo está por encima del ingreso”. Para esos casos, la nueva gestión propone compensar estos desequilibrios a través del “fondo solidario, que actúe en gran medida como un fondo anticíclico para problemas coyunturales, de poco tiempo”.

“Nosotros tenemos un indicador que es la capacidad de repago. Con esto podemos conocer en cuántos días de endeudamiento se encuentra cada obra social. Hoy hay más de un 80% que tiene una buena capacidad de repago. Esto indica que casi la mayoría de las obras sociales están con una buena situación económica financiera y brindando sus servicios. Puede haber obras sociales con problemas financieros, económicos o de gestión; en esos casos hay que profundizar los controles para ir mejorando y tener medidas correctivas oportunas y no fuera de contexto cuando la obra social ya está endeudada y no se puede recuperar”.

EL PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO

En referencia a la ampliación

de los servicios incluidos en el Programa Médico Obligatorio, Bellagio afirmó que “necesitamos una actualización permanente y no que la actualización provenga de hechos externos; la idea es actualizar el PMO y con esto modificar también la resolución 500 que se refiere a la inclusión de prácticas reintegrables. Tenemos que tener una actualización permanente en este sentido”. “Hay que volver a observar las cosas que se han discontinuado. Y una de ellas es la evaluación de tecnología a través de la medicina basada en la evidencia”. Para ello resulta fundamental el rol de la Gerencia de Gestión Estratégica que “va a retomar, como lo tenía hace unos años, ese proyecto”.

Sobre el aumento de recursos de amparo que los beneficiarios presentan, Bellagio declara: “Es algo que nos preocupa; cuando la Justicia hace lugar a una medida cautelar o a un amparo, en salud implica una medida de fondo”. En este sentido, el intercambio productivo entre la Superintendencia y los entes judiciales se plantea como una posible solución a esta problemática: “Nuestra idea es que los jueces nos conozcan más, para lo que hemos estado trabajando. Nuestro objetivo es que, cada vez que se produzca una causa de este tipo, podamos presentarnos en los juzgados y dar asesoramiento al juez”.

DESAFIOS

Al consultársele sobre las asignaturas pendientes, Bellagio afirma que una de ellas es la de “corregir de forma oportuna los desvíos que se producen en el sistema y llegar a los reclamos de todos los días que hacen los beneficiarios”. También mencionó que están trabajando en una resolución para mejorar la opción de cambio: “Entendemos que la opción de cambio tiene que tener controles mucho más importantes porque vemos que hay muchas denuncias por falsificaciones de firmas en los formularios. No queremos que se limite la opción desde el punto de vista del beneficiario, pero sí que las obras sociales sean responsables de los formularios que manejan; la idea es que cumplan con una serie de requisitos que deje en claro que el cambio fue verdaderamente voluntad del beneficiario”. □

“Tenemos que ser conocidos por la gente y por los beneficiarios en particular, porque ser conocidos ayuda a resolver todos los reclamos, tanto los administrativos como los judiciales”



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.





Foto: Eduardo Grünberg

Un modelo de gestión y solidaridad

Surgida a partir de la desregulación de las Obras Sociales, la Obra Social de los trabajadores de la actividad hípica opera con un modelo que combina la esencia de las obras sociales sindicales con una gestión innovadora. Su Presidente, el Dr. Carlos Felice, sintetiza la filosofía de OSPAT: “Brindar al trabajador accesibilidad, cobertura y calidad en salud a partir de la gestión.”

El increíble crecimiento que OSPAT, la Obra social del Personal de la Actividad del Turf, ha vivido en el último lustro, muestra de manera cabal el éxito de su modelo de trabajo. Convencida de la importancia de las bases ideológicas de las obras sociales sindicales nacionales, OSPAT suma a éstas la capacidad de ofrecer opciones, variedad y calidad en servicios de salud a beneficiarios distribuidos por todo el país.

El Dr. Carlos Felice, su Presidente, cuenta que es justamente esta práctica, ejercida día tras día, la que la distingue de otras obras sociales, ya que marca su auténtico compromiso con la salud de los trabajadores que conforman su padrón.

“OSPAT tiene un estilo sumamente particular que la posiciona como práctica exitosa en la tarea de administrar y ofrecer salud a los trabajadores, sin abandonar su naturaleza solidaria”, destaca.

Gestionar, administrar y garantizar el acceso de sus afiliados a la salud, sin por ello dejar de lado las bases equitativas de las obras sociales sindicales, es la misión que guía las acciones de OSPAT, y esto lo demuestra con hechos y con datos.

EL CAMBIO

Nacida bajo el marco de la ley 23.660, hoy en día OSPAT cuenta con más de doscientos cincuenta

mil beneficiarios en todo el país. Fue a partir del proceso de opción de cambio de obra social, decretado entre 1998 y 2000, que OSPAT experimentó un proceso de crecimiento exponencial, ampliando su cobertura a nivel nacional, lo que le permitió brindar sus servicios de salud a una población mucho más extendida. Según su Presidente, la importancia del proceso de desregulación es innegable: "La desregulación significó la libertad individual de poder optar por un seguro de salud; aunque no hubo una política sanitaria global, el mero hecho de permitir la desregulación permitió que los sectores sociales convergieran en un cambio de políticas."

LAS RAZONES DEL CRECIMIENTO

Durante los últimos cuatro años, fueron más de ciento ochenta mil trabajadores los que optaron por los servicios de salud de OSPAT. Sin tercerizar prestaciones hacia prepagas ni requerir montos adicionales en las cuotas, la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf se ha venido posicionando casi ininterrumpidamente entre las cinco primeras obras sociales del país en lo que a adhesiones voluntarias se refiere. "Recibimos a familias de trabajadores con salarios casi siempre inferiores a los promedios nacionales y provinciales, que provienen del sistema de obras sociales sindicales; se trata de una población con necesidades básicas contenidas que encontró en OSPAT su dignificación a través del acceso a la salud", explica Felice.

Los motivos del crecimiento de OSPAT se encuentran en un binomio de atención equitativa y variedad y flexibilidad en los servicios que conforma la clave del

"Lo que nos diferencia de otras obras sociales es el hecho de que no tercerizamos los servicios. Nosotros tenemos un sistema de gestión que articula lo público y lo privado", afirma Felice.

desarrollo de OSPAT. Tal como expone su Presidente, "las claves del crecimiento de OSPAT son la contención personalizada que damos a nuestros afiliados y sus familias, la asistencia prestacional en un ambiente con deficiencias sanitarias crónicas, y la variedad que ofrecemos en un contexto de obras sociales sindicales con opciones prestacionales muy limitadas." Más aún: "Tenemos gente que ha optado hace 12 años por OSPAT, con el inicio del sistema de desregulación, y se ha quedado con nosotros, por eso es que entonces hicimos un trabajo de campo sobre la satisfacción de este beneficiario y acerca de por qué se quedaba con nosotros, y la respuesta mayoritaria fue *"porque OSPAT cumple"*. La gente puede perdonar muchas cosas al dirigente sindical; lo que no puede perdonarle es tener un pariente enfermo y que no tenga cobertura de salud", reflexiona Felice.

Para garantizar la mejor atención la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf desarrolló redes con los mejores prestadores de las distintas jurisdicciones del país que la entidad abarca.

"OSPAT les cumple a esos prestadores en tiempo y forma. Honramos la palabra. Lo que sin duda es fundamental para los prestadores." Ello dio como resultado el surgimiento de una operatoria conjunta con el subsector privado que, sin embargo, no relega nunca la impronta de Obra Social sindical ni la responsabilidad que tiene como agente de salud.

COINCIDIR EN LA DIVERSIDAD

Carlos Felice explica por qué el modo de trabajo de OSPAT es distintivo de la entidad que dirige: "Nosotros tenemos un sistema de gestión que articula lo público y lo privado; hemos articulado muy bien estos dos polos y por eso ofrecemos un modelo distinto. Apostamos a brindar toda la salud necesaria gestionando de una manera diferente. Somos un modelo de gestión."

De esta manera, OSPAT propone una visión acerca del sistema de salud que incluya la articulación de la seguridad social con lo público y con lo privado en una relación de ida y vuelta: "Con el ámbito privado - además de aportarnos herramientas de gestión propias de ese ámbito- nos apoyamos en nuestra necesidad de acuerdos con sus redes, que nos permiten llegar a puntos que nos serían inaccesibles, sobre todo pensando en nuestra aspiración de ofrecer una prestación de calidad para todos los trabajadores. Con el sector público, está visto que en casos de pandemia como la actual, la complementariedad está dada porque es necesario asistirnos mutuamente con infraestructura."

El modelo de sistema de salud al que refiere Carlos Felice contempla, desde su perspectiva, la integralidad: "Yo creo que, com-



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



parativamente, en la Argentina tenemos el mejor sistema de salud, porque tenemos los tres subsectores en acción: la seguridad social, el subsector privado y el subsector público. El desafío es que los tenemos que articular y los tenemos que retroalimentar. Yo tengo puestas muchas expectativas en el actual Ministro de Salud, lo he visto trabajar en Tucumán y ha hecho un gran trabajo. Instituciones como CONFELISA también tienen un gran valor agregado importantísimo. Es muy interesante, en mi opinión, que el Ministro de Salud provenga del ámbito privado, por ejemplo, para pensar en un nuevo modelo articulador. Será importante también para ello que nuestros legisladores conozcan profundamente lo que estamos discutiendo.”

LAS LECCIONES DE LA CRISIS

La Obra Social demuestra que su mayor inversión está puesta en el gasto prestacional: durante noviembre de 2008, el 94% del gasto de la entidad se conformó por gasto prestacional. Así, a la hora de administrar los aportes de sus afiliados, OSPAT tiene como objetivo lograr la máxima eficiencia. Según su Presidente, es justamente en épocas de crisis como la actual cuando el manejo eficiente de los recursos y las estrategias de gestión resultan más importantes: “La crisis que estamos viviendo vuelve mucho más notoria la falta de gestión de muchas organizaciones. Es por eso que se va a hacer evidente quién es eficiente y quién no lo es”.

OSPAT fue una de las primeras obras sociales que obtuvo, en 2006, la Certificación de Gestión de Calidad ISO 9001:2000, lo que conforma un reaseguro para sus beneficiarios. Además, subraya Felice que, para su institución, estas normas de certificación “funcionan como un proceso de auditoría interna, que sirve para darnos cuenta de cómo estamos haciendo las cosas”.

UN MODELO DE CALIDAD PARA TODOS

Sus más de doscientos cincuenta mil afiliados se encuentran distribuidos a lo largo de

OSPAT: LOS VALORES DE UN MODELO EJEMPLAR

- ✓ Garantía de acceso a la salud a todos los trabajadores, sin “plus” económico en ningún caso.
- ✓ Sinceridad y responsabilidad con el compromiso por brindar la mejor salud posible.
- ✓ Interés genuino por la salud de los trabajadores, que excede lo financiero y que apuesta a que más ciudadanos tengan mayor posibilidad de acceder a un muy buen sistema de salud.
- ✓ Interés real por prevenir, promocionar y proteger la salud de las personas.
- ✓ Honestidad de los acuerdos.
- ✓ Accesibilidad.
- ✓ Transparencia en la administración de los recursos de la gente.

todo el país: el padrón de OSPAT, a diferencia del de otras obras sociales, no se encuentra concentrado en los núcleos poblacionales más demográficamente significativos del país, sino que tiene su mayor concentración poblacional en las zonas más necesitadas, como Jujuy, Salta, Tucumán, Misiones, Santiago del Estero, Formosa, etc. Este hecho evidencia que OSPAT, que cuenta con 67 delegaciones en todo el país, creció desde el interior, donde las necesidades en materia de salud están más marcadas.

“Tenemos una muy buena comunicación con las Delegaciones, el sistema de 0800 y *call center* nacional funciona muy eficientemente, guardándonos siempre el sistema de contralor para que el prestador cumpla con todos los servicios.”

La comunicación fluida es otro de los pilares de OSPAT, pilar que también está presente en la relación que mantiene con sus prestadores de salud. “Tenemos un

sistema de comunicación muy abierto con los prestadores, sobre todo en las regionales, donde se está muy cerca de la gente, es más, allí está el sector privado más cerca que nosotros de la gente, expresa Felice.

LA VOCACION POR LA SALUD

EL presidente de OSPAT, Dr. Carlos Felice, señala que la gente, la población beneficiaria, el trabajador y su familia, son lo más importante. “Recuperar en el discurso y en su máxima extensión los términos “*trabajador*” y “*justicia social*” es como en otros tiempos una decisión osada a la que estamos dispuestos, desde nuestra organización, a defender más que nunca. Entender, comunicar y consensuar esta ética solidaria es tan innovador hoy como en los 70.”

En su caso, el entusiasmo por estos temas parece ser más que particular: “Puedo decir que OSPAT no tiene asignaturas pendientes, pero sí que observa desafíos: demostrar que hay aquí un modelo de gestión que es emergente del sistema de salud mismo, porque es posible garantizar salud si se gestiona bien.”

Con valores muy cercanos al promedio nacional en lo referente al número de integrantes por grupo familiar, su composición poblacional muestra estadísticamente que la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf contiene en sí a familias. La palabra “contiene” parece ser para OSPAT la llave del éxito. □

OSPAT fue la primera obra social sindical en certificar ISO 9001:2000 y ahora en certificar la nueva versión 2008 de gestión de calidad.



Sensibilidad, para ver más allá de la ciencia.

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



Innovación para la salud



La responsabilidad de las clínicas

Por el Dr. Fernando G. Mariona, Abogado.
Director Departamento Legal y Técnico TPC,
Compañía de Seguros S.A.

