



**Está lloviendo...,
pero dicen que
hay un sol radiante**
Por el Dr. Rubén Torres



**¿Estamos frente al fin
del modelo de bienestar?**
Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Towers Watson



**universal
assistance**

Médicos

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Medicina Global

AÑO XII - N° 60 - 2010 - \$15

Comunicación y Salud



Una de las lecciones que dejó la Gripe "A" fue la manera en que los organismos internacionales manejaron su comunicación.

"La Gripe A, más que una enfermedad, ha sido un síntoma de lo que puede estar pasando en la relación entre los expertos, los comunicadores y la propia Organización Mundial de la Salud", resumió Aitor Ugarte Iturrizaga, vicepresidente para España del Foro Iberoamericano sobre Estrategias de Comunicación.



José Pedraza y Antonio Guidazio

Jornadas de Prevención

Directo al corazón

Organizada por la Obra Social Ferroviaria, se realizó la Jornada Internacional de Detección Temprana de Ateroesclerosis destinada a profesionales de la salud. La misma contó con la presencia del Dr. David Spence, líder mundial en la materia, y numerosas personalidades del ámbito de la salud nacional e internacional.

220 330 440 550
Planes de Salud



GALENO

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

todo bien

disfrute su viaje
sin preocupaciones



10%
de descuento



asistencia al viajero
www.universal-assistance.com
4323-6000/ 4323-7800

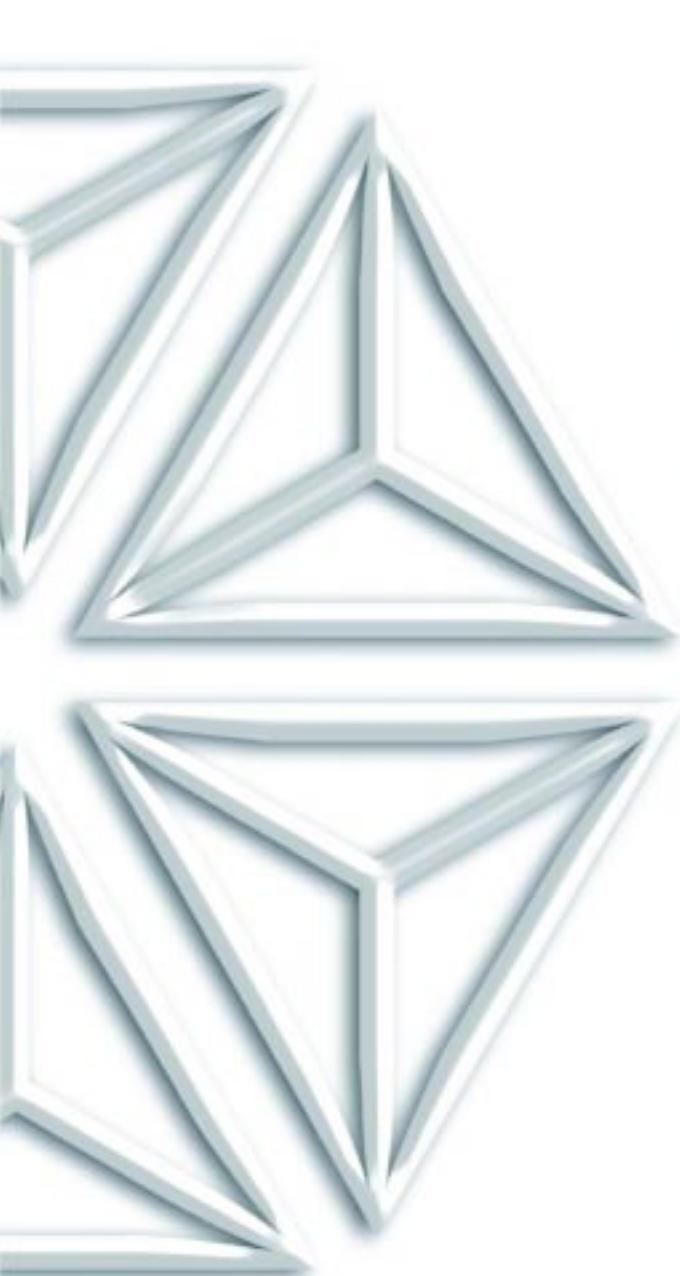
30 años

celebrando la vida



u
universal
assistance

*Descuento válido desde el 24/08/09 hasta el 31/03/11 para todas las tarjetas de crédito Mastercard emitidas en la República Argentina. El descuento se aplicará sobre un porcentaje igual al 10% y se acreditará en el resumen donde figura la transacción. El descuento es válido exclusivamente sobre los precios publicados en folletos de los productos Best, Maximum Value de Universal Assistance.



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

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



Cáncer



Diabetes



Hepatitis



HIV/SIDA



Aterosclerosis
y trombosis



Transplantes



Trastornos
afectivos



Alzheimer



Obesidad



Artritis

 **Bristol-Myers Squibb Argentina**

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

Membre 9010C1428BKC) . Tel.: (5411) 4789-8400 . Fax: (5411) 4789-8591 . www.bms.com.ar



**UN GRUPO, SU GENTE,
SUS VALORES.**

0810 555 OSDE (6733)



OSDE

GRUPO OSDE. UN GRUPO DE PERSONAS.

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

DIVISIÓN SA+UD

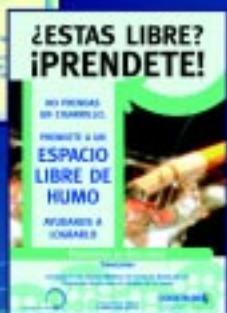
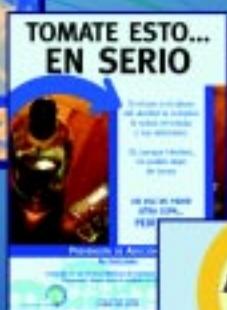


Con un simple llamado telefónico a nuestra central más cercana, las 24 horas, recibirá en su idioma la ayuda necesaria para solucionar cualquier imprevisto.

 **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



200

BICENTENARIO

1810-2010

En el año del Bicentenario
sigamos trabajando por una Argentina mejor.

andar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

0800-345-26327 | www.andar.org.ar

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
revistamedicos@gmail.com
revistamedicos@ciudad.com.ar
editorialmedicos@ciudad.com.ar

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Alicia Paz
(Redacción),
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

16 Columna

Está lloviendo...,
pero dicen que hay
un sol radiante



18 Opinión

¿Estamos frente al fin
del modelo de bienestar?

20 Columna

Nuevas tecnologías:
Instrumento para mejorar la
calidad asistencial

22 Primera Plana

Comunicación y Salud



26 Columna

La economía del conocimiento
versus la mercantilización
de la ciencia



28 Ciclo de Jornadas de Prevención

Directo al corazón



32 Opinión

Salud, justicia,
desarrollo, defensa

35 Opinión

Ley de derechos del paciente,
historia clínica y consentimiento
informado. Aspectos a contemplar
en su reglamentación

38 Voces

El Estado y la Salud

40 Voces

Gestión del riesgo y
seguridad del paciente:
Hacia una revalorización
del equipo de enfermería

42 Opinión

Propuestas de salud para
la Región Metropolitana
de Buenos Aires

44 Columna

DAÑO PSÍQUICO
Eramos pocos....
y llegó un nuevo rubro

46 Opinión

Metamorfosis, el reverso de la
evidencia (1ª Parte)

48 Opinión

Más de siete décadas de
coherencia gremial y protagonismo
en la salud pública

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.



¿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



NUEVA CERTIFICACION ISO EN "ASISTENCIA INTEGRAL AL VIAJERO"

La compañía, que ya cuenta con la certificación ISO 9001-2008 en "Atención Telefónica" y en "Validación de datos", obtuvo recientemente un nuevo certificado de las normas de calidad ISO en el resto de los procesos que hacen a su servicio.

De esta manera, se convirtió en una de las primeras empresas argentinas en obtener este certificado en "Asistencia Integral al viajero".

Universal Assistance ratifica su política de calidad con la que apunta brindar servicios de Asistencia Integral, con superior cortesía, exactitud y agilidad, excediendo las expectativas de sus clientes y traduciendo en creciente valor agregado, su compromiso con la excelencia. ■



UNIVERSAL ASSISTANCE INAUGURO UN AULA EN LA OBRA DEL PADRE MARIO



Pancho Ibáñez, Dr. Oscar Civile, Presidente de Universal Assistance; Inés Civile, Perla Gallardo, Presidenta de La Obra del Padre Mario.

La empresa de asistencia al viajero inauguró un aula en el edificio que el Padre Mario Pantaleo ideara para la instancia de Educación Terciaria y Universitaria en su obra de González Catán. Esta inauguración es parte de las acciones de responsabilidad social empresaria que la empresa lleva adelante en La Obra del Padre Mario desde el año 2008, cuando decidió apadrinar la Clínica Cristo Caminante que funciona en González Catán.

Dicha aula estará a disposición del Instituto Superior DIPREGEP Nº 5517, donde se cursan las carreras de Profesorado en Nivel Inicial, Profesorado en Educación Primaria, Profesorado en Educación Física y la flamante Tecnicatura en Psicopedagogía; y también del Colegio Pantaleo, de nivel universitario, donde más de 113 estudiantes cursan la licenciatura en Administración de Empresas. Con motivo de la donación del aula, y en presencia de la Presidente de la Obra, Perla Gallardo y del Presidente de Universal Assistance, Dr. Oscar Civile, se descubrió una escultura de la Virgen de Nuestra Señora del Hogar, realizada por Inés Civile, en base a una pintura del artista Raúl Soldi, amigo del Padre Mario Pantaleo e impulsor de su obra. ■

UNIVERSAL ASSISTANCE INVITO A SUS CLIENTES A VER EL MUNDIAL

Universal Assistance invitó a sus clientes a ver a la selección Argentina con un desayuno en el hotel Park Hyatt de Buenos Aires.