No sólo se agrava la cuestión de la responsabilidad de los médicos, también la de las clínicas. El conjunto de ambas actividades es una fuente de responsabilidad, desde las obligaciones, por el contrato de hotelaría o albergue, y por el de cuidados médicos, pasando por los daños relacionados con los riesgos operativos, el del personal, los bienes de los pacientes, y la obligación de seguridad resultado.

Una clínica es jurídicamente una persona moral de derecho privado que explota un lugar donde son atendidos los pacientes. Por esa razón, dispone de locales, equipamiento técnico, materiales y productos, y emplea asimismo a personas calificadas. La actividad de la clínica es objeto de múltiples contratos que rigen sus relaciones con diversos factores: contrato con los pacientes (albergue y atención médica), contrato de trabajo con los asalariados, contratos de tercerización con diversos proveedores (lavandería, *catering*, esterilización, control de infecciones, hemoterapia), contratos de mantenimiento (ascensores, calderas, climatización, materiales técnicos). Por otra parte, una clínica recurre generalmente a médicos externos para la realización de actos de medicina en forma habitual, a los que denomina erróneamente, médicos de "staff". Estos últimos tienen un contrato de ejercicio con la clínica, no siempre escrito, situación a la que la doctrina jurídica le ha encontrado la vuelta para involucrarla en los daños que pueda sufrir el paciente por acción del profesional, a través de la estipulación a favor de un tercero, vía la interpretación de los arts. 504, 1.198 párrafo 1º y concordantes del Código Civil.

Dentro de la corriente doctrinaria jurídica, algunos creen que la responsabilidad de las clínicas es indirecta, otros que es directa, otros que el deber del establecimiento médico es objetivo y otros, subjetivo. De todas maneras, la responsabilidad de las clínicas en el mundo de la realidad jurídica y judicial de la Argentina, es considerada como objetiva, ya que de encontrarse la responsabilidad del médico, en forma automática, la clínica también tendrá que indemnizar, aunque por el incumplimiento de una obligación distinta a la del médico, pero inexorablemente tendrá que hacerlo. Se sostiene para ello que existe un deudor principal. El establecimiento médico, *estipulante*, que pone a disposición de un tercero -paciente o *beneficiario*- una estipulación o contrato, efectuado entre la Clínica y el médico -promitente-

(que promete) que ha creado el deber jurídico principal de suministrar asistencia médica, remunerada o no, de la cual surge la *obligación tácita de seguridad*.

También las clínicas están sometidas a disposiciones legislativas y reglamentarias específicas a sus actividades, y un sistema jurídico que trata sobre los daños producidos con y por las cosas, y reglamentaciones sobre las vigilancias (farmacovigilancia, vigilancia de materiales quirúrgicos, hemovigilancia, etc.), la gestión del riesgo infeccioso (organización de la lucha contra las infecciones hospitalarias, esterilización y desinfección de los dispositivos médicos, profilaxis, calidad del agua), la seguridad del acto anestésico, la consulta preanestésica, la vigilancia ulterior a la intervención, la organización del quirófano, modalidades del establecimiento acerca del programa de cirugías, circuitos del personal, de los pacientes, de la ropa blanca, de los desechos, de la limpieza y descontaminación, la historia clínica manuscrita y la informatizada, plazos de conservación, archivo y confidencialidad, la seguridad de las personas, protección de los trabajadores incluyendo vacunación, radioprotección, evaluación de los riesgos para la salud y la seguridad del personal, la seguridad alimentaria, la higiene, potabilidad del agua, los fluidos utilizados (gases de uso médico) y la gestión de los desechos orgánicos.

LA RESPONSABILIDAD POR LOS BIENES MATERIALES

Una clínica es propietaria o locataria de los edificios, y de los materiales y equipamientos que se encuentran dentro de sus instalaciones, los estacionamientos, jardines, ascensores, montacargas, cocinas, instalaciones de ingeniería climática, tratamiento del aire. La clínica verá pues su responsabilidad comprometida cuando un cielo raso o un cartel caiga sobre un paciente o un visitante, si se produce la caída de un visitante en el estacionamiento, el cierre intempestivo de la barrera de acceso sobre el vehículo de un tercero, incendio de locales que tienen comunicación con los vecinos, pero también en caso de neumonía transmitida por una torre refrigerante que pertenezca a la clínica, o de la caída de un ascensor que dentro lleve pacientes internados, ambulatorios o visitantes. Recordemos que una clínica es un establecimiento que recibe público sano y enfermo. Por consiguiente está sometida a reglas

particulares acerca de los productos peligrosos que en ella se encuentran, la división de los locales en compartimentos, los ventanales y fachadas accesibles, las escaleras, las disposiciones interiores, la supresión del humo en los locales, las instalaciones eléctricas, la iluminación, los ascensores y las condiciones de instalación de los gases para uso medicinal. Las inspecciones sanitarias podrían solicitar a la clínica que realice arreglos e incluso ordenar la clausura del establecimiento en caso de peligro grave, frente a la denuncia de un paciente, visitante o cualquier habitante de la ciudad.

Asimismo, ciertas actividades en función de su naturaleza y de su importancia podrían en el corto plazo, conducir a la clínica a depender de un régimen de declaración o bien de autorización en materia de protección del medio ambiente (instalaciones controladas para la protección del medio ambiente). La clínica estará obligada entonces a respetar nuevas prescripciones técnicas especialmente para el almacenamiento de los líquidos y gases inflamables, el funcionamiento de los sectores de lavado de la ropa y del material, el mantenimiento de los equipos de aire acondicionado central y el depósito de productos radiactivos.

Finalmente, la clínica es productora de desechos derivados de actividades relacionadas con los tratamientos que presentan riesgos de infección por contener microorganismos viables o toxinas que pueden causar enfermedades. También se considera como tales las materias y los materiales punzantes o cortantes, los hemoderivados, los desechos anatómicos humanos. La clínica produce asimismo desechos radiactivos (fuentes emisoras utilizadas en

radioterapia) y desechos con riesgos químicos o tóxicos. La responsabilidad de la clínica podrá ser reclamada en razón de un mala manera de depositar los desechos (plazos, características de los locales, procedimientos de descontaminación y de desinfección del personal que se encuentra en contacto con los desechos) y expulsión al exterior.

LA RESPONSABILIDAD EN CALIDAD DE EMPLEADOR

La responsabilidad de la clínica está comprometida en caso de falta cometida por sus asalariados en el ejercicio de su misión ya se trate de personal administrativo, paramédico o médico aun cuando esas personas tengan independencia en el ejercicio de su profesión como en el caso de los médicos de guardia, de las parteras, de las enfermeras, de los técnicos y del Director Médico. Por otra parte la clínica tiene una obligación de seguridad de resultado en materia de protección de sus asalariados: la falta inexcusable es cada vez más atribuida a los empleadores en caso de daños que afecten a los dependientes.

LA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON LA HOTELERÍA

La clínica tiene la obligación de asegurar el alojamiento, la salubridad, el silencio, la alimentación adecuada, es decir la hospitalidad de los pacientes en un ambiente apropiado. Responde así a una obligación de medios que consiste en brindar seguridad a sus pacientes y es responsable de los daños causados por su falta. Si el hotelero tiene la obligación de poner a disposición de sus clientes "locales de fácil



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.

Mejoramos 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 AAG]
0 800 999 3555 - www.ospat.com.ar



OSPAT
Obra Social del Personal
de la Actividad del Turf



utilización que no impliquen peligro particular para una persona con medios físicos e intelectuales normales", ésta verá su responsabilidad apreciada por referencia al estado de salud del enfermo: si se produce por ejemplo una caída de la cama, los magistrados examinarán si se habían puesto barreras de protección o si se había vigilado adecuadamente al enfermo.

En caso de pérdida o deterioro de los objetos depositados por los pacientes en manos de los encargados de piso, la clínica será responsable de pleno derecho, por el incumplimiento del deber de custodia, que es propia del contrato de hospedaje, y que configura una obligación contractual de resultado. Al ingresar a la clínica para sus tratamientos, los pacientes ambulatorios y los internados, en algunos establecimientos son invitados a depositar todo bien cuya tenencia se justifique durante su estadía. En caso de deterioro o robo de los objetos no depositados, la clínica sólo es responsable en caso de desaparición.

LA RESPONSABILIDAD MEDICA: LOS TRATAMIENTOS

La clínica debe asegurar la recepción, la organización de los cuidados, la buena ejecución de las prescripciones médicas, la vigilancia de los enfermos por un personal competente y suficientemente numeroso. Es así como las faltas de vigilancia, la administración de un medicamento mal realizada, las quemaduras en caso de mala vigilancia de un electro bisturí, los accidentes de perfusión, la insuficiencia de capacitación personal comprometen la responsabilidad de la clínica. Cabe destacar que las faltas del personal de enfermería no eximen necesariamente al médico de su responsabilidad especialmente cuando éste ha cometido un error de prescripción.

La clínica debe procurar al paciente no tan solo todos los cuidados adecuados a su estado, sino en especial el concurso de médicos especialmente calificados para practicar los actos necesarios: es así como deberá asegurarse de que los reemplazantes dispongan de todas las calificaciones necesarias.

También debe asumir una obligación general de vigilancia con respecto a los enfermos, el material provisto, los productos farmacéuticos (la naturaleza del contrato que interviene entre el enfermo y la clínica implica la obligación de proveerle medicamentos que respondan, por su naturaleza y calidad, al objetivo que se persigue), también a las instalaciones en general.

La clínica tiene indeclinablemente la obligación de proporcionar al médico un material adecuado, en buen estado y que sea objeto de un mantenimiento correcto así como instalaciones que permitan ejercer en condiciones satisfactorias: las quemaduras debidas al mal funcionamiento del aparato de iluminación de la sala de operaciones (ausencia de vidrio atérmico sobre el scialítico) y las provocadas por bisturí eléctrico podrán comprometer la responsabilidad de la clínica. En general, los daños resultantes de la forma de utilización del material comprometen la responsabilidad de los médicos mientras que aquellos que resultan de un defecto del aparato comprometen la responsabilidad de la clínica.

En materia de productos de salud, también verá comprometida su responsabilidad como uno de los miembros que interviene en la cadena de distribución

y comercialización, sin perjuicio de las acciones de regreso que le pudieran corresponder.

La doctrina y la jurisprudencia nacional confieren a los establecimientos de salud una responsabilidad de pleno derecho en caso de daños resultantes de infecciones hospitalarias. Sólo pueden liberarse de ella si presentan pruebas de alguna causa ajena, o de haber realizado la profilaxis antibiótica con la debida diligencia, y que pueda ser demostrable, especialmente si se trata del incumplimiento caracterizado de las obligaciones planteadas por las buenas prácticas y las normas de Infectología en materia de lucha contra las infecciones hospitalarias. De allí la importancia de implementar un sistema de calidad para la esterilización de los dispositivos médicos, basado en referentes normativos: la obligación de medios impone procedimientos e instrucciones escritas y convalidadas, puestas en práctica por un personal dotado de una formación adecuada, registradas y convalidadas por el responsable del seguro de calidad en esterilización.

LA ORGANIZACION

La clínica no puede desinteresarse de la organización médica del establecimiento: la actividad quirúrgica se establece en forma conjunta entre los médicos que realizan las operaciones, los anestelistas y los responsables de quirófano, teniendo en cuenta los imperativos de higiene, seguridad, organización y funcionamiento del sector quirúrgico, así como las posibilidades de recepción en la sala de recuperación.

La clínica debe ocuparse de reemplazar al médico titular cuando sea necesario y asegurar la presencia efectiva del médico sustituto. También debe controlar el respeto del turno de guardias por los profesionales.

El contrato de hospitalización y tratamiento que liga un paciente a un establecimiento de salud privado, obliga a este último a disponer de una organización que permita la intervención de un médico competente a su debido tiempo, incluso si esta circunstancia no estuviese impuesta por ningún texto reglamentario.

LA INFORMACION DE LOS PACIENTES

La ley, la doctrina y la jurisprudencia reafirman el derecho de los pacientes a ser informados y asociados a las decisiones relativas a los actos de tratamiento. La clínica debe disponer de una organización eficaz destinada a responder a ese derecho. Un correcto manejo del proceso de información del paciente debe ser establecido en ella. Cabe destacar que en ausencia de éste, los reclamantes podrán invocar la responsabilidad de los médicos y eventualmente de la clínica sobre la base de una falta de información, y éstos podrían ser condenados a indemnizar el daño sufrido por el paciente a raíz de la pérdida de la oportunidad de evitar el tratamiento, la intervención y el sufrimiento engendrado por la falta de información.

El campo de responsabilidad de las clínicas es muy vasto y se mueve al compás de las decisiones de la jurisprudencia. De allí la imperiosa necesidad del compromiso de los establecimientos en la implementación de una política de gestión de los riesgos a fin de limitar sus impactos. □



6^{a.}

Conferencia General de Salud

¿Quo Vadis Salud?

NH City & Tower Hotel
27 de Octubre de 2009

El debate debe ser el principal protagonista en la búsqueda de respuestas a los desafíos que enfrentan los distintos subsectores y constituir una puerta de acceso a la verdadera integración del sector salud





Por un futuro responsable

Por el Doctor Ignacio Katz

El legendario poeta inglés Percy Shelley, decía, allá por la primera mitad del siglo XIX, que “el futuro se construye en el presente como la planta en la semilla”. En estos tiempos que corren, si pretendemos transformar los escenarios del mañana, debemos seleccionar y sembrar ya las semillas para un verdadero cambio. Y una de estas semillas debe ser el Sistema Federal Integrado de Salud, como resultante de un esfuerzo mancomunado entre distintos sectores, comprometidos en la construcción de una Argentina solidaria.

La preocupación de las autoridades por la salud de los habitantes viene de larga data; ya en 1760 a.C. el Código de Hammurabi establecía “los honorarios de los médicos”. Y en la avanzada República de Venecia, a pedido de las asociaciones gremiales o corporaciones, el Estado era el responsable de la salud. En 1335, la propia república veneciana financiaba los cursos de capacitación de sus médicos.

Los tiempos que corren nos obligan a replantear las nociones con las que nos veníamos manejando. Queda claro que el Estado debe garantizar la salud de la población. Pasados los sucesivos cambios políticos, económicos, culturales y sanitarios que tuvo el mundo desde el período de esplendor veneciano, hoy más que nunca el sector público debe tener la capacidad de readaptarse a los tiempos que corren.

Necesitamos, por lo tanto, diseñar una planificación estratégica situacional, que, entre otros puntos, elabore un mapa sanitario. Este mapa debe contener información sobre:

- ❖ infraestructura adecuada.
- ❖ recursos profesionales
- ❖ parque tecnológico
- ❖ perfil epidemiológico
- ❖ porcentajes de población enferma, vulnerable o en riesgo.
- ❖ factores condicionantes, predisponentes y determinantes de enfermedades.

En la escala de valores que tiene que servirnos como guía en este proceso de transformación del país, la dignidad y la soberanía son dos palabras clave. *Dignidad*, porque de lo que se trata es de devolvérselas a las personas que sufren, en distintos puntos del país, consecuencia de las lógicas perversas que infectan el campo de la salud. Y *soberanía*, palabra algunas veces usada para propósitos contrarios a la vida humana, y que hoy debemos rescatar para un mejor objetivo.

Quiero recordar ahora una frase de uno de los pioneros de la ecología, Jacob Von Uexküll, retomado por el pensador italiano Giorgio Agamben, que decía. “No existe un bosque”, en cuanto ambiente objetivamente determinado. “Existe un bosque para la guar-

dia forestal; un bosque para el cazador; un bosque para el botánico; un bosque para el caminante; un bosque para el amigo de la naturaleza; un bosque para el leñador; y un bosque de fábula en el que se pierde Caperucita Roja”.

Haciendo el paralelismo, no existe “un” sistema sanitario, para todos. Existe un sistema sanitario para la persona que trata de sobrevivir a un infarto en la sala de terapia intensiva de un hospital; uno para la madre que está pariendo a su bebé, en medio de dolores y contracciones; uno para los padres que esperan si su hijo se recuperará del accidente automovilístico que sufrió; uno para el médico que debe atender un paciente atrás de otro; Y la lista sigue...

Pero todo esto que estamos diciendo tiene como una dimensión envolvente al fenómeno de la pobreza. Pobreza que no es algo “natural”, sino consecuencia de determinadas acciones y omisiones de la configuración social, económica, política y cultural que es hegemónica en un territorio.

El epidemiólogo británico Michel Malmot, especialista de la Organización Mundial de la Salud asegura que “más del 20 por ciento de la población de la Argentina vive con dos dólares por día y se pregunta ¿Cómo es eso posible en un país del que en la escuela me enseñaron que es maravillosamente rico?”. Nosotros nos preguntamos lo mismo.

Desde hace muchísimos años, existe en la Argentina un fuerte desequilibrio entre el potencial económico del país y su nivel biológico. También es evidente, entonces, que las distintas gestiones políticas tienen una responsabilidad enorme en esa disparidad. Y es tarea de quienes se encuentren a cargo del país revertir esa asimetría que se paga con vidas humanas. Recordemos que un 28% de los chicos bonaerenses menores de 2 años están mal nutridos. Otro dato esclarecedor: el 60% de las muertes de recién nacidos en la Argentina obedecen a problemas de infraestructura y de resolución médica.

Para contrarrestar estos efectos, debemos lograr que se realicen mediciones y controles de los efectos de las políticas públicas. Es de trascendencia saber *qué resultados* arrojan los distintos planes que se ponen en marcha, y poder cotejar así resultados con objetivos. Reiteramos además la importancia de conocer, de manera fidedigna, los datos epidemiológicos del país.

Pero el cuadro no está completo si no se realizan análisis económicos, no para podar cruelmente partidas en nombre del “mercado” como mágico corrector de desigualdades, sino para conocer la dimensión y calidad de los servicios de salud; las negociaciones económicas entre los distintos actores del sistema, privados y públicos; la utilización del dinero; y, por último y no por eso menos importante, la asignación de los recursos.

Lo que importa entonces es poder *medir el desempeño* de los distintos actores, para diseñar las políticas más coherentes y eficientes. Y, en particular, hay que poder medir el desempeño del sector estatal porque en la nueva configuración que proponemos, ejerce un rol fundamental. Por supuesto, también hay que poder evaluar el desempeño del sector privado.

Si asumimos que debemos comenzar a cuidar la vida desde la niñez; o, mejor dicho, desde la gestación, la pregunta que nos hacemos es: ¿Cuándo comenzamos entonces a cuidar a la primera generación?

Para construir un futuro que no sea prolongación del presente

... falta un presente expresaba **Stéphane Mallarmé**, haciendo referencia a que las expectativas de vida es cada vez mas difícil e insegura.

¡Los errores del pasado repercutieron en nuestro presente, y de qué manera! Lo que tenemos que hacer, entonces, es superar este *presente/pasado* para comenzar a construir el *futuro/presente*. Hay que adoptar una visión que parta de la realidad que nos presenta, para elaborar una planificación estratégica.

El "que se vayan todos", gritado en el 2001, expresó claramente una ruptura entre sociedad y política. Ese tajo, más allá de los progresos de los últimos años, no está totalmente cerrado. La meta ahora debe ser transformar la configuración social resultante de aquel quiebre.

Podemos machacar sobre la desnutrición en el Chaco, o el cáncer de útero en la región, pero el

cambio se da cuando se toma conciencia y se plasma, entonces, qué es lo significativo y qué lo accesorio. *Y ser consciente de algo es más que reconocerlo como verdadero.*

La decadencia argentina podría condensarse esa preclara expresión de Manuel Belgrano, que decía: "Me hervía la sangre al observar tanto obstáculo, tantas dificultades que se vencerían rápidamente si hubiera un poco de interés por la patria".

Por eso mismo hay que rescatar los valores de dignidad y soberanía. Interés por la patria, o amor por la patria, para ser más directos. Necesitamos un nuevo Sistema Federal Integrado de Salud, soberano y digno, equitativo y eficiente, innovador y duradero.

Ya se han derramado demasiadas promesas, planes pensados únicamente desde el marketing y frases grandilocuentes. Se trata ahora de poner en acción el verdadero compromiso con el pueblo argentino y comenzar a modificar pautas culturales, políticas públicas y compromisos privados.

Creemos en la interacción fecunda entre los distintos actores del campo de la salud, para generar una norma que habilite a esta nueva configuración sanitaria que necesita el país. Salir de la inercia del fracaso constante es una tarea de todos. Como dijo el intelectual francés Jean Marie Domenach: "Lo contrario de la responsabilidad no es la irresponsabilidad, sino el conformismo". Seamos responsables, y salgamos de la mediocridad que sólo potencia el sufrimiento. □

Dr. Ignacio Katz, Doctor en Medicina (UBA). Autor de: "*En busca 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





Priority Home Care y la internación domiciliaria

Por el Lic. Mario Ferreyra
Director General de Priority Home Care

En el transcurso de la vida de las personas todos nos vemos expuestos a circunstanciales (o definitivas) condiciones de incapacidad, esto es que podemos padecer enfermedades que nos imposibiliten el desempeño normal de nuestra vida cotidiana.

Algunas de ellas tendrán el carácter de ser transitorias pues sólo requieren de un tiempo adecuado para que se nos permita una total recuperación (ejemplo un postoperatorio prolongado). Mientras que otras, imposibles de solucionar por la medicina, adquieren condición de permanentes (ejemplo ciertas enfermedades neurológicas), o incluso otras que se reconocen como terminales (ejemplo determinadas formas de cáncer).

En todos estos casos las enfermedades se han establecido con una condición específica de cronicidad (de mayor o menor tiempo de duración y aun de permanencia), pero que en todos los casos requieren de diversas formas de asistencia, dado que colocan al paciente en una relación de “dependencia”, para cubrir necesidades básicas.

Incluso, a partir de cierta edad, muchos individuos (algunos antes otros más tarde) ingresan en una condición de fragilidad que los coloca en situación de mayor riesgo de sufrir este tipo de enfermedades y de convertirse en dependientes, aunque ello puede suceder por supuesto en cualquier momento de la vida.

En nuestro país no existe un suficiente número de camas para la asistencia de estos pacientes crónicos. Es más ellos significan un alto costo para su atención en los establecimientos asistenciales que en general han sido diseñados para la asistencia de agudos y a su vez un riesgo para los mismos pacientes en condiciones de cronicidad, ya que su estancia prolongada los pone frente a determinados riesgos adicionales (ejemplo infecciones hospitalarias agregadas).

Estos son algunos de los motivos por los que la internación domiciliaria se convierte en una opción más que válida, sino necesaria e imprescindible para la atención de estos pacientes dependientes de la asistencia sanitaria, ya sea de manera transitoria o permanente.

Priority Home Care es una empresa que se ha insertado en este espacio para dar respuesta a estas necesidades habitualmente poco cubiertas, desde una visión hospitalocéntrica.

Al decir esto me refiero a que en el imaginario colectivo se supone que la asistencia médica solo

puede ser realizada en los establecimientos asistenciales (hospitales o centros de asistencia privada) y esto es cierto sólo para algunas cuestiones. Muchas -y en especial las que revisten carácter de cronicidad- pueden ser asistidas en las mejores condiciones mediante la internación domiciliaria, ya que -como he mencionado- reduce costos, libera camas (necesarias) para la asistencia de pacientes agudos, evita eventuales complicaciones a los pacientes en hospitalizaciones prolongadas y fundamentalmente permite una mayor y mejor contención del paciente y su entorno familiar.

Por todo ello esta es una modalidad de atención que día a día crece y se expande, como ya lo ha hecho en muchos países desarrollados, en los que su utilización es corriente.

Pero lo anterior requiere ciertas “condiciones” en las que Priority Home Care ha volcado todo su esfuerzo a lo largo de sus más de 10 años de presencia en la actividad.

Por una parte debe comprenderse que la internación domiciliaria puede abarcar diversos grados de complejidad, desde una simple atención con un mínimo de asistencia y mucho más de acompañamiento, pasando por la internación domiciliaria propiamente dicha, hasta llegar a la denominada hospitalización domiciliaria (caso en el que la complejidad del paciente, aun siendo crónico, requiere de asistencia profesional y de tecnología casi equivalente a la que se le puede brindar en un centro asistencial).

Vistas así las cosas se comprende que Priority Home Care ha debido desarrollar todo un complejo mecanismo de organización para brindar aquellos que son sus objetivos:

- ✓ En primer lugar las organizaciones financiadoras deben saber que la internación domiciliaria reduce en un casi 40% los costos en relación a pacientes internados como agudos y ello es debido a que se evitan cuestiones logísticas y operativas de mayor costo.
- ✓ Además se reducen los riesgos de complicaciones para los pacientes crónicos que de producirse deberían asistirse con costos personales y económicos evitables.
- ✓ En su domicilio los pacientes son mejor contenidos por su entorno familiar, muchos de ellos (tecnología mediante) pueden incluso volver a realizar alguna actividad que les era habitual, todo lo que redundará en su reinserción social y mejor calidad de vida, cuestión mucho más nece-

saría aún cuando se trata de pacientes terminales.

- ✓ Pero la atención para cumplir estos aspectos requiere imprescindiblemente ser accesible, efectiva y de calidad.

En este último punto mencionado me quiero detener solo un momento para remarcar que Priority Home Care se ha preocupado muy especialmente para que estos aspectos sean llevados adelante en las mejores condiciones.

El desarrollo institucional ha requerido implementar todo aquello que esta dirección se ha propuesto como misión y visión de la empresa, así como procesos de gestión ágiles, flexibles y eficientes, todo lo que nos permite resolver los problemas de cada paciente con criterios personalizados adaptados a sus necesidades, con la complejidad necesaria y con alta calidad, lo que a su vez resulta en un enorme beneficio para el financiador que con razonables costos, ve resueltos los problemas de sus beneficiarios y como consecuencia su credibilidad.

El desarrollo institucional ha requerido implementar todo aquello que esta dirección se ha propuesto como misión y visión de la empresa, así como procesos de gestión ágiles, flexibles y eficientes, todo lo que nos permite resolver los problemas de cada paciente con criterios personalizados adaptados a sus necesidades, con la complejidad necesaria y

Pero para ello ha sido imprescindible que Priority Home Care invierta fuertemente en su personal, no solo el encargado de la gestión de la empresa, sino también en aquellos encargados de la coordinación y logística.

Pero a su vez y muy especialmente en aquel ocupado de la asistencia directa de los pacientes, ya que en este punto se requiere un particular compromiso, una gran capacidad de contención del paciente como de su entorno familiar -todos en condiciones de vulnerabilidad, incluso psicológica- y el desarrollo y perfeccionamiento permanente de sus habilidades tanto relacionales como técnicas.

En este punto es donde Priority Home Care ha encontrado la fórmula para convertirse en una empresa líder

en el mercado, brindando a un costo adecuado, eficiencia y calidad en la resolución de los problemas de los pacientes que se nos confían.

En nuestros resultados está nuestra mejor credencial y orgullo. □

La solución en Internación Domiciliaria

Proveer pronta recuperación del paciente y el mejoramiento de la calidad de vida en el domicilio junto a su entorno familiar.



MEDICAL SYSTEM

Junín 1616 Piso 4º (C1113AAR) Ciudad de Buenos Aires - Tel.: 4803-8585 - info@medicalsistem.com.ar

www.codingquedat.com.ar





¿Qué deben hacer los municipios en salud?