Directores, Gerentes y Ejecutivos de distintas empresas del sector se reunieron el jueves 17 de junio desde temprano para vivir en pantalla gigante el partido que disputó el seleccionado frente a Corea del Sur por la fase clasificatoria del mundial de Sudáfrica.

Los asistentes participaron del evento de una manera distendida, disfrutando del partido y alentando a la Argentina con banderas, cantos y los nervios propios de un partido de estas características. ■



UNIVERSAL ASSISTANCE: REALIZO UN OPERATIVO ESPECIAL EN SUDAFRICA

La compañía de asistencia al viajero realizó un operativo especial de asistencia médica en Sudáfrica, de cara al Mundial de Fútbol, que se disputó en ese país.

En el mes de marzo, el Gerente General, Esteban Bluvol junto a otros ejecutivos de la empresa, viajaron a las ciudades de Johannesburgo y Ciudad del Cabo, para establecer acuerdos con los principales proveedores de asistencia médica en el país; "Assistance x" y "Medical x", e informarse sobre los preparativos que se desarrollaban en los centros de salud. Asimismo, se estableció un centro de apoyo en Johannesburgo, que trabajó asistiendo a la Central Operativa (Buenos Aires) en la coordinación de la atención, derivación y seguimiento de casos en los centros médicos de Sudáfrica. Ambas acciones se realizaron con el objetivo de brindar el mejor servicio médico en el lugar, ante un incremento de turistas en el país por el mundial. ■



NOVEDADES ADMIFARM GROUP SA



GOLF EN EL CAMPO CHICO GOLF

El 5 de junio pasado, se organizó un nuevo Torneo de Golf "ADMIFARM GROUP", en esta ocasión en el Campo Chico Golf, ubicado en la localidad de Matheu, provincia de Buenos Aires. El evento contó con la participación de 127 jugadores, un interesante nivel de juego y un excelente día para la práctica de ese deporte.

Felicitamos a todos los jugadores y les damos las gracias una vez más, por acompañarnos en este nuevo torneo. ■

COCKTAIL PARA CLIENTES

El pasado 26 de mayo, Admifarm Group S.A., organizó su ya tradicional happy hour para clientes y proveedores.

La convocatoria se realizó en un restaurante de la zona de Palermo, donde todos los invitados, compartieron un relax y ameno momento de esparcimiento y camaradería. ■

CICLO DE CONFERENCIAS DE SALUD MENTAL 2010

Servesalud, Obra Social de Dirección, invita a participar del Ciclo de Conferencias sobre Problemas Clínicos Actuales en el Campo de la Infancia. El mismo se extenderá hasta el mes de octubre y está dirigido a psicólogos, psiquiatras, pediatras, asistentes sociales, docentes integradores y toda persona que desarrolle actividades en el campo de la infancia.

Próxima Conferencia: viernes 13 de agosto de 19 a 20.30 horas. Hotel Grand King (Lavalle 560 - CABA)

Tema: ¿Qué ofrecemos a los niños hoy? Disertante: Dra. Beatriz Udenio.

Inscripción previa: (011) 4631-1404 / 4631-5246 de lunes a viernes de 10 a 17 horas - Más información sobre próximas conferencias en www.servesalud.com.ar ■





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.

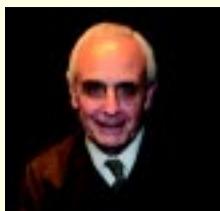
WWW.WEBTPC.COM • INFO@WEBTPC.COM



DESPUES DE MAS DE 15 AÑOS, ASSIST-CARD ARGENTINA VOLVIO A TENER PRESENCIA EN EL AEROPARQUE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

A partir de la habilitación de este aeropuerto para vuelos regionales a Brasil, Bolivia y Uruguay, la empresa consideró imprescindible retomar su presencia allí. Este nuevo stand, realizado en tiempo récord, tiene líneas modernas y funcionales que apoyan los lineamientos de estilo definido por la Corporación a nivel mundial en lo que se refiere a stands para aeropuertos.

De esta forma, ASSIST-CARD continúa dando pruebas de su vocación de estar siempre cerca de los viajeros para brindarles los mejores servicios en cualquier lugar del mundo. No importa si el viaje es el más sofisticado a un destino exótico y lejano o el más trivial a un país limítrofe ASSIST-CARD es, junto con el pasaporte y el pasaje, el documento indispensable para el viajero. ■



CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA PERMITEN REDUCIR 58 POR CIENTO EL RIESGO DE DIABETES

El riesgo de diabetes, una enfermedad que afecta a aproximadamente 2 millones de argentinos, puede prevenirse hasta un 58 por ciento mediante estrategias de intervención en el estilo de vida, según una evidencia presentada en la tercera Jornada de Periodismo Científico de la Universidad Católica Argentina (UCA) y el laboratorio Bristol-Myers Squibb (BMS) del Ciclo 2010.

La diabetes es una enfermedad crónica en la que la persona tiene elevados niveles de azúcar (glucosa) en sangre y su control continuo es esencial para prevenir futuras complicaciones. El Dr. Juan Gagliardino, Investigador Superior del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), explicó que "al igual que en todo el mundo, la diabetes está aumentando su prevalencia en la Argentina, y su pobre control ocasiona complicaciones crónicas que incrementan los costos de su atención y disminuyen la calidad de vida de quienes la padecen. Es por eso que, además de tratar de mejorar el nivel de la atención brindada a las personas con diabetes, actualmente se intenta implementar estrategias para prevenir el desarrollo de esta afección en personas en riesgo de desarrollarla".

El especialista, quien además es Director del CENEXA (Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada), refirió que "diversos estudios han demostrado que ciertos cambios en el estilo de vida permiten reducir el desarrollo de la diabetes. Estas modificaciones son, principalmente, la práctica regular de actividad física y consumo de un plan de alimentación saludable". ■

SIEMENS IT SOLUTIONS AND SERVICES OBTUVO LA CERTIFICACION ISO 9001

El área de IT Operations de Siemens IT Solutions and Services logró la certificación de la gestión de calidad de sus prácticas y procesos para los servicios brindados desde la Argentina. El certificado expedido por el IRAM, ha sido validado por IQNet, lo cual le otorga un reconocimiento frente a entes de acreditación pertenecientes a 40 países. El alcance del sistema de calidad que ha sido certificado cubre los servicios de: IT Service Desk, Asset Management, Software Management, Network Services, Servers Administration, Security Services, Call Center Outsourcing, Data Center Hosting, Applications Operation y Database Administration.

"Esta certificación se suma a metodologías, y mejores prácticas basadas en modelos y normas reconocidos tales como ITIL e ISO, que respaldan la calidad de nuestros servicios, ayudan a una gestión basada en procesos y contribuyen a la satisfacción de nuestros clientes", destacó Eduardo Raed, Gerente de IT Operations de Siemens IT Solutions and Services. ■



GALENO Y ASSIST-CARD

GALENO, empresa líder en medicina privada, renovó por segundo año consecutivo su relación comercial con ASSIST-CARD ARGENTINA DIVISIÓN SALUD. De esta forma, sus asociados siguen contando para sus viajes con la protección de la mayor organización en el mundo de asistencia al viajero.

ASSIST-CARD es, junto con el pasaporte y el pasaje, el documento indispensable para el viajero.

GALENO y ASSIST-CARD están muy orgullosos de brindar a sus clientes el servicio más confiable y profesional en cualquier lugar del planeta. ■



OSPE INAUGURO UNA DELEGACION EN LA CIUDAD DE JUJUY

En el marco de los 40 años de la Seguridad Social, el Sr. Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Ricardo Bellagio, junto al Secretario General, Lic. Alejandro María Romero y el Gerente de Servicios al Beneficiario, Dr. Reymundo González, concurren a la inauguración de la Delegación de la Obra Social de Petroleros -OSPE- que se llevó a cabo en el Hotel Ohasis, Ramiro de Velazco 244, de la capital jujeña. Del acto Inaugural participaron autoridades de la Obra Social, el Sr. Ministro de Salud, Dr. Víctor Urbani, parte de su gabinete y otras autoridades locales. ■



RECOMIENDAN CAMPAÑAS DE CONCIENTIZACION PARA PREVENIR Y DETECTAR LA HEPATITIS A TIEMPO

La hepatitis, una enfermedad del hígado potencialmente grave, podría combatirse mediante campañas de concientización intensivas que indiquen las vías de transmisión y los métodos de prevención. Así lo afirmaron médicos y asociaciones de pacientes con motivo del Día Mundial de la Hepatitis, que se celebró el 19 de mayo, durante la primera Jornada de Periodismo Científico de la Universidad Católica Argentina (UCA) y el laboratorio Bristol-Myers Squibb (BMS) del Ciclo 2010. Si bien la hepatitis puede tener diversas causas, la más común es la viral, producida por los virus A, B y C. Existe ya una vacuna para prevenir la hepatitis A y la hepatitis B; para la hepatitis C, la única prevención posible es la precaución. El Dr. Adrián Gadano, jefe de la Sección Hepatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, señaló que "las hepatitis virales son, aun en la actualidad, enfermedades que ocasionan una alta morbilidad en nuestra población". ■



Precisión

al Servicio de
la Salud



VIDT CENTRO MEDICO

Excelencia en Terapia Radiante

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

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT.
Micro - Radioterapia Corporal - SBRT.
Radioterapia Conformacional Tridimensionada
Radiocirugia
Radioterapia Estereotáxica
Acelerador Lineal
Total Skin.
Total Body.