Porel Dr. Federico Tobar

“La piedra que rechazaron los constructores ha llegado a ser la piedra angular.”
Salmo 118:22

Los municipios deben ser la arena principal de la transformación sanitaria argentina. Son llamados a liderar el cambio porque es en el nivel local donde la respuesta de salud se vincula de forma más directa y tangible con la construcción del poder político. Por eso, cuando los municipios despliegan funciones de salud no deben hacer “más de lo mismo”, deben innovar, complementar las acciones que los demás niveles de gobierno dejan vacantes que son básicamente dos: promoción y gestión territorial.

EL DIAGNOSTICO

Hasta ahora han sido los convidados de piedra en la construcción de la política de salud. Nunca en la historia de la Argentina se ha convocado a los municipios para participar en formulación de políticas sanitarias ni en la definición de sus prioridades. Desde su creación por el decreto n° 22.373/1980 el Consejo Federal de Salud no incluyó a los municipios ni en una sola de sus sesiones¹. Tampoco ninguna provincia argentina logró consolidar su propio consejo provincial de salud integrando a todas las autoridades sanitarias municipales, como lo hace Brasil. En ese sentido es alentadora la iniciativa de la Provincia de Buenos Aires con su incipiente COPROSA.

Las funciones municipales en salud crecieron por default. Sólo en la provincia de Córdoba la Constitución asume la descentralización de la atención primaria en el sentido de una devolución a los municipios. En el resto, los municipios fueron asumiendo responsabilidades en salud bajo el modelo “apaga incendios”, para paliar los vacíos que Nación y Provincia dejaban en la asistencia médica y las protecciones de salud.

La oferta de servicios y cuidados locales creció de forma desarticulada fortaleciendo las inequidades en el acceso a la salud. Es que la dinámica en general es similar. El municipio que pudo, incorporó un dispensario o salita, en la mayoría de los casos más inspirado en los primeros auxilios que en la estrategia de APS. En seguida, crece la demanda por servicios y, cuando se requiere una derivación, con frecuencia es muy difícil obtener respuesta de los hospitales provinciales. Por eso, el municipio que pudo creó su propio

hospital. Algunos, como en el caso de Bahía Blanca, llegaron a incorporar tasas municipales para financiar la salud. Otros, como Malvinas Argentinas, limitaron las prestaciones a los municipios, excluyendo a los ciudadanos de localidades vecinas.

Este crecimiento desordenado responde, en gran parte, a la ausencia de un órgano rector de la salud. En la medida que el Ministerio nacional no acredita ni evalúa servicios ni programas de salud locales, cada uno hace lo que puede o lo que quiere. Por eso, como por lo general, los recursos locales son escasos, es imprescindible priorizar y asignar los pocos cuadros profesionales, así como los magros recursos financieros disponibles, las funciones más estratégicas para producir salud.

LAS PROPUESTAS

Hay dos funciones en salud que los municipios pueden desempeñar mejor que nadie. La primera de ellas es constituirse en municipio saludable, la segunda es partir de la gestión territorial para construir modelos de salud familiar y comunitaria.

¿Qué significa constituirse en municipios saludables?

Un municipio no es saludable porque hace acciones de promoción y prevención en salud sino porque también cumple con tres condiciones esenciales²:

- a) Posiciona a la promoción de salud en un lugar destacado dentro de la agenda de desarrollo local.** Lo más importante que deben hacer los municipios en salud es promoción. La asistencia médica debe ser una función secundaria. La iniciativa de municipios saludables debe operar sobre los determinantes y condicionantes de la salud. Por lo tanto, es necesario que despliegue acciones desde los servicios de salud. Pero en los casos que lo haga, éstas deben apuntar a la transformación del modelo de atención.
- b) Establece alianzas y pactos que promueve un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables.** Aunque el fin es la salud, el camino es la política. La iniciativa no se restringe a la salud, ni mucho menos a sus aspectos más estrictamente técnicos. Instaura una lógica de transformación que además de sanitaria y ambiental es social, política e incluso productiva. Para ello, el primer requisito es concretar la voluntad política de los tomadores de decisión y abrir espacios y dinámicas que permitan construir la viabilidad de la iniciativa sumando adhesiones.

Los municipios saludables crecen sumando actores y voluntades en un pacto por la salud. Instauran así una lógica de un compromiso creciente por conquistar respuestas en salud a la población. Se trata de un pacto social que se hace sostenible en la medida que su transgresión pueda ocasionar costos políticos para los actores involucrados.

a) Incorpora lógicas de acción particulares. Es que la identidad de los municipios saludables tiene más que ver con cómo se hacen las cosas que con qué cosas se hacen. Y en ese cómo se destaca que el eje en la conducción local y su afinidad con el despliegue de la gestión territorial (que será abordada enseguida), la incorporación de la participación ciudadana en salud y un necesario avance hacia un enfoque multisectorial.

¿Qué significa gestión territorial en salud?

Gestión territorial significa asumir la responsabilidad por satisfacer las necesidades de la población que habita un espacio determinado. Los municipios deben constituirse en responsables primarios por las protecciones de salud. Cuando los tienen, a partir de centros de atención primaria (CAPS), cuando no, a través de médicos de familia. En ambos casos asumiendo un rol activo con la población que tienen a su cargo.

Los CAPS no deben ser salas de primeros auxilios sino servicios con atención programada. Deben desplegar acciones extramuros, esto es salir a buscar a la población y realizar acciones y controles preventivos y gestionando la derivación a los servicios provinciales cada vez que haga falta.

Es mucho más conveniente que los municipios se

centren en acciones colectivas que en brindar prestaciones médicas de complejidad creciente. Cuando los municipios incorporan hospitales duplican las funciones provinciales. Mientras que ni la Nación ni las Provincias pueden asumir de forma adecuada el abordaje comunitario. Y esto resulta imprescindible porque no se produce salud de forma individual. “Medicina comunitaria vertical”, eso es un oxímoron. Lo que es vertical no puede ser comunitario.

LOS MUNICIPIOS COMO PIEDRA ANGULAR DE LA REFORMA DE SALUD

En la Argentina hay 1.160 municipios y otros 1.087 gobiernos locales sin estatus municipal de dependencia provincial. A ellos se suman los gobiernos locales dependientes de los municipios que han sido estimados en 300. Por lo cual el número de gobiernos locales en el país se aproxima a los 2.600³. Si incorporan estas dos funciones, los más de mil municipios argentinos se constituirán en la piedra angular de la transformación del sector salud. □

Referencias

¹ Tobar F & Rodríguez Richeri P. Hacia un Federalismo Sanitario Efectivo: el caso del consejo Federal de Salud Argentino, análisis y propuestas. Ediciones Isalud Buenos Aires. 2004

² Tobar F & Anigstein C. Hacia una nueva teoría de los Municipios y Comunidades Saludables. Documento elaborado en el marco del proyecto ISALUD-OPS. Reposicionamiento de la Estrategia de Municipios y comunidades Saludables en las Américas. Buenos Aires. 2008

³ Blutman G. Introducción a la Administración Pública Argentina: nación, provincias, y municipios. Editorial Biblos. Buenos Aires. 2007. Página 101.



OSIM Obra Social
de Actividades
Empresarias

la opción de cambio

Montevideo 373, 4° piso
C1019ABG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(011) 4010-OSIM
(6746)
www.osim.com.ar info@osim.com.ar





La sibila y nuestros dilemas en el Sistema de Salud

Por el Dr. Eduardo Filgueira Lima
Mg. en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Desde hace poco tiempo la Iglesia hizo explícito lo que la sociedad argentina ya percibía: el incremento de la pobreza.

Más allá de las estadísticas (poco creíbles) oficiales -ya que las cifras del INDEC la orillan en torno al 15%- o las que proporcionaron la Iglesia -cercana al 40%- u otras de valores intermedios y cualquiera fuera el valor más cercano a la realidad, el hecho fue calificado como "escandaloso", circunstancia que además de ser reconocida por el gobierno la convierte ahora (ante la imposibilidad de desconocer la realidad) en su bandera.

Hoy la "lucha contra la pobreza" se ha convertido en el nuevo baluarte de lucha de quienes a pesar del crecimiento no pudieron lograr el desarrollo.

Parece incomprensible que luego de la crisis del 2001 y de haber sorteado con aparente éxito -declamado como "crecimiento a una tasa constante y promedio de entre el 6,6 y 8,8% anual" durante 6 años- nos encontremos que el mismo no ha alcanzado a todos y que muchos viven en condiciones de indignidad.

Valga lo anterior para comprender que "el trabajo" -que obviamente tiene precondiciones para permitir "trabajo digno" y calificado- resulta un valor imprescindible pero no suficiente para mejorar las condiciones de vida y posibilitar el acceso a diferentes bienes que permitirían salir de la condición de "ser pobre".

En nuestro país desde hace tiempo el INDEC ha dejado de ser una fuente confiable por la manipulación de sus datos.

Esto significa que atados a alguna de las formas de medición, uno puede suponer que una familia ha dejado de ser pobre sin que sus condiciones de vida cambien. Incluso muchos compatriotas hoy (aun con trabajo) se mantienen en situación de pobreza. Se estima que el 15% de los trabajadores en condiciones de regularidad laboral son pobres.

Lo cierto es que además de los empleados que a pesar de serlo son pobres y según los datos que ofrece el mismo INDEC -que deberán ser tomadas con cautela dadas sus permanentes manipulaciones- y comparando el 2° trimestre del 2008 con el mismo período del 2009:

- ✓ La PEA aumentó en 101 mil personas por incremento demográfico solamente (la PEA alcanza al 49,6% de la población).
- ✓ Pero el empleo total sólo aumentó en 5 mil (sin efectuar disquisiciones sobre su calidad).
- ✓ La diferencia entre lo que aumentó la PEA y los que consiguieron alguna forma de empleo es de 96 mil personas que incrementan la legión de desocupados.¹

La explicación parece sencilla pues en realidad no ha habido creación de fuentes de empleo, se ha desincentivado la inversión, se ha generado la desconfianza y a la par queda solo el Estado por sus organizaciones o los

planes de ayuda como la única perspectiva de inclusión, que resulta sólo un paliativo de inconsistente sustentabilidad.

Lo anterior es sin considerar que casi el 50 % de la población empleada se encuentra en condiciones de informalidad, lo que le impide acceder a los beneficios en salud, previsionales y otros que el trabajo formal ofrece y que ha crecido en mayor proporción que el empleo formal (la ligera expansión del empleo total se ha sostenido a expensas del empleo precario).²

Sin embargo y a contramano de lo anterior, he leído en un matutino que los recursos por cotizaciones de los activos, se han incrementado para los seguros sociales de salud (entiéndase obras sociales nacionales y Pami), a pesar de no haberse incrementado el número total de aportantes. Ello merece algunas consideraciones.

Se considera al sistema "superavitario", pero ello es desconocer la enorme cantidad de cuestiones no resueltas: las enormes deudas pendientes (precisamente con enorme prevalencia en las poblaciones más pobres).

Muchas de estas enfermedades (tuberculosis y TBC resistente, leishmaniasis, chagas, paludismo, dengue, etc.) subsisten por las condiciones sociales y de vida de nuestros conciudadanos, como de la insuficiente acción del Estado.

Ellas son el emergente social en salud, sólo la punta del iceberg, pero mucho nos queda sin ver y sin abordar en las profundidades del sistema.

Otro aspecto (por cierto legítimo), referido al aumento de la recaudación de los seguros sociales, es el incremento logrado en los acuerdos por aumentos salariales, como además la eliminación de los "topes" en las cotizaciones, todo lo que incorpora una masa dineraria mayor.

Pero esto tiene su contrapartida: si no existe un incremento proporcional -en monto- del Sistema Automático Nominativo (el 70% del Fondo Solidario de Redistribución), la diferencia se incrementa (por afiliado) entre obras sociales de gremios con mejores acuerdos salariales respecto de aquellas con salarios más bajos, por lo que aumentan las diferencias y muchas no llegan "al piso" de ingresos necesarios hoy, por afiliado.

El incremento de ingresos favoreció a las obras sociales comprendidas en las leyes 23.660/1 y al Pami. Y dentro de aquéllas a las de mejores ingresos salariales,... pero no a todas, con lo que la solidaridad horizontal aparece comprometida.

El sistema de seguridad social resulta un componente esencial del sistema de salud en la Argentina. Más de 22 millones de personas se encuentran cubiertas por el mismo.

Las obras sociales provinciales, las Universitarias, las del Poder Legislativo y otras, marchan por su propio rumbo, caracterizando un sistema atomizado, tal como los sistemas público/estatales (con sus enormes dispa-

ridades entre provincias) lo hacen y en el mismo sentido contribuyen los múltiples seguros privados de salud sin una regulación adecuada.

Mientras, los prestadores (públicos y privados) intentan maximizar sus magros ingresos y la mayor parte de los financiadores recurren a malabares financieros, para sostener las prestaciones de sus afiliados.

Todos sabemos de lo que estamos hablando.

También sabemos que por lo mismo (entre otras causas) somos ineficientes e inequitativos,... lo que parece que no sabemos es cómo salir de esta verdadera trampa.

Nos ocupamos denodadamente y con todos los esfuerzos de los problemas emergentes (que convertimos en mediáticos floreándonos en TV) y ello nos hace pensar que vamos bien.

Mientras, los gestores del sistema de salud parecemos mirarnos permanentemente el ombligo, descontextualizados del país, sin darnos cuenta que nuestros problemas radican en decisiones políticas que exceden el marco exclusivo del sistema sanitario.

La solución de fondo es política,... que salud debe ingresar a la agenda política con urgencia y diseñar un modelo que contenga a todos, que sea universal (sin desconocer las identidades de las diferentes organizaciones de salud), que asegure equitativamente lo que da (pero que esa canasta de prestaciones exige un cálculo actuarial que la haga sustentable), lo que nos introduce en el esquema de financiamiento en el que sólo hay dos caminos: o la canasta incluye las cuestiones prevalentes hasta donde los recursos nos permiten, o inyectamos al sistema lo necesario para que funcione con todo lo incluido (aunque esta última cuestión es sumamente improbable).

Esto es que: los que pueden reciben todo y más,... mientras que muchos no reciben ni lo imprescindible.

Solo de esta forma "salud" como bien meritorio va a

ser "superavitaria" por sus resultados, que es la mejor forma de hacer "superavitarios" los recursos.

La disminución de las disparidades (en un país de por sí es inexplicablemente pobre,... aunque todavía algunos piensen "que Dios es argentino"), forma parte importante de la agenda (y no se limita a la mentada "redistribución del ingreso").

El país no espera menos que esto: que nos olvidemos de los "ismos",... que nos insertemos en el mundo real, que nos organicemos como una sociedad cohesionada, que trabajemos denodadamente por los beneficios que de manera inteligente sepamos conseguir y que los mismos alcancen a todos sin abismales e incomprensibles diferencias.

Y la salud en la Argentina para plantear verdaderamente estar en la agenda de gobierno necesita "subir el discurso", porque la resolución de sus problemas de fondo, "son políticos".

La pobreza y nuestros resultados en salud van de la mano. Y los dos problemas -que en gran medida se superponen- son inaceptables.

Encontrar el "cómo" ya es preocupación de muchos.

Según la mitología griega Eneas funda Roma a orillas del Tíber, cuando la Sibila -una adivina que vivía en una cueva que conducía a los infiernos- le muestra una visión del futuro y le augura que la ciudad de Roma será cuna de grandes héroes y centro de un gran imperio. Eneas no supo de la gloria que acompañó a sus descendientes mucho tiempo.

La profecía fue realidad durante varios siglos.

¿Necesitaremos a la Sibila para que nos alumbré en el camino a recorrer? Ya que desde hace muchos años en nuestro sistema de salud sólo hacemos retoques y anuncios cosméticos. □

¹ Fuente : IDESA (Agosto de 2009) N° 299

² Fuente: IDESA (Agosto de 2009) N° 299



Praxis | Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios

Nuestro Valor

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

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

www.lamutual.org.ar





El trabajo en comunicación, un desafío para la empresa de salud

Por la Lic. Ana Gambaccini, MBA, consultora especializada en comunicación y salud

En las empresas de salud medianas, el número uno generalmente es un profesional de la especialidad que ha devenido en gestor de la organización, y proyecta características de su formación en su quehacer diario.

Como consultora de comunicación, al encontrarme con este perfil de cliente, se han repetido situaciones que fueron la inspiración para desarrollar este decálogo, que espero que sea de utilidad para los directivos de las instituciones.

Regla 1: La comunicación es un compromiso de la Dirección.

Sin lugar a dudas, la reputación es clave en la construcción del valor de la empresa de salud, y la comunicación es una de las llaves para construirla. La reputación de una organización depende, en gran medida, de lo que se haga en comunicación. Y éste es un fenómeno complejo, un proceso en el que intervienen múltiples factores. Necesita de profesionales, pero no se puede delegar y tercerizar en su totalidad.

Si deseamos incrementar el valor de la empresa de servicios de salud fortaleciendo su imagen y sus marcas, gestionando el conocimiento y la cultura, se contribuirá al aumento del market share. Entonces, es imprescindible otorgarle a la comunicación el valor estratégico que tiene. Y la dirección necesita, por lo tanto, destinarle tiempo.

Regla 2: La estrategia de comunicación debe estar alineada a los objetivos estratégicos de la dirección.

Las empresas de salud, la mayoría de las veces, están conformadas por distintos servicios, con prácticas muy diferentes, directivos con especialidades y formaciones diversas. El sentido de unidad, de trabajar todos los días con un objetivo claro, y el compartir una meta futura son aspectos a definir y consensuar, para luego poder transmitirlos.

Porque el *qué se quiere* de la empresa tiene que ver, necesariamente, con su identidad, y por lo tanto, con su imagen. Esta imagen que se construye, en gran parte, desde la comunicación, permitirá diferenciarla de todas las demás -aunque haga lo mismo-, y agrega valor duradero a lo que hace, realiza y comunica.

Formalizar la redacción de la misión, visión, y valores, es un paso fundamental para dar la idea de unidad necesaria en la medida que la organización crece.

Regla 3: La comunicación empieza desde el adentro de la institución.

En las empresas de salud, el personal es fundamental. Si no está capacitado e informado, las acciones que se realicen para atraer pacientes a la institución serán un bumerán. El equipo de tecnología más avanzada, el científico más prestigioso, pierden estrepitosamente importancia ante la decepción que sufre un paciente cuando no recibe la contención que necesita.

Aun en las empresas con sistemas de calidad eficientes, generalmente las reuniones con el “personal de contacto” se organizan a partir de una queja, un error, como disparador de un “proceso de mejora”. ¿Cuánto hace que no tiene una reunión con el telefonista, para conversar sobre los problemas que surgen en el trato diario? ¿Están estandarizados los intercambios discursivos entre la recepcionista y el paciente, por ejemplo?

Regla 4: Todos comunican. La “dimensión comunicacional” debe ser incorporada en cada uno de los integrantes de la empresa.

La empresa es un sistema con subsistemas que necesitan intercambiar información entre ellos. Entonces, es parte del trabajo del que gestiona o administra la comunicación, tanto para el adentro, en el caso de los subsistemas, como para el afuera, es decir, su entorno. Si hace y no informa algo que necesitaba ser comunicado, no está cumplido su trabajo de administración.

Por lo tanto, la comunicación no puede restringirse a una persona o a un profesional que da ideas y las gestiona, sino que debe ser una dimensión que atraviesa toda la organización. La empresa es una red de conversaciones, en la que cada destinatario es a la vez un emisor. En la que el silencio, lo no dicho, también implica estar diciendo algo.

La división del trabajo en las empresas de servicios de salud no ayuda demasiado. Los profesionales orientados a la asistencia o a procesos tienen muy poco tiempo para organizar, estructurar, comunicar.

Es más, muchas veces, cuanto “más dura” es la disciplina a la que pertenecen, más concentración requiere su actividad diaria, y por lo tanto no consideran que es parte de su tarea la gestión y menos aún la información. Es por ello que el entrenamiento en la reflexión sobre el aspecto “comunicacional” de sus acciones laborales debe ser facilitado.

Regla 5: Existen distintos públicos de una empresa, y cada uno se vincula de manera diferente con ella.

Dado que el fenómeno de la comunicación se caracteriza por ser complejo, es necesario construir una “plataforma comunicacional” en base al análisis de cada público, en función de su posición con relación a la institución y lo que lo motiva a establecer un vínculo con ella, tomando en cuenta su incidencia en la construcción de la opinión pública.

Regla 6: Las herramientas de comunicación son múltiples.

Las empresas de servicios de salud necesitan comunicar de manera distinta a la de otros servicios y productos. No son compras a “impulso” como un postrecito lácteo, cuya aparición en un aviso hace pedirlo en la góndola al día siguiente. No es posible utilizar las mismas herramientas que una institución que está trabajando en su imagen desde hace 30 años. Las herramientas de comunicación son múltiples; trabajar profesionalmente implica conocer las características de cada una, y actuar en consecuencia.

Todos los días hay buenas ideas, pero las soluciones mágicas no existen. Cada una de ellas debe ser evaluada en relación con sus posibilidades, el nivel de inversión y el objetivo que busca la institución, su posibilidad de articulación y continuidad, para que se sinergicen y potencien.

Regla 7: La publicidad se rige con una lógica comercial, el periodismo con la lógica de la “noticeabilidad”.

La apertura de nuevos servicios de salud no necesariamente implican noticias científicas que merezcan ser publicadas por los grandes medios, aunque la inclusión en espacios periodísticos de novedades respecto a ciertas instituciones crean la expectativa de que el mismo espacio puede ser obtenido por otras.

REGLA 8: Se deben definir políticas, programas, planes y acciones de comunicación.

De la misma manera que una institución médica tiene políticas de calidad, debe tener políticas de comunicación. La comunicación no se puede reducir a momentos o a eventos. Es una dimensión que debe estar presente en todas las funciones, que atraviesa toda la organización. Haber invertido el tiempo para definir la política, o diseñado un programa, redundará en el acortamiento de los tiempos en la toma de decisiones cuando surgen coyunturas específicas.

REGLA 9: Asignar un presupuesto y determinar la manera de medir los resultados.

El problema de las buenas ideas: para hacerlas hay que contar con fondos. Sucede con muchos proyectos en el sector salud: el nuevo servicio se concentra en la tecnología adquirida y el know-how de los profesionales. Se realizan grandes inversiones en el inmueble, y el equipamiento, se suscriben los contratos entre los profesionales que conforman el emprendimiento. Quizás el hijo de algún amigo hace folletos y llaman a un periodista amigo para que haga alguna nota.

Pero pasan los días, y los pacientes o los clientes no llegan. Se va tomando conciencia de que quizás necesitan la ayuda de un profesional. Pero claro, no queda más presupuesto, ni para el profesional ni para una campaña publicitaria.

Entonces: Para cada nuevo servicio, para cada nuevo producto, se debe prever un porcentaje de la inversión para su comunicación. El mejor servicio, el tratamiento con la tecnología más avanzada, el profesional más excelso, necesitan contar que existen, especificar porqué son diferentes a los otros. Y para ello, hay consultoras y agencias especializadas, distintos recursos, diferentes medios. Pero se necesita presupuesto.

REGLA 10: La comunicación se gestiona.

Es necesario que alguien se “haga cargo” de la gestión de la comunicación. De llevar adelante el proyecto. Esto implica que, una vez diseñada la estrategia y redactado el plan, se haga cargo de implementarlo, reunir los materiales y hacer un seguimiento de los resultados. □

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	
---	--

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





VII° Coloquio:

Buscando el Acercamiento de los Jueces a las Ciencias: Horizontes compartidos

En el número anterior, dimos cuenta de la importancia de este encuentro que busca generar vínculos productivos entre la justicia y el ámbito científico. Hoy les acercamos las conclusiones de la mesa consagrada al rol de las sociedades científicas ante la justicia, las causas y consecuencias de la creciente Judicialización del área de la salud y la enorme utilidad de los procesos de certificación profesional.

La séptima edición del ciclo de coloquios Buscando el Acercamiento de los Jueces a las Ciencias, que tuvo lugar en el Howard Johnson Hotel de Pilar, fortaleció el camino trazado en años anteriores. Organizado por Fundación OSDE, con el aval de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), la Academia Judicial Internacional, la Asociación de Magistrados y Funcionarios de la Justicia Nacional, la Junta Federal de Cortes y Superiores Tribunales de Justicia de las Provincias Argentinas, y la Superintendencia de Servicios de Salud de la República Argentina. El Coloquio contó con la presencia de magistrados y de representantes de las sociedades científicas, del sector prestador y financiador, y del Estado, que participaron activamente en la indagación de los tópicos de interés común que los vinculan. En esta segunda nota dedicada al Coloquio, presentamos las conclusiones de la mesa que estuvo dedicada a la colaboración entre las Sociedades Científicas y la Justicia.

La mesa llevó como título el lema "Las Sociedades Científicas y su rol ante la Justicia", y contó con la coordinación de Fortunato Benaim, Presidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, y con las exposiciones de los representantes de cuatro sociedades científicas. El doctor Alejandro Oria, expresidente de la

Asociación Argentina de Cirugía, abundó en la importancia de definir estándares de calidad aceptables y en la relevancia de focalizar en el concepto de proceso. Por su parte, el doctor Federico Saravia Toledo, Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía Infantil, indagó en los cambios que ha sufrido la relación médico paciente y en cómo estos nuevos vínculos y las renovadas tecnologías pueden influir en el aumento de la litigiosidad indebida. El doctor Gustavo Cardigni, Vicepresidente 1° de la Sociedad Argentina de Pediatría, expuso algunas de las características diferenciales de su especialidad y recalcó la importancia de los procesos de certificación y recertificación profesional. Por último, fue el doctor Miguel Fernández Vigil, expresidente de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires, quien estuvo a cargo del cierre de la mesa, y subrayó las incumbencias de los profesionales anestesiólogos a la vez que presentó cifras que evidencian la creciente seguridad de su área.

Dr. Alejandro Oria



LA CALIDAD EN CIRUGIA

El coordinador de la mesa, Fortunato Benaïm, abrió la rueda de ponencias haciendo especial hincapié en el concepto de certificación. Al respecto dijo que "fue fundado con el objeto de dar un documento que diera la seguridad de que un profesional médico determinado actúa correctamente, tanto en su conocimiento científico como en el marco de la ética y la moral". Aclaró también que, hasta hoy, el proceso de certificación y recertificación es espontáneo y que quienes certifican son las Sociedades Científicas, cumpliendo con los requisitos del Consejo de Certificación.

El expresidente de la Asociación Argentina de Cirugía, doctor Alejandro Oria, comenzó su exposición señalando lo importante que resulta hablar de calidad y de estándares de calidad en cirugía: "Estos conceptos han modificado enormemente la práctica de la cirugía en Estados Unidos y están comenzando a modificarla acá también", especificó. Oria destacó dos factores que, en su especialidad, hacen a la definición de calidad: "La calidad, en cirugía, depende de la estructura y del proceso". La estructura, explicó el doctor, está relacionada con la infraestructura física que conforma el marco para el desempeño profesional del cirujano. Sin embargo, enfatizó, "lo importante en cirugía es el proceso, que se define como la interacción que hay entre la estructura, los profesionales y el paciente". Es esta definición, continuó Oria, la que lleva a distinguir entre procesos simples y procesos complejos en la especialidad.