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001: 2008



Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.
Tel.: (54-11) 4824-6326 / 4821-8684 (L. Rotativas)
E-mail: info@vidtcm.com.ar
Web-site: <http://www.vidtcm.com.ar>

EL HOSPITAL BRITANICO INAUGURO UN CENTRO DE HEPATOLOGIA Y TRASPLANTE HEPATICO



El Hospital Británico de Buenos Aires ya está en condiciones de realizar trasplantes hepáticos en todas sus variantes, a partir de la creación de un Centro de Hepatología y Trasplante Hepático, con fuerte orientación docente y académica.

El grupo de trasplante hepático, con gran experiencia en trasplantes, tanto a nivel nacional como internacional, será liderado por los Dres.

Luis Podestá y Federico Villamil. El Dr. Podestá es considerado uno de los cirujanos hepatobiliares más prestigiosos y respetados de la Argentina. Durante las últimas dos décadas ha realizado más de mil trasplantes hepáticos, incluyendo adultos y niños, mediante injertos completos y reducidos, con donantes cadavéricos y vivos. Por su parte, el Dr. Villamil fue uno de los iniciadores del trasplante hepático en la Argentina, en 1987. Además, es Presidente Electo de la International Association for the Study of the Liver; fue Presidente de la International Liver Transplantation Society, de la AAEEH y de la Sociedad Argentina de Trasplante. ■

SWISS MEDICAL GROUP PRESENTO UN AREA DE INVESTIGACION CLINICA

En el marco de su búsqueda continua por la excelencia, Swiss Medical Group presentó un área abocada específicamente a tareas de investigación clínica en todas sus instituciones con el objetivo de reforzar su posición como fuente de referencia científica y académica. El lanzamiento del nuevo departamento se realizó en el Hotel Emperador y contó con la participación de representantes del Ministerio de Salud, del ámbito académico, de la industria farmacéutica, de agencias financiadoras de proyectos de investigación e investigadores asociados a la institución, entre otros. "El crecimiento de las áreas de docencia e investigación es fundamental para la innovación de la medicina en general y para el sostenido desarrollo de los profesionales, lo que redundará en beneficios para los pacientes", expresó Claudio Belocoppitt, Presidente de Swiss Medical Group durante el encuentro. ■

EL PREMIO "PROFESOR DR. ENRIQUE ROSSI" 2010, DEDICADO A "UNA HISTORIA MEDICA EN NUESTRA HISTORIA NACIONAL"

El año que celebra el 30º Aniversario del CDR es también el año del Bicentenario de la Patria, y por eso, la edición 2010 de este Premio se otorgará al mejor trabajo vinculado a un hecho histórico sobre algún aspecto o persona relacionado con la medicina en nuestro país y ocurrido en el curso de los 200 años de historia argentina. Convoca a profesionales de medicina de todo el país a participar. La inscripción está abierta desde el 1 de abril hasta el 30 de setiembre, día de presentación de los trabajos. La entrega de Premios se realizará en noviembre, y prevé entregar 15.000 pesos, medalla de oro y diploma. ■

SE REALIZO LA COPA VIDT CENTRO MEDICO A BENEFICIO DE MACMA



Vidt Centro Médico, institución líder en Terapia Radiante de la Argentina, realizó la 2ª Edición del Torneo de Polo Femenino Chapa Uno, Copa Vidt Centro Médico, a beneficio de MACMA (Movimiento de Ayuda contra el Cáncer de Mama), en el marco de sus acciones de Responsabilidad Social Empresarial.

La Copa Vidt Centro Médico se celebró con gran asistencia de público, siendo el equipo de Kawell Hospital Equino quien se alzó con la máxima premiación de la jornada. Todo lo recaudado durante el evento se destinó a MACMA, una Asociación Civil sin fines de lucro constituida por mujeres que padecieron cáncer de mama dedicada a orientar, contener y acompañar a quienes padecen la enfermedad y a concientizar a la comunidad sobre la detección temprana.

Desde sus inicios, Vidt Centro Médico, implementó el apoyo constante a estas instituciones a través de donaciones y tratamientos sin cargo, o bien mediante acciones de recaudación de fondos, como parte de su compromiso social. ■



RECONOCIMIENTOS PARA TPC

El pasado 18 de mayo, en el Hotel Alvear de la Ciudad de Buenos Aires, el Foro para el Desarrollo de las Ciencias entregó distinciones a reconocidos profesionales en el ámbito de la salud, la ciencia y el seguro en ocasión de su 6º aniversario.

En esta última categoría fueron premiadas dos destacadas personalidades del mercado asegurador argentino, tanto por su trayectoria como por su actividad ejemplar. Ellos fueron D. Aquilino Madariaga, Presidente de Federación Patronal y el Presidente de TPC, D. Antonio Gómez Muñoz, quien lleva más de 63 años en el mercado asegurador. TPC Compañía de Seguros felicita enormemente a los premiados y con especial orgullo al Presidente de TPC y a su equipo de profesionales por tan merecidos reconocimientos. Fueron premiados: el Dr. Fernando Mariona, Director de la compañía "en reconocimiento a su trayectoria de sabiduría y compromiso con la ética y la eficiencia en la gestión"; el Dr. Juan Carlos Ferrería, integrante del equipo médico-legal a quien se lo reconoció como "ejemplo de experiencia, conocimiento y respeto por el paciente"; y el Lic. Carlos González, miembro del equipo de Análisis de Riesgo. TPC agradece al Foro para el Desarrollo de las Ciencias por las distinciones recibidas. ■



LABORATORIO BIOTOSCANA LLEGA A LA ARGENTINA

Biotoscana, laboratorio internacional que expandió desde Europa su presencia en Colombia, Venezuela, Ecuador, República Dominicana, Perú y Chile, inició sus actividades en la Argentina. Biotoscana llegó para brindar a médicos y pacientes de nuestro país productos farmacéuticos que aporten soluciones innovadoras de significativo avance terapéutico. "Los medicamentos comercializados por Biotoscana Argentina son fórmulas originales desarrolladas y producidas por laboratorios de investigación que trabajan bajo los máximos requerimientos de calidad de Europa y Estados Unidos, con quienes tenemos alianzas estratégicas", comentó Carlo Precali, Gerente General. ■

PROTECCIÓN

PARA QUIENES NOS PROTEGEN



“RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA”

PRUDENCIA
Seguros 



Está lloviendo..., pero dicen que hay un sol radiante

Por el Dr. Rubén Torres

Cuando se comparan los sistemas de salud, en términos de su eficiencia y equidad, la fragmentación y segmentación de los mismos constituyen un claro indicador, en el sentido de que cuando mayores son, la ineficiencia y la inequidad, predominan en los mismos.

No sucede lo mismo, por lo menos en forma tan clara, y a pesar de las preferencias o disputas ideológicas, cuando se analiza el mix público privado de la red prestadora, aunque sí resulta clave la fortaleza de la rectoría, y especialmente la calidad e intensidad de la regulación de las mismas.

Pero un factor resulta contundente en todos los análisis comparativos: resultan absolutamente más equitativos aquellos sistemas en los cuales predomina el gasto público, o mejor dicho, el gasto solidario, entendiéndose por tal el proveniente de rentas generales sumado al de cotizaciones sociales (aportes y contribuciones).

Claramente, el aumento del gasto de bolsillo es un fehaciente indicador de inequidad y habitualmente también de ineficiencia.

La inequidad, en términos económicos (pues dejaremos fuera del análisis las faltas de equivalencia en calidad, acceso, tiempos de espera, etc.), está focalizada especialmente en dos de los componentes del gasto en salud: los medicamentos y la atención ambulatoria.

Más allá de que en términos de política sanitaria existen dos respuestas contundentes a esos focos de inequidad: política de medicamentos (genéricos, uso racional, etc.) y atención primaria de la salud resolutiva y con redes integradas, la aplicación de fondos, una correcta política regulatoria que tienda a la integración y a una adecuada modulación del financiamiento, son claves para mejorar la equidad y la eficiencia.

Resultaría redundante y aburrido insistir en la brutal fragmentación y segmentación que caracterizan a nuestro sistema de salud, sobre las que nada se ha avanzado en las últimas décadas.

Respecto de la regulación y la calidad institucional de la misma resultan más que elocuentes los episodios que involucraron en los últimos años a la Superintendencia de Servicios de Salud.

Y tal vez sólo puedan rescatarse como trascendentes en ese camino de búsqueda de una mayor equidad y eficiencia, la política de medicamentos (programa Remediar y prescripción por el nombre genérico), la revalorización de la atención primaria de la salud sobre la que se sustentaron valóricamente el plan Nacer y el programa de Médicos Comunitarios y las medidas de transparencia regulatoria e incremento de la solidaridad que en algún momento llevaron a la misma superintendencia a alcanzar el premio nacional a la calidad.

Todas las acciones referidas pueden ser cuestionables y discutibles en términos de su diseño, características de implementación y profundidad, pero estaban indisolublemente ligadas al concepto de mayor equidad sanitaria.

Si a ello sumamos que, más allá de las posibles discrepancias de medición en términos económicos, la Argentina ha mostrado indicadores elocuentes de crecimiento desde el 2003 en adelante (indicadores, que si bien comunes a toda América latina, han sido de los mejores en nuestro país), resultaría casi inexplicable que ello no se traduzca en mayor equidad en salud.

Sin embargo, si se compara la composición del gasto de consumo de los hogares según finalidad nos encontraremos con algunas sorpresas: porcentualmente el gasto en educación (32,3) y en salud (5,3) encabezaron los aumentos entre 2004 y 2009, superando a la indumentaria y el calzado (2,4) y a los alimentos (0,60). Para el segundo quintil, esto representa en promedio unos \$ 80 mensuales, de ingresos muy inferiores a los \$ 900.

La "inexplicabilidad" estará solamente referida a la públicamente declarada corrupción intrínseca del sistema?, o a la inocultable falta de sostenimiento de las políticas en términos de calidad institucional. Dado que las nuevas conducciones del sector han recuperado y hecho propias varias de aquellas iniciativas, el apoyo y la sostenibilidad de las mismas parecen constituir imperativos ineludibles.

De lo contrario, seguiremos discutiendo marginalidades, o para decirlo en otros términos estaremos diciendo que es un día soleado... mientras está lloviendo torrencialmente. □

Claramente, el aumento del gasto de bolsillo es un fehaciente indicador de inequidad y habitualmente también de ineficiencia.

NOVARTIS
1996-2006
40
AÑOS



Cuidamos y Curamos

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

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



¿Estamos frente al fin del modelo de bienestar?

Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Towers Watson

A principios del mes de junio los diarios de todo el mundo se hicieron eco del mensaje que el Fondo Monetario Internacional les envió a los 16 países de la zona euro señalando la necesidad de proceder a tomar "acciones decisivas" para evitar que la crisis no destruyera la unión monetaria.

Si bien Grecia fue el "primer actor" en la crisis al ser el primero en anunciar ajustes presupuestarios, pronto los gobiernos de José Luis Rodríguez Zapatero en España, Nicolás Sarkozy en Francia, David Cameron en Inglaterra e incluso Angela Merkel en Alemania, comenzaron a anunciar también sus propios ajustes.

Tal vez David Cameron, por ser quien accedió al poder más recientemente, fue el que habló más clara y sinceramente cuando expresó: "El ajuste va a afectar nuestra forma de vida".

Claro, contundente. Sin dudas eso es lo que viene.

La pregunta es ¿Estamos acercándonos al final del "estado de bienestar"? Ese modelo que nos enseñaron a admirar en la mayoría de los países europeos ¿llegó a su fin?

Los salarios de la administración pública, sus aguinaldos, la edad de jubilación, los seguros de desempleo, el modelo de atención médica, todo está bajo revisión.

El mandato es doloroso pero simple: deben reducirse los déficits de los presupuestos y para hacerlo –teniendo en cuenta que por su dimensión no es posible hacer una rápida mejora en los ingresos- no hay otra forma que disminuir los gastos.

Pareciera que es así, en materia de salud por lo menos. De hecho, tanto España, como Francia y Portugal están estudiando, entre otros cambios, una disminución en materia de cobertura de medicamentos y en la gratuidad de la atención médica. El planteo es simple: o se recortan las prestaciones o se incrementan los ingresos! Los restantes países, no me cabe ninguna duda, los seguirán tarde o temprano.

Para tener más claro el sistema vigente, veamos el modelo de arancelamiento de algunos países de la eurozona:

En Francia se cobra un 1 Euro por una consulta médica –está vigente desde 2005-. En Portugal la visita ambulatoria en un Hospital cuesta 2,20 Euros. En Italia, si bien la consulta con los médicos especialistas está arancelada, la consulta con el médico de familia es gratuita. En Inglaterra la atención de los médicos de familia también es gratuita.

En casi todos los países se percibe que la gratuidad ha sido una de las causas que generaron que el sistema se encuentre sobreutilizado (algunos países, como Italia, han establecido penalidades económicas para los casos de urgencias no justificadas).

Si bien como se dice siempre "las comparaciones son odiosas" no podemos ignorar lo que pasa en la Argentina. En lo "macro" tenemos un sistema fantástico, que todo lo cubre y "todo lo puede". En términos comparados la Argentina no tiene nada que envidiarle a ningún modelo ni a ningún país.

El problema es en lo "micro". La atención de la salud por parte de los gobiernos, tanto nacional como provincial y municipal, deja mucho que desear. El Hospital Público está colapsado. No podemos decir que la atención en el Hospital Público sea un modelo de nada, ni para nadie.

En el sistema de Obras Sociales y de medicina prepaga las esperas de turnos se han multiplicado en tiempo y la brevedad de las consultas son un signo inequívoco del estado de cosas. Por otra parte, los mejores médicos siguen saliendo del sistema y se transforman en exclusivos de aquellos con capacidad de financiar la consulta en privado.

Finalmente, la mayoría de los profesionales que aún están en el sistema se muestran disconformes y se sienten maltratados económica y profesionalmente.

Todavía no queremos aceptar que la gratuidad, el modelo "sin límite y sin cargo" –o con copagos totalmente desactualizados-, no nos está llevando al objetivo que imaginábamos.

Como reflexión final se me ocurre que deberíamos aprender de las crisis "ajenas" y tomar las decisiones necesarias para encontrar el rumbo que necesitamos. Todavía estamos a tiempo para que nuestro sistema pueda mejorar y transformarse en un modelo posible. □



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.

 **SMG**
SEGUROS
UNA COMPAÑÍA DE SWISS MEDICAL GROUP

www.smgseguros.com.ar



Nuevas tecnologías: Instrumento para mejorar la calidad asistencial

Por Carlos Vassallo – Consultor Economía y Gestión de la salud - vassalloc@gmail.com // www.lgsconsulters.com

Estamos ingresando en una nueva etapa de las relaciones de la sociedad con el sistema de salud y esta vinculación se debe dar de una forma nueva y desconocida hasta el presente, mediante el acceso generalizado al "conocimiento".

La determinación de canastas básicas o programas médicos están en sintonía con el nuevo paradigma que significa el cambio de posición del ciudadano respecto de su propia salud. La interacción con los profesionales, acceso a conocimiento que antes se consideraban inaccesibles, van cambiando el tipo de relación y aumentan la capacidad de entender y gestionar actitudes y comportamientos que están relacionados con el estado de salud. Esto implicará por un lado incremento del nivel de exigencia a los profesionales y por el otro la posibilidad de hacer corresponsable al paciente de su propia salud.

La rigidez del sistema de salud se observa en la renuencia y lentitud en la incorporación de las nuevas tecnologías de información y comunicación, tanto en los ámbitos más profesionales como en los ciudadanos y esto es un contraste relevante respecto de la velocidad con la cual evolucionan estas tecnologías.

Debemos evitar que esta brecha se incremente y es por ello que el desafío es comenzar a desarrollar una actitud más activa que facilite los medios e instrumentos, que allanen el camino al desarrollo e incorporación de profesionales y ciudadanos a una plena aplicación de las tecnologías de información y comunicación.

La sociedad se muestra exigente con el sistema de salud, demanda cada vez que se la consulta mejor calidad, modernidad y accesibilidad, capacidad y agilidad para dar respuesta a las necesidades presentes y futuras.

Un programa de modernización de la salud que responda a las expectativas que generan las tecnologías debe sostenerse en tres pilares básicos:

a) el ciudadano como centro del sistema de salud. En este sentido la historia clínica informatizada por paciente es un camino trascendental.

b) Mejorar la calidad de los servicios asistenciales. Informatización de los establecimientos y centros de salud que permiten simplificar e incrementar la calidad decisional de los profesionales respecto de los diagnósticos, derivaciones y prescripciones.

c) Dotar de nuevas infraestructuras que cubran las crecientes demandas (nuevos centros de salud).

Las tecnologías constituyen el núcleo estratégico al servicio de los profesionales y ciudadanos que permitirán convertir a este último en el centro de la actividad asistencial permitiéndole disponer en el futuro de su propia información así como facilitarle el acceso a los recursos de salud y a la asistencia médica mediante su correcta identificación brindada a través de la historia clínica única.

Las tecnologías deben ayudar también a mejorar la eficiencia del sistema a través de mejoras en los mecanismos de gestión y ayudar a la toma de decisiones y de gestión mediante la

implantación de mecanismos que permitan el monitoreo de la calidad de los servicios que se prestan y los niveles de eficacia y eficiencia de los mismos.

Impacto para los profesionales que trabajan en el sector salud:

- ✓ Se mejora la calidad diagnóstica de los profesionales al poder contar con información sanitaria previa sobre el paciente, lo cual permite centrarse en el diagnóstico e incrementar la coordinación clínica y terapéutica además de poder realizar un seguimiento más exhaustivo de los pacientes.
- ✓ Se facilita el aprendizaje e intercambio de opiniones y consejos entre los profesionales de la salud, a través de foros y otros intercambios basados en la información accesible. Se mejora la distribución del trabajo entre los profesionales permitiendo mayor flexibilidad y adaptación de la organización del trabajo y finalmente el médico que trabaja en zonas aisladas (centros de salud) se siente más apoyado e informado (conectado).
- ✓ Se agiliza el acceso a la información y su intercambio gracias a las bases de datos digitales con casos clínicos, las guías de diagnóstico y tratamiento, referencia y contrarreferencia, etc. Se mejora la conexión entre niveles y se potencia la formación continua de los profesionales gracias al e-learning que permite una mejor adaptación de los horarios y cargas de trabajo.
- ✓ El uso de las tecnologías de información facilita la gestión y la toma de decisiones, dado que mejora el acceso y su análisis. Acceso online a mucha información y parámetros con los cuales diagnosticar la situación organizativa. Comparar indicadores de eficiencia, calidad y de satisfacción del paciente.
- ✓ En los centros de salud las tecnologías pueden ayudar a mejorar el funcionamiento de los mismos, en todo lo referido a la gestión de turnos, comunicación con centros más complejos y especializados, acceso online a la información del paciente y acciones de formación.

El camino hacia la coordinación del sistema e integración por niveles no resultará fácil. Existen muchos intereses afectados por este rumbo que no son los del paciente. Es hora de atreverse a realizar reformas teniendo como aliado al beneficiario y los servicios que el mismo incorpora. Para ello es necesario tener metas que permitan luego de un corto plazo mostrar resultados para poder fortalecer la posición y seguir avanzando.

No es deseable permanecer sin hacer nada ante la revolución tecnológica ni tampoco ir demasiado rápido que no pueda ser entendida por los usuarios. Cabe a los responsables del gobierno sanitario de las organizaciones establecer los tiempos y los medios para alcanzar los objetivos de poner al paciente y en particular el mantenimiento de la salud en el centro del sistema. □

Sabemos por qué nos eligen

Por nuestros 38 años de sólida experiencia

Mayores descuentos en medicamentos, recetas magistrales y remedios homeopáticos.*

Plan Materno Infantil, regalos para el recién nacido y subsidio por nacimiento.*

Anteojos y lentes de contacto sin cargo.