Estas reflexiones llevaron a Oria a repensar, para el auditorio, el

concepto de estándar de calidad. "Un estándar de calidad es un nivel de calidad que resulte aceptable; no hay excelencia porque la excelencia es marketing", enfatizó. Este nivel de aceptabilidad, no obstante, se puede ir mejorando. A modo de ejemplo, Oria refirió el caso de la Asociación de Cirugía de Estados Unidos que, para mejorar sus promedios de resultados, inició un programa de calidad que surgió de las inquietudes de los mismos cirujanos. "Midieron las tasas de mortalidad en diferentes especialidades de cirugía y, dispuestos a mejorar, modificaron el proceso, la interacción, con lo que las tasas de mortalidad se redujeron", expuso el doctor.

Para acercar alguna reflexión acerca del ámbito local, Oria señaló posibles formas de lograr una mejor calidad en cirugía mayor: "Hay dos opciones: copiar la regionalización que propone el sistema norteamericano o crear nuevos centros de alto volumen". El



Dr. Federico Saravia Toledo

problema, sin embargo, prosiguió Oria, es que "la sociedad no se esfuerza en crear centros de alto volumen ni en proteger los que existen. Este es un problema típicamente nuestro". En los centros de bajo volumen, explicó, surge el dilema de la desaparición de los especialistas: "No se puede pagar a los especialistas para que operen a dos enfermos por mes; éste es un problema dramático", sintetizó el doctor.

LA RELACION MEDICO PACIENTE, EN JAQUE

Por su parte, el Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía Infantil, doctor Federico Saravia de Toledo, dio inicio a su exposición expresando la voluntad de su Sociedad de acercar su apoyo a los jueces. Más tarde, el doctor presentó algunas cifras que dieron cuenta del incremento de la litigiosidad en el área de la salud: "Hace quince años de producía un juicio por mala praxis cada uno o dos meses; hoy, se dan dos o tres juicios por día". Esto, prosiguió el doctor, afecta terriblemente a la relación médico paciente; este vínculo tiene, en su especialidad, un doblez característico: "En pediatría, se ve afectada la relación médico pariente porque nosotros tenemos que dialogar con los padres o la familia del paciente".

Otro de los factores que, según expuso Toledo, afectan al núcleo de esta relación son los avances tecnológicos que, aunque son indudablemente positivos, han producido que la práctica de la profesión se multiplicara y se desmembrara: "En los últimos tiempos, se ha dado una diversificación de los actores, lo que ha hecho que se despersonalice la atención del



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

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



OSDO
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN

www.osdo.com.ar



médico con el paciente. Se ha deshumanizado el vínculo y se ha perdido el afecto entre el médico y el paciente”, reflexionó el doctor. Es esa falta de contacto lo que hace, según Toledo, que la relación se altere: “Es muy difícil llegar a un juicio de mala praxis cuando ha habido un contacto con el paciente. Las estadísticas de los juicios indican que en el 90% de los casos hubo una mala relación entre el profesional y el paciente. Por eso es muy importante intentar volver a esas fuentes originales”, acotó Toledo.

Entre las causas de los juicios de mala praxis, Toledo identificó tres variables. “En muchos casos, los juicios son disparados por la sensibilidad que despierta en el paciente la información a la que puede acceder a través de Internet y que, en muchos casos, no puede ser asimilada correctamente”. Por otra parte, también influye en el incremento de la litigiosidad indebida, según el doctor, “el criterio economicista de algunos abogados que incitan a ese procedimiento”. Pero, además, también hay una gran responsabilidad en los médicos, admitió Toledo: “Es en ese sentido que resulta muy importante la calidad profesional; por eso el proceso de certificación de los médicos, que se está llevando a cabo, apunta a que haya la mayor cantidad posible de médicos certificados”.

Por último, Toledo refirió la importancia de empezar a contar con peritos certificados en cada especialidad, para que los magistrados puedan tener información idónea y calificada a la hora de tomar decisiones que resultan difíciles. Además, también resaltó que sería muy positivo el desarrollo, en nuestro país, de tribunales de evaluación previa, que determinan si corresponde o no que los casos sean llevados hasta la instancia de juicio. “Todas estas cuestiones son las que nos van a ayudar a poder, en el futuro, llevar a cabo nuestra profesión con mayor tranquilidad y a poder ejercerla en la forma que corresponde”, concluyó Toledo.

LA IMPORTANCIA DE LA CERTIFICACION

El doctor Gustavo Cardigni, Vicepresidente 1° de la Sociedad Argentina de Pediatría, comenzó su disertación aclarando los dos



Dr. Gustavo Cardigni

objetivos centrales de su Sociedad, que está próxima a cumplir 100 años y que cuenta con 14.500 miembros en todo el país: “Nuestros objetivos son la promoción y la prevención de la salud en chicos y adolescentes, y la formación integral del médico pediatra, tratando de actualizar el modelo permanentemente para ajustarnos al aumento del conocimiento”. La Sociedad, explicitó, opera con un modelo basado en la salud, lo que, destacó, “es muy importante con los chicos, ya que la promoción de la salud hace que se transformen en adultos sanos y fuertes”.

En lo que a la formación permanente del pediatra se refiere, la Sociedad cuenta con numerosos

programas de formación y con una página Web de consulta abierta. Pero, sobre todo, la Sociedad hace hincapié en los procesos de certificación y recertificación de los profesionales: “Para este fin, contamos con una comisión de evaluación continua, que es totalmente independiente del poder político de la Sociedad”, destacó Cardigni. Otro de los aspectos que, aclaró el doctor, conforman una piedra angular en la formación permanente es la elaboración de guías y consensos: “Los consensos son la unión de la opinión de expertos en base a todas las evidencias disponibles; las guías se elaboran para los tratamientos de acuerdo con los estándares conocidos y razonables. Funcionan como material de consulta para cualquier médico, en cualquier zona del país, y como material de consulta para algún litigio. Es un aporte que las sociedades científicas podemos hacer a la justicia y a los otros médicos”, detalló.

Los avances de la tecnología, expuso luego Cardigni, también pueden influir en el avance de los litigios en salud, ya que generan muchos aspectos conflictivos. Casos ejemplares de esta problemática, ilustró el doctor, son, por ejemplo, las patologías de sobrevida que requieren mantener un soporte vital, por lo que el paciente comienza a depender de la tecnología. “Además de poner a la familia en un estado de conflicto, estas situaciones generan muchos

Para tomar decisiones en este aspecto las leyes son puntos basales, pero el marco legal que nosotros tenemos en nuestro país no es muy rico; no hay leyes para el fin de la vida, tal vez porque no es un tema instalado en la sociedad. Para esto es indispensable el consenso social.



¿Quo Vadis Salud?

6^{a.} Conferencia General de Salud

NH City & Tower Hotel
27 de Octubre de 2009



El debate debe ser el principal protagonista en la búsqueda de respuestas a los desafíos que enfrentan los distintos subsectores y constituir una puerta de acceso a la verdadera integración del sector salud

**Nueva Edición
Imprescindible**

Guía Farmacológica y Terapéutica

FARMANUARIO 2009

El libro de los medicamentos

- Todos los medicamentos y Nuevos Fármacos 2009
- Ficha Técnica actualizada de cada principio activo, con las presentaciones de todos los laboratorios
- Organizado técnicamente en Capítulos por Especialidades y Grupos Terapéuticos
- Directorio Argentino de Laboratorios
- Índice Único de Multibúsqueda
 - por marca comercial
 - por principio activo
 - por acción terapéutica

Argentina
2009

Incluye código de acceso para
descargar de Farmanuario PC

FARMANUARIO

**¡La información exacta
para el momento justo!!**

**Una obra médica, útil y práctica,
dirigida a profesionales de la salud.**

**Facilita el instante
de la prescripción !!**

Incluye código de acceso para
descargar de Farmanuario PC

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



dilemas éticos: hasta dónde hay que seguir con el soporte vital". Destacó Cardigni que "quienes trabajamos en esto tenemos claro que la mayoría de estos conflictos no deberían judicializarse, sin embargo, uno ve con frecuencia que surgen este tipo de casos porque a veces no hay acuerdo entre el equipo tratante y el paciente". El marco legal, en este sentido, resulta de suma importancia: "Para tomar decisiones en este aspecto las leyes son puntos basales, pero el marco legal que nosotros tenemos en nuestro país no es muy rico; no hay leyes para el fin de la vida, tal vez porque no es un tema instalado en la sociedad. Para esto es indispensable el consenso social. Es un tema que debería resolver la sociedad toda", reflexionó el doctor.

LA ANESTESIA Y SU CONTEXTO

Fue el doctor Miguel Fernández Vigil, expresidente de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires, el encargado de cerrar la mesa y comenzó aclarando que su especialidad es relativamente nueva, tanto en nuestro país como en el mundo. La Asociación fue fundada en 1945 y ya en 1948 se implementó el primer curso de especialización. Hoy en día, para obtener el título de especialista, el anestesiólogo debe pasar por una residencia médica: "Creo que debería ser así en todas las especialidades, pero en muchas no lo es", subrayó Fernández Vigil. Además, en 1999, recordó Fernández Vigil, la Asociación instaló el primer centro de simulación de Latinoamérica: "El centro sirve para ver las patologías que no son frecuentes de observar en la práctica diaria; de allí salen conocimientos muy importantes y, sin embargo, nunca se creó un centro de simulación de gestión estatal en nuestro país", señaló el doctor.

Más tarde, Fernández Vigil se encargó de definir las incumbencias y responsabilidades del profesional anestesiista, insistiendo especialmente en el hecho de que su accionar no debe verse limitado al quirófano: "La anestesiología es una ciencia médica para el ali-

El anestesiólogo tiene que manejar fármacos, tiene que saber de cardiología, de terapia intensiva, de neumonología, etc. Hacemos el manejo de los pacientes a través de todas estas especialidades y debemos proteger las funciones y órganos vitales de todo el organismo, que se encuentran bajo anestesia y bajo cirugía"

vio del dolor antes, después y durante la cirugía. Lo correcto es poder tener contacto con el paciente antes de que éste ingrese al quirófano y, luego de la operación, hacer el seguimiento posterior. Nuestra especialidad abarca mucho más allá de la práctica del quirófano". Además, Fernández Vigil ahondó en el carácter inter-

disciplinario que caracteriza a su especialidad: "El anestesiólogo tiene que manejar fármacos, tiene que saber de cardiología, de terapia intensiva, de neumonología, etc. Hacemos el manejo de los pacientes a través de todas estas especialidades y debemos proteger las funciones y órganos vitales de todo el organismo, que se encuentran bajo anestesia y bajo cirugía".

Fernández Vigil presentó luego algunos datos que dejaron en claro el nivel de seguridad que ha alcanzado la anestesiología. Si en 1990 se practicaban en nuestro país 2.200.000 anestесias por año, hoy en día ese número ha ascendido a 5 millones. Las causas de este crecimiento, señaló Fernández Vigil, son el aumento de la aplicación de anestесias regionales, la administración creciente de anestesia obstétrica y el aumento de la edad media de la población. Para evidenciar el nivel de seguridad de la anestesia, Fernández Vigil comentó que "en los 60, los problemas graves por anestesia eran de 1 caso cada 10 mil anestesiados. Hoy es de 1 caso cada 250 mil anestесias. El índice de seguridad aumentó 25 veces. Es mayor la posibilidad de morir en un accidente de auto que en una anestesia. Sin embargo, la gente piensa que la anestesia es muy riesgosa, sobre todo por desconocimiento".

No obstante, en el contexto de nuestro sistema de salud, señaló Fernández Vigil, esta cifra puede modificarse. "Creo no equivocarme cuando digo que el 50% de los quirófanos de Capital y Gran Buenos Aires no deberían estar habilitados para tratar pacientes. Por eso esa cifra de 1 caso en 250 mil sube abruptamente. Pero, ¿de quién es la responsabilidad?", cuestionó el doctor. En este sentido, sintetizó Fernández Vigil, resulta muy importante tener en cuenta el contexto de operación a la hora de juzgar en un litigio: "En parte, cuando hay un caso de mala praxis, es responsabilidad nuestra, pero también hay que tener en cuenta el contexto en que se dio el caso; se juzga de la misma manera a quien está en el mejor sanatorio con el mejor equipamiento que a quien está en un quirófano que no tiene absolutamente nada". □



Dr. Fernández Vigil



Odontología para Sistemas de Salud

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

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

> **SOCDUS SA**
 Av. Belgrano 1683, 3º piso
 Capital Federal, C.P. (1093)
 (011) 4371-1096 (líneas rotativas)
 info@socdus.com.ar www.socdus.com.ar
Consultorios Propios
 Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Seguros
- Capacitación
- Cobro a financiadores
- Defensa en juicio
- Contratos
- Políticas de prevención, desde la primera consulta
- Obligaciones del paciente
- Consentimiento informado
- Responsabilidad Civil y Penal
- Asesoramiento pericial

Jornadas y seminarios en la empresa - Actualización permanente
 Cobro a Obras Sociales y Prepagas - Cláusulas que abrevian los litigios
 Medidas cautelares

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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



La urgencia y la emergencia no reemplazan al médico personal o al centro de salud

Reporte Económico FAOSDIR ⁽¹⁾

Con la llegada del invierno se produce un natural incremento de la demanda por servicios de urgencia y emergencia. La mayor cantidad de llamadas solicitando ambulancias y visitas médicas domiciliarias disminuye la capacidad de respuesta de los sistemas de urgencia y emergencia lo que se traduce en mayores tiempos de espera, disminución en la calidad y precisión de los diagnósticos e intervenciones domiciliarias, y, como resultado, la insatisfacción de los usuarios.