Cobertura en ortodoncia, prótesis e implantes dentales.*

Urgencias médicas domiciliarias sin coseguros.

* Cobertura en algunos planes, de acuerdo a normas y topes vigentes.

Planes Familiares y Corporativos con cobertura en todo el país, para el cuidado de su salud.

OSDIPP

Obra Social del Personal de Dirección
de la Industria Privada del Petróleo

info@osdipp.com.ar
www.osdipp.com.ar

Capital Federal
25 de Mayo 575
Capital Federal
(011) 5128-0262

Campana
Güemes 865
Buenos Aires
(03489) 42-1129 / 6373

Bahía Blanca
Solier 160,
Buenos Aires
(0291) 400-2004 / 05 / 06

Neuquén
Alberdi 184,
Neuquén
(0299) 442-5501 / 447-3814

Comodoro Rivadavia
25 de Mayo 964,
Chubut
(0297) 447-5545 / 446-2356

Coleta Olivia
San José Obrero 265
Santa Cruz
(0297) 483-5942

Mendoza
Artistas Villanueva 447
Mendoza
(0261) 429-4460 / 420-4117 / 0741
Río Gallegos
Av. Julio A. Roca 409
Santa Cruz (02966) 15-489954
Tartagal
Salta - (03875) 42-4221

La Superintendencia Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspaos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 9 a 19 hs., llamando al 0800-222-SALUD (72583).

Un paso adelante en soluciones integrales para la salud

- ADMINISTRACIÓN DE REDES FARMACÉUTICAS
- INFORMES ESTADÍSTICOS Y DE CONSUMO
- VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS
- CENTRO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
- FARMACIAS PROPIAS
- MANAGEMENT FARMACÉUTICO
- USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS
- ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA



ADMIFARM group

PROFESIONALISMO + INNOVACIÓN + EXPERIENCIA + SERVICIO PERSONALIZADO

H. Yrigoyen 1628 Piso 1 | Ciudad de Buenos Aires | www.admifarmgroup.com

(5411) 4010-0200

Comunicación y Salud

Una de las lecciones que dejó la Gripe "A" fue la manera en que los organismos internacionales manejaron su comunicación. "La Gripe A, más que una enfermedad, ha sido un síntoma de lo que puede estar pasando en la relación entre los expertos, los comunicadores y la propia Organización Mundial de la Salud", destacó Aitor Ugarte Iturrizaga, vicepresidente para España del Foro Iberoamericano sobre Estrategias de Comunicación. En ese sentido, el catedrático cree que "estamos en una crisis de modelos y de estrategias en lo que tiene que ver con la Organización Mundial de la Salud".

La Universidad Complutense de Madrid, la fundación OSDE y la Universidad de Flores organizaron las "Primeras Jornadas Internacionales en Comunicación y Salud". En el Auditorio Ing. Amorosi de la Fundación, debatieron prestigiosos expertos nacionales e internacionales con el objeto de "desarrollar, analizar y discutir sobre estrategias de comunicación en el ámbito de la salud".

En las jornadas se destacó la presencia del español Aitor Ugarte Iturrizaga, que además de ser un especialista en la materia (ver recuadro) es un carismático orador, que atrapó la atención del auditorio con una exposición cargada de filosa ironía y profundas críticas al referirse al manejo de la crisis llevado a cabo en su país y en todo el mundo ante la Gripe A que, a su entender, "más que una enfermedad, ha sido un síntoma".

"Perdonen por la ironía-aclaró en un tramo de su discurso- pero me lo estoy tomando muy en serio, de verdad que me lo estoy tomando muy en serio, pero prefiero contarlo así". Al iniciar aclaró: "esta presentación sobre todo va a generar dudas. Si les genera al

menos las mismas dudas que me ha generado a mí mientras la he realizado, estaré muy contento".

LA SOCIEDAD DEL RIESGO

Su discurso hizo eje en la diferenciación entre riesgo y crisis a la

hora de comunicar. "Un concepto de riesgo muy, muy sencillo, es intentar ver la probabilidad que tenemos de que un rayo nos caiga aquí. Si estamos delante, al lado de un árbol, y se desata una enorme tormenta, tenemos cierta probabilidad de que sea cierto eso". De esta forma graficó el modo en que nos relacionamos con los distintos niveles de riesgo, dejando en claro que se trata de un concepto sobredimensionado en la actualidad por quienes tienen el rol de comunicar. "Estamos en una sociedad en la que gente tan inteligente como estos señores que escriben en los periódicos y escriben libros dice que estamos viviendo en una sociedad que está caracterizada por el riesgo".

Cuando se trata de riesgo y crisis, la misma comunicación interviene en la balanza: "se está comunicando en todo momento y siempre en la balanza, en el equilibrio de que el riesgo se convierta en crisis, y la crisis se convierta en riesgo. Si le damos al riesgo un lugar importante, la comunicación de riesgos también tendrá un lugar importante".

Esta sociedad de riesgos es la que potencia la contratación de seguros, los fondos de garantía, la normalización de los procedimientos y las normas ISO. "La norma ISO en definitiva es un procedimiento que según sus índices te indica la calidad de qué: de salirte de la norma", ironizó.

En este contexto citó ejemplos del uso de la comunicación del riesgo que hacen los gobiernos. En el caso de su país, reflexionó "¿por qué ha anunciado el presidente del gobierno políticas de ajuste económico importantes? Por el riesgo de que la crisis económica europea, sobre todo ligada a Grecia, nos termine absorbiendo y haciendo de España una economía que pueda llegar a tener tantos problemas como la de Grecia". En ese caso, explicó "se ha comunicado más los riesgos que la crisis".

Del mismo modo se refirió a la portada de Clarín de ese mismo día: "se decía que por la inseguridad -es decir por el riesgo de inseguridad- el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires había cambiado al funcionario que se encargaba de la seguridad".



Otro de los ejemplos que citó es el del "riesgo país", a escala internacional: "Podemos vender deuda o no podemos en función de que unos determinados señores definen que tiene mucho riesgo". En el caso de su país, mencionó que existen "mapas de riesgo, seguros de riesgo, los riesgos laborales", y los que define como "la gran cuestión de la salud pública: los factores de riesgo, el análisis de los riesgos". Y apeló al sarcasmo al explicar que "aquí en la Argentina no han nacido miles de observatorios, pero en España son una auténtica pandemia. Todo se observa, todo se observa a través del observatorio, ya no puedes observar una cosa en la calle, tienes que ir a un observatorio".

En este escenario, Iturrizaga considera que la propia Organización Mundial de la Salud está "entendida como una herramienta de gestión de riesgos".

ALARMAS Y PELIGROS

Iturrizaga invita a leer a Peter Sandman, a quien considera "un autor verdaderamente básico para el análisis y la conceptualización de la comunicación de riesgos y crisis". En su planteo teórico, Sandman con-

Un interés común

El objetivo de la Jornada fue "poner a la comunidad de la salud en contacto con los mejores profesionales, científicos y académicos del mundo, especialistas en la materia para desarrollar, analizar y discutir sobre diversas estrategias de Comunicación y Salud y consolidar un espacio permanente de consulta y debate". Osde fundamenta su participación en esta iniciativa como una forma de promover la mejora de la comunicación del sector de la salud.

cibe a la comunicación de riesgos con dos variables: el peligro y la alarma social.

De este modo y simplificando, explicó que el modo en que se combinan estos dos conceptos es lo que definirá la política de acción a adoptar en cada caso: "Si el peligro es alto y la alarma es baja, hay que

promover la precaución. Si el peligro es bajo y la alarma es alta, hay que gestionar la indicación. Si el peligro es alto y la alarma es alta, hay que comunicar la crisis. Eso es lo que todos creímos que era, con lo cual estábamos comunicando la crisis cuando había que gestionar la indicación. El peligro nos lo estaban conceptualizando como alto cuando realmente era bajo".

En ese sentido, Iturrizaga fue contundente al referirse a la situación de Gripe A del año pasado, al calificarla como "una epidemia que afectó a muy poca gente" en cuya comunicación de riesgo intervinieron la Organización Mundial de la Salud, los expertos que trabajaron en todas las administraciones (sociedades científicas, sindicatos, farmacéuticas, administraciones regionales) y los medios. "Estos tres grandes actores fueron los que hicieron que se volviera la cosa de un lado".

EPIDEMIA DE NOTICIAS

"Se producía esta doble epidemia de la globalización: la epidemia de las noticias que se traslada de un lugar a otro de una manera rapidísima y la epidemia del transporte de los virus que también se traslada de



FEFARA
Federación Farmacéutica

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

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



“El peligro nos lo estaban conceptualizando como alto cuando realmente era bajo”.

un lado a otro de una manera rapidísima. Esto nos deparó una crisis mundial. En muchos sitios se la definió como la primera gran pandemia, la primera gran crisis, ‘nos vamos a morir todos’. Cuando llega el momento de la crisis -continuó en su relato- ya no solamente comunicamos riesgos, comunicamos crisis”.

En este sentido, se refirió al fenómeno que hace que en ocasiones la verdad no sea tan importante como la verosimilitud cuando de medios de comunicación se trata. “La crisis tiene el mismo efecto sea real o no lo sea”. Si bien reconoció que “no da lo mismo porque, claro, si el virus es muy poco agresivo, no mata tanta gente, si el virus es mucho más agresivo mata a mucha más gente, pero” –y este es el punto- “en cuanto a alarma social da lo mismo que sea real a que no lo sea”.

Sin embargo, ante una situación de alarma social entran en juego otros elementos: “tú no sabes cuándo va a surgir, hay riesgos legales, se necesita tomar decisiones, escenarios dinámicos, rapidez, inmediatez, todo el mundo está pendiente de ti, y en ese contexto es cuando las autoridades sanitarias tienen que adoptar decisiones. Cuando la Organización Mundial de la Salud dijo que había una pandemia y declaró la fase 5 se decía que era poco tiempo para organizar, comunicar y poner en práctica las medidas de mitigación planificadas, un panorama absolutamente tranquilizador”, volvió a ironizar.

“Cuando la directora general de la OMS, Margaret Chan, declaraba la fase 6, la crisis sanitaria mundial, decía: ‘He realizado consultas con destacados expertos que, conforme a los procedimientos previstos en el Reglamento Sanitario Internacional, me dicen que se cumplen los preceptos científicos que definen las pandemias’. Si bien reconoció que la OMS dio a conocer los análisis de los peritos, cuestionó: “¿alguien se preguntó sobre la cuestión de la percepción?, ¿a usted le apetece que le comuniqué todo esto?, ¿Usted está

dispuesto que tener que quedarse en su casa, a no poder ir al fútbol, etcétera, etcétera, porque la OMS tiene unos determinados reglamentos por los que vamos a poner en marcha la fase seis?”

DECIR Y HACER

El cuestionamiento a la forma en que se comunicó la crisis está vinculado a las acciones concretas que se adoptaron frente a esa crisis. “Si la primera tarea de todas es solucionar el problema en una crisis y tenemos un virus que se supone que es bastante severo y que está infectando a todo el mundo, la decisión es hacer vacunas, muchas vacunas, porque el virus de la gripe se puede vacunar. Las autoridades nacionales qué hicieron” –recordó- “vamos a comprar vacunas, la subasta de las vacunas”. En este sentido, citó ejemplos de varios países: “Por hablar de Francia: 94 millones de dosis en un país de 60 millones de personas, ahora por supuesto que sobran vacunas y tienen que venderlas. En España se pusieron 2 millones de vacunas respecto a los 33 millones que se compraron, algunas de ellas creo que las tienen ustedes para ponérselas este año. El ministro de Salud de México – José Angel Córdova– aparte de lanzar el grito de que los países ricos acapararon las vacunas del H1N1, con razón, todavía cree que la respuesta ante la crisis debería haber sido igual”. En este punto Aitor volvió a apelar a su sarcasmo, al considerar la consecuencia económica que tuvo todo este accionar: “si yo hubiera sido ministro de economía lo hubiera intentado convencer entre copas al ministro de salud para que hiciera acciones fuertes”.

Aitor Ugarte Iturrizaga:

Doctorando en Comunicación y Magister en Marketing, es Vicepresidente para España del Foro Iberoamericano sobre Estrategias de Comunicación (FISEC), y adjunto al Gerente de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid).

EL CASO ARGENTINO

En su recorrida por la forma en que los distintos países comunicaron la Gripe A, Iturrizaga se detuvo en el accionar argentino, al recordar el momento en que “se reconocieron 1.587 casos, se celebra una elección y se pasa a 100.000. Esto, que fue verdaderamente muy malo para su imagen internacional tiene una explicación comunicativa”.

“La explicación es que hubo un mal uso de la comunicación, y que eso sirvió para que hubiera una crisis interna. Cuando la ministra Graciela Ocaña se va al día siguiente de las elecciones (elecciones que supuestamente –yo no sé si eso se ha confirmado o no– quiso evitar que se celebren por la propagación) y llega Manzur al gobierno, que es un médico y se encuentra con los 1.587 casos, varios de los equipos enfocan el problema desde el punto de vista de la epidemiología, de la estadística, de la demografía”. Llegan a la estimación de que los infectados pueden ser alrededor de 100.000. “Eso, contado así, aquí en un congreso que hablamos de comunicación y salud, está muy bien –ejemplificó-, pero contado a todo el mundo quiere decir que se multiplicaron los casos en una semana”.

“Las cuestiones políticas también pesan mucho, evidentemente, pero en este caso ambas fuentes probablemente fueran ciertas y hubo un problema de comunicación: no saber gestionar la comunicación. Y hubo un gran lío interno, se podía ver eso”.

SOBRE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD:

Iturrizaga define a la OMS como “la principal burocracia mundial de la salud”.

“¿Qué está haciendo la Organización Mundial de la Salud?, evaluarse. En mayo de 2011 decidiremos algo. En mayo de 2010, en esta asamblea general que tenemos ahora mismo (ver recuadro), les adelantaremos un poquito de lo que estamos evaluando, pero ya en mayo de 2011 les diremos algo, cuando venga la epidemia de H2N5”, volvió a satirizar.

En ese sentido, aseguró que “incluso el propio presidente del grupo que está evaluando, cuando le consultaron qué piensa de la política comunicativa. Lo primero que dice es: asunto espinoso. Desde luego



“En España se pusieron 2 millones de vacunas respecto a los 33 millones que se compraron, algunas de ellas creo que las tienen ustedes para ponérselas este año”.

que es un asunto importantísimo, espinoso veremos”, reflexionó.

Cuestionó también el grado de participación que se les dio a los países hispanos en esta evaluación “de los 29 casos independientes de la OMS que van a evaluar la actuación de la Organización Mundial de la Salud, tres son hispanos, español ninguno. Esto empezó en México, ¿no?”

La gran asignatura pendiente del organismo internacional según la mirada de Iturrizaga es “cerrar la crisis” de manera más crítica.

EL SINTOMA

“Al final, la gripe A, más que una enfermedad, ha sido un síntoma de lo que puede estar pasando en la relación entre los expertos, los comunicadores y la propia Organización Mundial de la Salud”, concluye Iturrizaga. En ese sentido, el catedrático cree que “estamos en una crisis de modelos y de estrategias en lo que tiene que ver con la Organización Mundial de la Salud, la burocracia que se creó en el año 1948”.

En cuanto a la comunicación de riesgos, el aspecto más importante está dado en el enfoque que se le va a dar al tema. Un enfoque sería pensar “qué pena, qué bien lo hubiéramos hecho si la cuestión hubiera sido menos compleja, no hu-

Las conclusiones de la OMS

Pese a las críticas recibidas, las conclusiones que la OMS publicó sobre este tema al finalizar la 63ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la Gripe A fueron cuanto menos, escuetas. Su website oficial informa lo siguiente:

“Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios:

Los Estados Miembros expresaron su firme apoyo a los esfuerzos sostenidos desplegados por el Grupo de Trabajo de Composición Abierta para profundizar en la preparación para una gripe pandémica mundial mediante el fortalecimiento del intercambio de virus gripales y el acceso a beneficios tales como las vacunas. Los Estados Miembros hablaron de los progresos realizados en la reciente reunión intergubernamental (celebrada los días 10 a 12 de mayo de 2010) y caracterizaron la interacción como transparente, sustantiva, de eficaz colaboración, e importante como base para futuras negociaciones en ese campo. El papel de la industria como interesado directo en el proceso tendiente a aumentar la capacidad mundial de producción de vacunas, el aumento de la transferencia de tecnología a los países en desarrollo, y el acceso a suministros de vacuna y medicamentos a precios asequibles para los países con recursos limitados fueron algunos de los temas tratados. Varios países apremiaron a colaborar para seguir avanzando y lograr una mayor preparación para una pandemia y proteger la salud pública mundial. Ya examinado el informe del Grupo de Trabajo de Composición Abierta (15 de abril de 2010), se aprobó una resolución en la que:

- se pide a la Directora General que siga apoyando sus esfuerzos y que emprenda los estudios y consultas técnicas que sea necesario;
- se decide que el grupo informará al respecto, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2011).”

biera cambiado tan rápido, si nos hubieran puesto los medios de comunicación un poquito más de nuestra parte, la gente no hubiera estado tan alarmada”. A la hora de acudir a un experto “por favor no contraten alguno de éstos. Contra-ten al que les diga: la situación es absolutamente dinámica, estremendamente compleja, hay una incertidumbre tremenda sobre la severi-

dad del riesgo sanitario al que nos afectamos y, así y todo, vamos a preguntarle a la gente a ver qué tipo de comunicación quiere que hagamos porque en definitiva manda la gente. Y si la gente está dispuesta a afrontar riesgos, quizás la burocracia normalizadora que nos dimos en 1948 no deba tener la potestad de decidir si podemos o no podemos salir de casa”. □

**Obra Social
FERROVIARIA**

Su salud en las mejores manos

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





Columna

La economía del conocimiento versus la mercantilización de la ciencia

Por el Doctor Ignacio Katz

*Quien piensa lo más hondo
Ama lo más vivo
Federico Hölderlin*

Quisiera comenzar con el recuerdo de una anécdota ambientada en Argelia:
-Hijo mío -decía un cura, admirando el jardín de un argelino, situado en pleno desierto -¡Cómo le ha premiado la Providencia!-
-¡Padre! -respondió el argelino- Felizmente usted no conoció el jardín cuando sólo la Providencia lo cuidaba-

Esta pequeña historia nos demuestra la importancia de abordar los fenómenos con racionalidad y profundidad, dejando de lado los aspectos "providenciales" de las situaciones. Es la inteligencia la que detecta, en primera instancia, cuál es el contexto propicio para su expansión y desarrollo, y no un atributo insalvable y ajeno a los humanos. Y es con inteligencia que debemos superar los males de nuestro país, en particular dentro del campo sanitario.

Por otro lado, comprender la realidad es una tarea crucial para cualquier política verdaderamente transformadora. Y dicha comprensión será plena de sentido sobre la base del sinceramiento. De nada sirve esconder debajo de cerrojos informativos los datos clave de la realidad sanitaria del país, si lo que pretende es modificar con profundidad este presente. Por lo tanto, sincerar la realidad es tarea prioritaria. Cueste lo que cueste.