El fenómeno ahora se ve severamente agravado por el surgimiento de la gripe A (H1N1), pero más allá de la intensidad y la persistencia que tuvo y puede seguir teniendo este brote, lo cierto es que la disminución en la capacidad de repuesta de los sistemas de urgencia y emergencia no es un elemento nuevo, producido por la gripe A, sino que se viene observando desde hace bastante tiempo atrás.

Los motivos son muchos y complejos, pero hay uno que es especialmente importante: *la pauta cultural*. Las personas tienden a ser impacientes cuando sufren, o un ser querido sufre una afección y

cada vez con mayor frecuencia se inclinan a optar por solicitar la atención en el domicilio. Esto se refuerza por la inseguridad y las dificultades para el acceso en horarios nocturnos a centros de salud.

Los sistemas de urgencia y emergencia funcionan gracias a una técnica de priorización que se denomina *triage*. Con esta técnica, se clasifican los llamados en orden de gravedad siguiendo criterios de aproximación. Los criterios se identifican con colores cuyos códigos se presentan en el Recuadro 1.

¿QUE BENEFICIOS SUPONE EL “TRIAGE” PARA LOS USUARIOS?

Muchos, pero entre los más importantes se destacan dos. El primero es que la priorización incrementa las probabilidades de que los casos realmente graves reciban atención oportuna. En el Recuadro 1 se presentan algunos resultados de un estudio realizado en España sobre la eficacia de la técnica del triage (“Estudio del triage y los tiempos de espera en un servicio de urgencia hospitalario”. Alvarez y otros,

Revista Emergencias, Vol. 10, 1998. http://www.semes.org/revista/vol10_2/100-104.pdf). La evidencia es parcial, pero tiene el valor de ilustrar con mucha simplicidad los beneficios de la técnica. En la experiencia de triage que se analiza en ese estudio surge que el 78% de los casos que fueron identificados con el *código rojo* (y que, por ello, dispararon una asistencia de emergencia) luego ameritaron una intervención médica de importancia. El 22% restante fueron casos de importancia menor. Es decir, cuando el caso era serio y ameritaba premura el *código rojo* cumplió su objetivo.

El segundo beneficio es que para los casos que no son graves, la misma llamada telefónica del usuario sirve para contener y tranquilizar –al transmitírsele que el caso no reviste gravedad– y además para instruir sobre los pasos más apropiados a dar. Esto es, el traslado por medios propios a un centro de salud y la posterior consulta con su médico personal. Esto surge de la evidencia entre los casos que fueron identificados con *código verde*, el 95% eran even-

Recuadro 1. La técnica del triage Códigos de triage

Rojo: emergencia, paciente que precisa atención inmediata porque la afección supone riesgo de muerte.

Amarillo: urgencia no grave, paciente que precisa atención rápida porque su afección es incapacitante o dolorosa, pero no tiene en riesgo la vida.

Verde: no urgente, paciente cuya atención puede demorarse o que puede trasladarse al lugar más próximo de atención.

tos de poca importancia que no ameritaban una asistencia de emergencia o urgencia en domicilio. O sea, cuando no hubo premura el *código verde* cumplió con su función, que es sugerir que el paciente concurra al centro de salud o a la consulta con su médico personal.

LA ENSEÑANZA QUE DEJA LA EVIDENCIA

Ninguna evidencia es concluyente. Pero ésta -la del *triage*- sugiere con elementos válidos algo muy valioso para información del usuario. El interrogatorio al que se somete a una persona que llama a un servicio de urgencia y emergencia no está destinado a *negar* la prestación sino a *priorizar* recursos escasos (ambulancias y médicos a domicilio) para que personas que los necesitan en forma inmediata e irremplazable (los *códigos rojos*) los reciban en forma oportuna.

Los pacientes que reciben un *código verde* no son rechazados. Muy por el contrario, se las está canalizando hacia la *calidad médica*: el médico personal o el centro de salud. Una visita a domicilio de un médico que no es el de confianza, o de un equipo de ambulancia, no reemplaza la acción del médico personal o del centro de salud. Reemplazar al médico por la urgencia y la emergencia no es buena medicina porque la urgencia y la emergencia no está pensada para curar. Es episódica, imperfecta y sólo debe

Algunos resultados del triage

	Rojo	Amarillo	Verde
Requirió intervención médica	78%	36%	5%
Fue un evento de importancia menor	22%	64%	95%
Total	100%	100%	100%

entrar en acción *excepcionalmente* cuando una afección pone en riesgo la vida, incapacita a la persona o produce un dolor físico excesivo. Para todo lo demás, hay que recurrir al médico personal o al centro de salud. □

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



Calidad en el servicio es calidad de vida.

Una nueva opción en equipamiento médico hospitalario

EMH-ARGENTINA es una empresa especializada en la provisión (venta y alquiler) de equipamiento hospitalario, contando con un amplio y variado stock de modernos y completos equipos de atención médica de las marcas más prestigiosas del país y del exterior. Esto nos permite suministrarlos en forma inmediata, cumpliendo siempre con los tiempos de entrega estipulados.

EMH-ARGENTINA
Equipamiento Médico Hospitalario S.R.L.

Correo 3509, Ciudad de Buenos Aires, Argentina - Tel: 4544-5770 / 4543-2806
www.emh-argentina.com - info@emh-argentina.com




VENTA Y ALQUILER DE EQUIPAMIENTO







Tratamientos experimentales y financiación de la salud

**¿Quién debe pagar los tratamientos experimentales?
Un fallo de la Corte Suprema atemoriza a los financiadores.**

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

CONCEPTOS BASICOS INVESTIGACION CLINICA

Es la que realizan, en farmacología y en equipos médicos, entidades de reconocidos antecedentes bajo la supervisión del A.N.M.A.T.: generalmente sobre drogas nuevas, nuevos usos o interacción de las conocidas y en dispositivos, aparatos e instrumentos de última generación y alto riesgo médico.

Están sometidas a requisitos previos: capacitación de los profesionales que los realizarán, bases científicas que indiquen la posibilidad de llegar a un resultado positivo, información "preclínica", etc., que podemos resumir en "**quién, para qué y cómo**" se realizará la investigación. El control continúa durante el proceso y terminado éste: se deben publicar los resultados (buenos y malos) del trabajo.

Deben cumplir con las "buenas prácticas" de la investigación clínica, establecidas internacionalmente, preservando el bienestar y la voluntad del sujeto (el paciente).

Respecto de los costos, las normas establecen que deben ser afrontados por el patrocinante, si lo hubiere, o por el grupo investigador quienes en definitiva se beneficiarán con el resultado.

Nunca por el sujeto ni su cobertura social.

TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES

Son aquéllos cuya eficacia no se ha demostrado.

Todo tratamiento hoy aceptado debió, previamente, pasar por la fase experimental, aunque muchos no superaron esa etapa.

Cuando afectan a seres humanos, deberían regirse por normas y protocolos similares a los de los fármacos y aparatos y ser supervisados por asociaciones médicas, sociedades científicas, comités de ética de hospitales públicos: entidades de prestigio científico.

SIMILITUDES

¿En qué se parecen la investigación clínica farmacológica y los tratamientos experimentales? En todo: no existe certeza en los resultados, sólo la probabilidad.

El sujeto arriesga por doble vía: que el resultado sea perjudicial o que al menos lo prive de un tratamiento conocido, aporta, nada menos que su salud.

El experimentador es el beneficiario: al menos descarta la hipótesis y como máximo puede ganar el Nobel o ser dueño de una patente millonaria.

Los protocolos internacionales son muy similares.

ANALOGIAS JURIDICAS

Cuando no existen leyes específicas los tribunales suelen aplicar el principio de las "normas análogas": a una actividad no legislada se le aplican las normas de otra si las situaciones son similares.

Si comparamos la experimentación fármaco/aparatológica y los tratamientos experimentales encontramos un 95% de similitudes: incertidumbre del resultado, riesgo a cargo del paciente/sujeto, beneficio para el experimentador. Y sólo una diferencia relativa: la primera versa sobre medicamentos y aparatos nuevos y la segunda sobre el más amplio concepto de "tratamiento" médico.

EL TRATAMIENTO EN NUESTROS TRIBUNALES

El adagio "*las leyes son lo que los jueces dicen que son*" se utiliza para recordarnos que por absurda que sea la interpretación que los jueces den a una norma ésa es la que vale.

En pocos aspectos como en éste se advierte la validez de la sentencia: teniendo normas más que análogas que imponen el costo al experimentador, los tribunales los aplican al financiador si el paciente es afiliado y sufre de alguna enfermedad sin tratamiento certero.

JURISPRUDENCIA

El Tribunal que más frecuentemente se pronuncia sobre estos temas es la Cámara Federal en lo Civil y Comercial de la Ciudad de Buenos Aires, debido a que tiene jurisdicción sobre las obras sociales. Está compuesto de tres salas 1ª, 2ª y 3ª.

La primera y la tercera centran su análisis en la credibilidad científica de la práctica experimental pretendida y en general rechazan aquellas que carecen de todo antecedente nacional e internacional y están sólo sustentadas por el médico que la indica (y cobra). Tienen en cuenta, para conceder los amparos la opinión positiva del Cuerpo Médico Forense, la aprobación por la FDA y que el experimentador sea una entidad con prestigio.

La sala 2ª tiene un criterio mucho más amplio, resumido en su propia frase: "*el carácter experimental...no alcanza para obstaculizar el derecho del accionante a contar con una **esperanza de mejora en su estado de salud.***"

Las tres obligan al financiador a pagar el tratamiento.

LA CORTE SUPREMA

Ha dictado un fallo, al menos, alarmante.

En la causa S., L. M. c/ Obra Social del Poder Judicial de la Nación y otro s/ sumarísimo" (CSJN 26/03/2009) la Cámara Federal Civil y Comercial había admitido un pedido de financiación de un tratamiento experimental con linfocitos T para un paciente con esclerosis múltiple por \$181.396,60., con fundamento en "el derecho a la esperanza" pese a que:

El paciente no había agotado la terapia convencional, que le era ofrecida por la Obra Social.

La práctica no estaba aprobada por agencias públicas nacionales y extranjeras.

El Comité Médico Asesor de Esclerosis Múltiple (nada menos), la Sociedad Argentina de Neurología y la Academia Nacional de Medicina tampoco la recomendaban.

No se probó que la FDA la aprobara siquiera para otras patologías.

El lugar donde se realizó el experimento fue clausurado por el Ministerio de Salud sobre la base de irregularidades detectadas en las prácticas médico-investigativas que se llevaban a cabo en el establecimiento; las que además, habrían derivado en actuaciones penales.

En lugar de revocar el pronunciamiento lisa y llanamente (obviamente los tecnicismos legales) ordenó que se dictara nuevo fallo teniendo en cuenta un análisis pormenorizado de los aspectos médicos del tema con relación al paciente.

La financiación por el investigador ni siquiera fue mencionada.

Suponemos que las actuaciones serán confiadas

al Cuerpo Médico Forense y que no desmentirá tantas y coincidentes opiniones negativas.

¿QUE ANTICIPA EL FALLO?

Si existe un paciente cuya vida corre peligro, las Obras Sociales y prepagos deben financiar la experimentación que quiera realizar cualquier institución, aunque funcione irregularmente según el Ministerio de Salud siempre que logren convencer al Tribunal o al Cuerpo Médico Forense de que quizás sean de utilidad para el paciente o, al menos, le den esperanza.

La opinión negativa de la institución de defensa de los pacientes, de las sociedades médicas más prestigiosas, de la A.N.M.A.T. y hasta la FDA., no importan, al igual que las normas análogas de nuestro país y los más serios protocolos científicos internacionales.

QUE HACER

Si el financiador es demandado someter a juzgamiento las normas del ANMAT.

Si no obstante ello nuestro más alto tribunal no se toma demasiado en serio las reglamentaciones del ANMAT ni los protocolos científicos aceptados por las instituciones más serias del mundo, debería reglamentarse por ley del Congreso los tratamientos experimentales y aclarar que forman parte de la investigación científica. □

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



INTELLEXIS

Conducen

Dr. Guillermo Capuya

Prof. Guillermo García Caliendo

jueves 19 hs.

intellexis@fibertel.com.ar





Opinión

La verdadera Pandemia

Por el Licenciado Víctor Norberto Cerasale

El mundo se ha visto sorprendido este año por una mutación viral importante, tal la aparición del H1N1, novedoso aporte que mezcla genes aviarios, porcinos y humanos. No demasiado virulento aunque sí hábilmente expansivo, quizás gracias a las bondades de la globalización.

Tal sucedió con el SARS en el 2003 (gripe aviaria) que invadió el sudeste asiático y luego se trasladó a Europa. La OMS y sus mecanismos actuaron en consecuencia generando acciones no siempre bien diseñadas ni siempre bien pensadas, que contribuyeron a una confusión de grandes proporciones.

Por entonces, ocurrieron ciertos hechos que aportaron dudas genuinas sobre el origen viral, los que curiosamente se han reiterado en esta oportunidad, ajustados a los tiempos que corren.

Más allá de aquello que la "inteligencia colectiva" (social) rápidamente detecta, las autoridades sanitarias locales contribuyeron en algunos casos a acrecentar los focos de confusión manipulando datos epidemiológicos, asistenciales, y forenses, sin asumir que la gente tiene sus mecanismos de inmunidad informativa bastante bien desarrollados y supera casi sin dificultad la usualmente pobre imaginación de los funcionarios políticos y político-técnicos.

Los unos se preocupan por asegurar que el genoma viral es replicante-universal, mientras que se fundamentan en que los indicadores epidemiológicos no difieren substancialmente de aquellos que se representan cada año por la expresión de la influenza tradicional. Al mismo tiempo, los otros (sociedad) perciben que no todo lo que se dice es toda la verdad y hasta quizás, ni siquiera una parte substancial de la misma. Dicha conducta incrementa el sentimiento de indefensión social...

No obstante ello, los países con economías emergentes (sumergidas diría yo) no están acosados solamente por el H1N1, sino por un volumen significativo de problemas epidemiológicos que no han ameritado consideración política alguna, algunas de dichas expresiones podrían ser: las hepatitis, chagasma, hanta-virus, encefalitis de San Luis, meningitis, leishmaniasis, malaria, dengue, sida, tuberculosis, y el etcétera que vendría a ser un virus multifacético que comprende o puede hacerlo cualquier cosa que desde la función pública no se percibe... o simplemente se niega, por las dudas.

En tal sentido, cabe un reconocimiento diferencial y "monumental" al personal sanitario que ha intervenido por estas horas en resolver esta "novedad viral" con los escasos medios (casi nulos) disponibles, como también a las Sociedades Científicas que han hecho un aporte genuino a favor de asistencialistas y pacientes. ¿Cuántos son estos últimos?, no tiene demasiada importancia salvo para las estadísticas siempre odiosas ya que el paciente, aun siendo parte

de ellas, prefiere estar en los números azules y no en los rojos (decesos).

Una vez más, el equipo de salud ha sacado "conejos de la galera" para sortear la dificultad y ello, aun cuando el Estado Nacional nunca lo pague y mucho menos lo reconozca... no tiene precio.

Pero la verdadera pandemia no es ésta ni tampoco se representa en la circunstancia. Antes bien, el drama se centra en todo aquello que políticamente "no se hace" cuando corresponde partiendo del supuesto (infame, negligente, impericial) de que la calamidad nunca va a ocurrir. De este modo la exclusión y marginación sociales se acrecientan y arrastra a la desnutrición e incapacidades acumulativas y se transforma en el caldo de cultivo adecuado para que cualquier problema por mínimo que este sea, se transforme finalmente en un tsunami de daños que nunca se terminarán de medir y que tampoco se dejarán de padecer...

Como siempre repito, los ejemplos son todos odiosos y no vale la pena traerlos a colación, total con ello no se resuelve nada...

Recorriendo las páginas médicas y epidemiológicas del mundo, se aprecia que algunos se destacan por su capacidad de planificación al tiempo que otros lo hacen por su capacidad para subestimar lo inevitable. En salud, negar, subestimar, despreciar, negar, manipular, tergiversar, deberían ser verbos excluidos por LEY, sin embargo muchos economistas persisten en sostener que la salud es un hecho económico con consecuencias sociales y no reconocen que es exactamente a la inversa: "un hecho social con consecuencias económicas", que cuanta menos atención reciba peor daño sufrirá impactando brutalmente en los presupuestos.

Cada dólar que no se invierta en la Atención Primaria se pagará por dos en el segundo nivel, pero será matemáticamente geométrico en el tercer nivel. No obstante que la ecuación haya sido verificada científicamente, los funcionarios de este lado del mundo emergente no entienden de fórmulas, mucho menos de planificaciones estratégicas y ni qué hablar de tableros de control que permitan anticipar las "crisis" y disminuir los "caos". Habitualmente, la urgencia eclipsa a la prioridad.

Pero pandemia no es una palabra, aún cuando sirva para definir algo, constituye *per se* una situación crítica que amerita acciones coordinadas de un montón de estamentos y aquella remanida frase de "estamos aprendiendo" aparece como una justificación propia de las impericias. Y más allá de la palabra y su significancia, las personas no son números ni tampoco estadísticas impersonales, son individuos con derechos elementales básicos que deben ser garantizados por los estados a los cuales pertenecen. Lo expuesto es un más o menos sí, más o menos

no, aún cuando la salud de las personas no lo sea de ninguna forma.

En nuestro país (la Argentina), nadie mide los días laborales caídos porque son tantos que no habría fórmula matemática que los cuantifique, pero lo mismo sucede con los seguros laborales caídos, los días educativos perdidos, etc. aún cuando ello impacte dramáticamente en la economía (PBI, gasto social consolidado, y más). Esa parte de las estadísticas (importante por cierto) no parecen tener significancia política alguna.

Es por demás llamativo cómo habiendo una Secretaría que se ocupa de los precios de los productos, no tuvo en cuenta el desmadre de los precios de aquellos insumos prioritarios para resolver la coyuntura facilitando que los mismos se quintuplicasen a favor de pocos y en desmedro de los muchos. Ello revela una vez más que el país carece de políticas sociales ciertas, mal que nos pese.

Algunas de las medidas adoptadas han sido efectivas y justo es reconocerlo. Coordinar el ámbito público con el privado a efecto de evitar las tediosas saturaciones de los servicios ha sido una de ellas. De ello, debería extraerse la experiencia en forma de mecanismo legislativamente homologado para que ante una emergencia semejante el problema se resuelva de forma conjunta con costos a cargo del Estado Nacional. La pauta es o deberían serlo condiciones propias de "epidemia" o "pandemia" que no requieran pasar por otra coyuntura vergonzosa como lo fue la emergencia sanitaria con el dengue, que en vez de salvaguardar vidas protegió pellejos políticos. No le hace bien al estado de derecho.

Por estas horas los organismos internacionales que trabajan seriamente (aunque no lo parezca o aunque mucha gente lo desconozca, nosotros tenemos unos cuantos...) están siguiendo muy de cerca

las expresiones virales de la influenza y están emitiendo comunicados que se actualizan tan pronto como existe una novedad de fondo. Ello es importante como política pública a favor de los pacientes y sus familias, por ende de la sociedad, usualmente subestimada.

Un país en serio, demanda "inteligencia sanitaria" ya que funcionario público puede ser cualquiera. La inteligencia sanitaria se construye con coordinación genuina y ella se arma mediante planificaciones estratégicas a largo plazo, fundadas en presupuestos ciertos y atendiendo las necesidades de la población y no las visiones de los que ejecutan la función pública.

Siendo testigo del avance y crecimiento de la acción coordinada de las sociedades de pacientes en el mundo entero, demostrando que las carencias de gestión que hay desde los ministerios y sus secretarías son temibles y afectan al universo de pacientes, y observando que las carencias de unos (funcionarios) se revelan en contraposición a las capacidades usualmente descalificadas de los miles que asumen como propias acciones omitidas por el estamento político, aparece como prudente efectuar un fuerte llamado de atención para que se modifique el curso de lo actuado hasta aquí... no sea cosa que a algún otro virus se le ocurra mutar en un hepta-genoma indescifrable y alguien se quede sin argumentos para justificar lo habitualmente injustificable que es el subestimar al prójimo.

Conclusión: la verdadera pandemia es la impericia de la función pública... □

Licenciado Víctor Norberto Cerasale. 2009-07-28. nCopyright by Cerasale, 2009. Derechos reservados. Exclusiva para Revista Médicos, Medicina Global.

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





Pasó la gripe: ¿... y ahora qué?

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

La pandemia de gripe A quedó atrás, pero la crisis atraviesa los hospitales y los aleja cada vez más de la posibilidad de adoptar medidas que anticipen los riesgos y protejan a las personas expuestas, perjudicando principalmente a aquellos grupos más vulnerables. Tales dificultades repercuten con violencia sobre la salud de las personas, razón por la cual la inversión en salud adquiere, en estas condiciones, un carácter de urgencia mucho mayor.

La irrupción de la influenza A (H1N1), su rápida propagación, el temor colectivo que suscitó y el tiempo que tomó la implementación de las medidas sanitarias pertinentes son factores que otorgaron alta relevancia pública a la pandemia y extendieron la preocupación a políticos, funcionarios, directivos de instituciones, trabajadores, estudiantes y miembros de la sociedad en general.

La pandemia dejó enseñanzas y cosas que aprender: En esta lucha contra uno de los problemas más graves y prevalentes de la salud pública mundial, debe destacarse la labor de los médicos, una vez más, la mano indispensable y diligente, brindadora de dedicada atención bajo riesgo, incluso, de la propia salud. Fue gracias al trabajo abnegado de los médicos en las guardias, así como al de aquellos que atendieron las salas colmadas de pacientes y al de quienes en las ambulancias asistieron durante las 24 horas del día, que se lograron compensar las falencias del sistema. Así se consiguió superar la fase más aguda de la emergencia sanitaria. Esta situación obligó a afectar los recursos y a concentrar esfuerzos, de modo tal que las dificultades que a diario enfrentamos todos los trabajadores de la salud, se desdibujaron en el fragor de esta realidad inédita.

Con la pérdida de intensidad de la sensación de emergencia retornan a la luz pública, los déficits que habían pasado a la penumbra del segundo plano y nos obligan a remediar tales situaciones o, al menos, a proteger a la población de sus riesgos y amenazas. Es por ello que tanto nos apremia hoy disponer las acciones necesarias, con el fin de fortalecer el proceso de atención mediante, por ejemplo, la agilización de las listas de espera quirúrgica, que se han engrosado en este último tiempo como consecuencia de haber dedicado durante semanas, la atención prioritaria al problema urgente de la influenza.

Hemos señalado con anterioridad que las condiciones y medio ambiente de trabajo distan de ser las deseadas. Entre las medidas más importantes que deben adoptarse se destacan: la provisión de los insumos necesarios y

su disponibilidad para el funcionamiento del sistema, la solución de la obsolescencia tecnológica, tantas veces denunciada por esta asociación y, no menor en importancia, la obligación de mantener en adecuadas condiciones la infraestructura hospitalaria.

Es imposible sostener las situaciones aberrantes que conviven con nosotros, que denunciamos sin ser aparentemente escuchados, y que nos llevarán al conflicto si no son resueltas por las autoridades responsables. Entre las más acuciantes están las padecidas por el Hospital Rivadavia: los quirófanos permanecen cerrados por reparaciones suspendidas; los techos del servicio de neonatología, deteriorados; y cuatro pabellones, sin servicio de gas.

En el Hospital Bonorino Udaondo, cuyo fin, como el de todos los hospitales, debe ser proteger y atender la salud, se ha detectado contaminación por asbesto; situación denunciada y sin resolver, que expone a severos riesgos a la salud de los profesionales y pacientes que se hallan inmersos en ese ambiente. En el Hospital Muñiz, que ha desempeñado un papel descolante en la reciente situación de emergencia sanitaria, persisten aún serios problemas en el servicio de Terapia Intensiva y no existe una sala de aislamiento que garantice mínimos estándares de protección y seguridad laboral.

De igual manera, el Hospital Lagleyze sufre un corte en el suministro de gas y falencias edilicias graves. Además, se registran múltiples situaciones en otros hospitales, que podríamos seguir enumerando.

Hay que destacar algunos logros recientes: a través de una resolución firmada por los Ministros de Salud y Hacienda, se ha logrado finalmente establecer la asignación de cargos genuinos en lugar de módulos asistenciales, así como las prolongaciones horarias tantas veces reclamadas (de 30 a 40 horas semanales). El compromiso de la AMM con la salud pública y el bienestar de los médicos reafirma la dirección de su gestión hacia el destierro de la precarización laboral y el reforzamiento de los valores fundamentales de su lucha gremial. Hace tiempo que nuestro lema convocante es Cuidar al que cuida, asistir al que asiste. Continuemos luchando para que esto sea realidad todos los días.

Ante esta realidad cabe preguntarse más que nunca: ¿Después de la gripe qué? La respuesta es: clara: Basta de improvisaciones, no más dilaciones, mejor calidad de atención significa solución de los problemas antes enunciados; todos los sectores dicen que así debe ser. Tal vez los que tienen el poder entiendan que ha llegado el momento de establecer políticas de salud y que ellas se cumplan. □

Servicios Integrales de Salud Domiciliaria las 24 hs.

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

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

SERVICIOS:

- Coordinación médica y coordinación de enfermería permanente.
- Atención médico clínico, médico de familia, médico generalista.
- Especialistas en todas las áreas.
- Licenciados en enfermería: enfermeros profesionales altamente capacitados en Internación Domiciliaria a lo largo del ciclo vital: bebés, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.
- Auxiliar de enfermería y cuidadoras asistentes domiciliarias.
- Kinesiología, Fisiatría, Terapia Ocupacional.
- Fonoaudiología, Nutrición, Psicología.
- Oxigenoterapia.
- Alimentación Enteral y Parenteral.
- Luminoterapia.
- Quimioterapia.
- Antibioticoterapia.

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA:

Oxigenoterapia. Nebulizadores. Respiradores. Concentradores de oxígeno. Tubos de oxígeno. Oxímetros. Aspiradores.

NUTRICIÓN:

Bombas infusoras. Preparadores nutricionales. Sondeos nasogástricos transitorios o permanentes. Controles. Sets descartables para infusión.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Análisis de laboratorio. Extracciones a domicilio. Radiología. Ecografías. Ecodoppler. Electrocardiogramas. Holter. Examen funcional respiratorio.

LOGÍSTICA:

Materiales descartables para todos los procedimientos a realizarse a domicilio.

RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN:

Camas ortopédicas. Muletas. Sillas de ruedas. Aditamentos de ayuda al paciente. Evaluación y seguimiento profesional.

PROMOCIÓN Y PREVISIÓN DE LA SALUD:

Capacitación al núcleo familiar en el acompañamiento al paciente enfermo. Educación en el domicilio sobre la medicación y fármacos. Movilidad permitida. Vida higiénica y saludable. Educación en prevención de accidentes en domicilio.

CONSULTORIAS:

Capacitación permanente en Recursos Humanos profesionales y no profesionales en el área de salud.

Sulpacha 472 9º Piso Ofic. 901
(C1008) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Telfax: 4130-0800 Líneas rotativas 4322-3662 al 66
Info@priorityhomecaresrl.com.ar
www.priorityhomecaresrl.com.ar



*Algunas cosas te ayudan a crecer.
Otras forman parte de tu vida.*



Su salud, nuestro compromiso.
1999-2009

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina
0800-345-26327 - www.andar.org.ar