Y en esa tarea, debemos replantear la relación entre universidad, sector público y empresas. Esas tres esferas, hoy por hoy desconectadas, deben interactuar para el beneficio del país. En primer término, recordemos que, en la Argentina, el porcentaje de graduados universitarios no es sólo inferior al de los países desarrollados, como Finlandia y Australia, sino también es menor que en naciones como Panamá, Brasil o México.

En ese sentido, uno de los males que ha sufrido el país ha sido la pérdida de capacitados científicos, que buscaron otros destinos, con la consiguiente pérdida de capital intelectual para la Argentina. Esta situación hace referencia a la llamada "fuga de cerebros", que se asemeja a la idea de "exportación de sustancia gris", aunque en realidad, lo más apropiado es hablar de un verdadero "éxodo de inteligencia". No estamos hablando de un mercado "transparente", exento de fuerzas discrecionales que alteran la distribución del conocimiento, ni de una instancia que tenga escaparates en donde se muestran conocimiento y tecnología como si

fuera productos, y los sagaces buscan importación. Pero, en lo concreto, la Argentina se descapitalizó intelectualmente, con el consiguiente retraso en su desarrollo.

Hoy, como siempre, el desafío por el progreso de un país se da en el campo de la ciencia, la tecnología y las distintas cadenas agroganaderas e industriales. Por lo tanto, una sana interacción entre el campo universitario, el sector empresarial y el Estado es decisiva para impulsar el desarrollo socioprodutivo del país. De lo que se trata no es en sí de incrementar la matrícula universitaria, sino de favorecer la convergencia entre universidad, empresas e investigación pública y privada. El objetivo tiene que ser confluir en una política articulada que estimule el desarrollo productivo, la innovación y la investigación.

Para construir una nación de ciudadanos dignos, necesitamos, en paralelo, edificar una verdadera "sociedad del conocimiento". Con ese horizonte como guía, y a través del incremento del capital humano del país, podremos dejar atrás el subdesarrollo en distintos órdenes. ¿Cómo desperdiciar la sinergia entre sector público, privado y universidades, para, enfocándonos en el campo de la salud, mejorar la capacitación de médicos, enfermeros y auxiliares? ¿Cómo descartar interacciones político-económico-financieras, que favorezcan las investigaciones aplicadas para combatir enfermedades? ¿Por qué no proponer vínculos fecundos entre el sector público y el privado, dentro de marcos establecidos por el Estado, y construir así un sistema federal integrado de salud?

La situación de crisis que motivó el cambio en nuestra configuración social (2000-2001), hace imprescindible generar un vuelco en nuestra situación, y realizar el cambio que la necesidad impone. Más allá de que registremos un "efecto ocaso", que se hace patente en muchos aspectos de nuestra realidad que están caducos, estamos ante una gran oportunidad para la toma de conciencia del punto de encrucijada al que hemos arribado.

La asimetría en el conocimiento, de la que estamos hablando, puede reflejarse en la siguiente situación: la Argentina, país que basa su economía en el sector agroganadero, reconoce en sus universidades públicas que sólo el 2,5 % de sus graduados corresponde a actividades vinculadas con el suelo. Esta brecha se agudiza si vemos los datos de las universidades privadas, en donde en este rubro hay menos de 1 graduado cada 100.

Este presente tiene sus orígenes en la combinación de los modelos económicos llevados adelante por los

ministros Adalbert Krieger Vasena y José Alfredo Martínez de Hoz, que, respectivamente, descapitalizaron y desindustrializaron el país. A lo que se adicionó el deterioro universitario. Esta combinación fatal degradó los recursos del país, en particular el prioritario: el potencial vital, necesario para el desarrollo de una nación, que busque darles una vida digna, con justicia y equidad, a todos sus habitantes.

Esta encrucijada nos lleva a tener que decidir qué escenarios a forjar. Y para eso, se necesita una planificación estratégica, que se elabora con un capital también estratégico: los recursos humanos, con el bagaje cualitativo y la convicción, compromiso y coraje necesarios para imponer el rumbo deseado. Estos escenarios no son proyecciones, pronósticos, ni predicciones, sino elaboraciones, tramas, tejidos, encadenamientos de eventos en los que se despliegan potencialidades para alcanzar la categoría de realidad. Son el soporte de pensamientos que se entrecruzan y se concretan.

Hablemos de la idea de "conocimiento". No tenemos dudas de que estamos inmersos en "sociedades del conocimiento", y de ellas será el futuro. Este tipo de configuraciones sociales se basan en economías de un perfil particular, que combinan "economías" más "conocimiento", que tienen que tener un "affectus societatis" mutuo.

Son prerequisites de estas sociedades: el desarrollo regional, que incluye recursos particulares, conocimientos, e innovación, que redundan en más oportunidades y en establecer un camino crítico hacia el progreso; una combinación de enseñanza, investigación y producción de servicios; y un marco político, regulado con márgenes de expansión eficiente y espíritu emprendedor.

De lo que se trata, si hablamos de crear una "economía del conocimiento" que sea la base de una sociedad nueva, es de rechazar una visión mercantilista de la ciencia. Esta última solamente busca nichos de rédito financiero, mientras que la economía y la sociedad que deseamos es, en cambio, el soporte sustentable de valores de la dignidad humana. Esta nueva configuración social nos hace retornar a los principios liminares de:

- Libertad (conciencia de su necesidad)
- Igualdad (de oportunidades)
- Fraternidad (solidaridad y equidad)

Las herramientas para planificar estos escenarios deben apoyarse en la articulación de instituciones académicas y el sector productivo privado. Hay que superar el cortoplacismo especulativo que en general responde a ambiciones individuales y comprometerse en forma mancomunada en un proyecto intergeneracional donde enseñar y aprender y viceversa, aprender y enseñar, tenga un solo verbo: vivir (y no sobrevivir). El sendero nos convoca en forma permanente a superar obstáculos y desarrollar aptitudes. Quienes padecen las deficiencias logísticas y organizacionales de los hospitales, los investigadores científicos que carecen de recursos económicos y tantas otras personas más, aguardan que se produzca la convergencia entre los sectores decisivos para la vida del país, para salir de la lógica del "parche perpetuo" y planificar un escenario de verdadera justicia social. □

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



Sabemos cuidarlo.

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

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

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



OSPAT CENTRAL

Florida 15 Piso 6º. Piso.
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires [C1005 AAG]
 0 800 899 3556 - www.ospat.com.ar



OSPAT
 Obra Social del Personal
 de la Actividad del Turf



Directo al corazón

Organizada por la Obra Social Ferroviaria, se realizó la Jornada Internacional de Detección Temprana de Aterosclerosis destinada a profesionales de la salud. La misma contó con la presencia del Dr. David Spence, líder mundial en la materia, y numerosas personalidades del ámbito de la salud nacional e internacional.

El 18 de mayo pasado, en la Sala Jorge Luis Borges de la Biblioteca Nacional, tuvo lugar la Jornada Internacional de Detección Temprana de Aterosclerosis, organizada por la OSFE (Obra Social Ferroviaria), con el auspicio de Air Canadá, Blossom DMO Argentina, la Fundación Cardiológica Argentina, la Superintendencia de Servicios de Salud y la Unión Ferroviaria.

La mesa de apertura contó con la presencia del vicepresidente de la Fundación Cardiológica Argentina, Dr. Rodolfo La Greca; la Ministro Vice Consejera de la Embajada de Canadá, Louise Corvin; el Dr. Antonio Guidazio, presidente de OSFE y el Secretario General de la Unión Ferroviaria, Sr. José Pedraza.

NUEVAS IDEAS

El Dr. Guidazio explicó que el objetivo de la Jornada "consiste en plantearle a organizaciones, profesionales de la salud y a las entidades científicas qué estamos haciendo y quiénes son nuestros mentores".

Contó que el programa marco de la Obra Social tiene un recorrido de más de tres años, y destacó la participación de todos los expertos que lo integran.

"Lo que buscamos es enriquecer lo que hicimos hasta ahora con esta Jornada de reflexión y, no lo dudamos, saldremos con nuevas ideas", sentenció.

"¿Por qué elegimos darle tanto énfasis al tema del riesgo cardiometabólico? -se preguntó- no solamente porque las estadísticas y los libros así lo dicen. Hacer un ejercicio como el que logramos nosotros y otras Obras Sociales, es realmente un ejemplo".

Sobre la metodología llevada a cabo, el directivo explicó: "Nuestro camino ha sido primero determinar con quiénes íbamos a trabajar. Para eso, y gracias al apoyo de una organización como la Unión Ferroviaria, decidimos capacitar a representantes sindicales como agentes de prevención en este tipo de riesgos". Fundamentó esa decisión en que "son los que están más cerca de los trabajadores, y con mayor grado de confianza le pueden transmi-

tir información que difícilmente se transfiere a un grupo médico".

"Trabajamos con esa capacitación a lo largo de jornadas -contó la última de las cuales estuvo dedicada exclusivamente a las mujeres trabajadoras, teniendo en cuenta que ellas cumplen una función muy importante en el hogar".

Guidazio hizo hincapié también en la importancia del cambio cultural para implementar estas acciones e indicó cómo hacerlo. "Salimos a buscar pacientes entre la población presuntamente sana, lo hicimos a través de un screening que reforzamos con la utilización de un ecodoppler y la medición de placa con la técnica del Dr. Spence, que hoy nos honra con su visita".

El alcance y los objetivos de la jornada también fueron destacados por el Secretario General de la Unión Ferroviaria, José Pedraza.

"No es la primera oportunidad que tengo, felizmente de participar en una actividad de prevención como ésta, que se hace con los trabajadores ferroviarios en sus lugares de trabajo. OSFE es pionera en la materia, y quisiera compartir con todo el conjunto de las obras sociales esta iniciativa. Las obras sociales en la Argentina, que tienen muchísimos años de vida, atienden a 18 millones de beneficiarios, cuya atención no sería posible en la medicina pública y que no tienen acceso a la medicina privada". "Nuestra obra social se sostiene con el aporte de los trabajadores activos y pasivos; no recibe subsidios. Atiende a toda la población ferroviaria. Les quiero dar la bienvenida y agradecerles la participación, en nombre del sindicato, de nuestros trabajadores y de la obra social, esperando que podamos continuar trabajando en algo que para nosotros no es un dinero perdido; estas iniciativas integran la cuenta inversión, no la cuenta gasto".



José Pedraza y Antonio Guidazio



HIPERTENSION

El título que eligió el Dr. Conrado Estol, para presentar su exposición no parecía nada alentador ("Tan to publicado y tan pocos logros"). Sin embargo, el director de Stat Research se mostró apasionado por la temática, expuso los avances y mostró enormes posibilidades de mejora de esta situación.

"Espero que se lleven un mensaje a casa. Tengo que agradecer a las personas que trabajan en nuestro centro, a este equipo -como verán, muy juvenil- de médicos, farmacéuticos y neuropsicólogos. El trabajo de cinco de ellas ha sido reconocido internacionalmente".

El Dr. Estol se refirió a una situación más que alarmante: "La gente se está muriendo y no quiero sonar dramático. La gente se muere de una enfermedad fácil de diagnosticar y de tratar. La pura y simple verdad, no es pura ni simple".



Dr. Conrado Estol



"Sepan que la presión está muy mal controlada. En Canadá, un país del primer mundo, en un estudio muy serio, de todos los pacientes tratados, sólo se controlaba el 16%". El profesional comparó este factor con otros: "La hipertensión es un factor de riesgo tremendo para sufrir un infarto de corazón o de cerebro. De hecho aumenta 6 veces el riesgo, eso es igual que la fibrilación auricular, que es algo gravísimo. Por eso el uso de la anticoagulación; el riesgo de hipertensión es el mismo. El factor de

riesgo número uno es haber sufrido uno. El segundo es la hipertensión".

"La hipertensión causa siete millones de muertes por año en el mundo, eso es el 13% de todas las muertes. Por lo tanto, es la causa número uno de muerte en el planeta. Porque si la causa número uno de muerte, es la enfermedad coronaria y la número dos el infarto cerebral y la hipertensión que motiva esos dos, es la que ocasiona el número

mayor de muertes en el planeta". Señaló: "Acuérdense de esto, que es un dato epidemiológico, la mayor cantidad de los infartos no ocurren en el señor excedido de peso, que fuma, diabético, hipertenso y que los padres se murieron a los 40 años de un infarto; la mayor parte, por una cuestión estadística, ocurre en la gente con poco riesgo, con cualquiera de nosotros, si somos éstos".

Explicó que solamente dos de cada tres pacientes son diagnosticados, y sólo uno de cada tres es diagnosticado y controlado.

An advertisement for La Mutual Argentina Salud. The background is dark blue with a white and light blue abstract graphic of human legs. The text is white and light blue.

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

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



Del 25 al 50 por ciento de los pacientes recibe tratamiento antihipertensivo en EE.UU. y Europa. En cuanto al tratamiento farmacológico, el 50 por ciento de los pacientes admite que, aunque estén medicados, no toman la medicación como lo tienen que hacer.

Sobre el cierre de su exposición, el doctor Estol señaló que "En general, lo que hay que hacer es bajar la presión, con lo que sea. La presión baja no existe. No se sabe cuál es el valor de la presión normal. La mayor parte de los médicos saben y deben tratar la hipertensión. Bajar las grasas, los hidratos de carbono, la sal, bajar los triglicéridos, es la única forma. La gente necesita el ejemplo. El ejemplo lo están dando estas obras sociales, y seguramente tendrá impacto".

LA EXPERIENCIA DE OSFE

El Dr. Juan Cifre, Gerente de Prestaciones Médicas de OSFE aportó sus experiencias en Prevención Cardiovascular, e invitó al Dr. Rodolfo La Greca a sumarse a la conferencia. Agradeció la presencia de dos referentes, desde el punto de vista médico, que tiene el mundo científico vinculado al tema aterosclerosis: el Dr. Spence, de Canadá y el Dr. Estol, que lo había precedido en su discurso.

"¿Por qué una Obra Social se ocupa de este tema?" -reflexionó. "La idea que tiene la Obra Social de trabajar en este tema, obviamente viene vinculada a que la incidencia de enfermedad cardiovascular que tiene nuestro país también la tiene nuestra población. Se mueren o queda discapacitada gente muy joven por la enfermedad cardiovascular. Creamos la figura del agente sanitario porque es un trabajador capaz de transmitir información médica en lenguaje no médico", señaló.

"Tratamos de ocuparnos de la gente, de los temas que son prevalentes, de aquellos temas en los que podemos encontrar alternativas de cambio que mejoren la calidad de vida de la gente y las posibilidades de nuestros trabajadores".

El Gerente de Prestaciones Médicas de OSFE explicó: "En esta



Dr. Juan Cifre

primera etapa del Programa de Riesgo Cardiovascular de la Obra Social comenzamos desarrollando, con la gente de Motivía, un esquema de screening, que generalmente lo hacemos cerca de estaciones ferroviarias, lugares donde hay talleres, lugares donde hay una importante concentración de trabajadores, les avisamos a los agentes sanitarios lo que vamos a realizar, ellos avisan esta posibilidad, la gente concurre voluntariamente, pedimos la ayuda de los delegados".

El programa de Riesgo Cardiovascular OSFE consta de varias etapas. La primera de ellas es el screening masivo, dividido en cinco estaciones:

Estación 1: Datos generales. Antecedentes familiares, hábitos de alimentación y actividad física.

Estación 2: Altura y composición corporal.

Estación 3: Tensión arterial. Tres mediciones y un promedio de las mismas.

Estación 4: Glucemia y Colesterol.

- ✓ Existen mil millones de personas hipertensas en el mundo.
- ✓ Una de cada tres personas es hipertensa.
- ✓ Una de cada dos mujeres a los 55 años es hipertensa.
- ✓ El que cumple 50 años tiene el 90% de chance de ser hipertenso a los 55, a los 70 o a los 90, pero todos vamos a ser hipertensos esencialmente.
- ✓ La hipertensión causa casi el 50% de toda la enfermedad coronaria y el stroke.

Estación 5, Resultado: Riesgo Cardiovascular.

"En 15 minutos una persona completa el screening con el apoyo de Motivía y Blossom" cuenta Cifre, "el programa de Motivía le permite a cada una de las personas que está haciendo el screening llevarse un informe con todos sus datos en una columna, comparados con el normal, máximo y mínimo de una persona sin ningún factor de riesgo, con un sistema similar a un semáforo, (rojo, amarillo y verde) para facilitar la lectura. Al final del recorrido un médico les explica que el objetivo de esto es que reconozcan sus factores de riesgo, pero que fundamentalmente la gente vaya al médico, esto no es una consulta médica, queremos que la gente vaya al médico".

La segunda etapa es la estratificación del riesgo, y la tercera la Realización de medición de la íntima-media y área de placa carotídea (técnica del Dr. David Spence). Ecodoppler en pacientes con riesgo cardiovascular intermedio, citados desde el Centro de Atención Telefónica de OSFE, que en realidad era un riesgo alto no reconocido.

La población de los trabajadores ferroviarios cuenta con una edad promedio de 39 años. Es gente muy joven, con altísimas probabilidades de desarrollar un evento cardiovascular en los próximos 10 años. La experiencia es de los últimos 6 meses. No podemos mostrar resultados hoy. Hemos encontrado algunos casos de elevado riesgo, dentro de la obra social, que han motivado el cambio de conductas.

Para terminar, el Dr. Cifre citó una frase de la Madre Teresa de Calcuta: "Una de las grandes enfermedades, es no ser nadie para nadie. A nosotros la gente nos importa y mucho, por eso hacemos lo que hacemos", sentenció.

Por su parte, el Dr. La Greca opinó: "Hemos mejorado, aumentado la terapéutica extraordinariamente". Sin embargo, señaló: "el paciente no entiende el riesgo, está cada vez más gordo y camina menos. No deja de fumar y eso aún en los países donde el tratamiento es gratis, por ejemplo en España. Finalmente felicitó a la Obra Social "por este trabajo extraordinario" que realiza.

“CAPAZ DE CAMBIARLO TODO”

La conferencia central de la Jornada estuvo a cargo del Dr. David Spence, Director del Centro de Investigaciones de Aterosclerosis (SPARCS) de Canadá.

El Dr. Spence comenzó con una frase reveladora: “Lo que voy a contar es tan sencillo que no parece revolución, pero es capaz de cambiarlo todo en prevención de eventos cardiovasculares”. El Dr. se refirió luego a un cambio de paradigma en su materia, que consiste en abordar el tratamiento de las arterias, no de los factores de riesgo.

“Teníamos que diseñar un mejor sistema. En el año 2003, comenzamos un cambio de manejo, en vez de tratar factores de riesgo (como el colesterol), tratamos las arterias. Para mí no es importante si la LDL, ya es muy bajo porque si la placa está progresando a este paciente necesitamos tratarlo más agresivamente. No importa el nivel de LDL. Tratar arterias sin medir placa, sería como tratar hiper-



Dr. David Spence

tensión sin medir la presión”.

El catedrático brindó a los agentes sanitarios presentes en el auditorio un profundo análisis de esta nueva mirada, otorgando nuevas herramientas para encarar la patología.

CONCLUSIONES

El Dr. Luis Armando, Director Médico de Blossom DMO Argenti-

na fue el encargado de difundir las conclusiones finales de la Jornada, que se sintetizan en los siguientes ítems:

- Debemos hacer prevención y garantizar un tratamiento adecuado.
- Debemos dar soporte a las tomas de decisiones.
- No debemos olvidar que el sistema de salud es una cuestión política.
- Debemos lograr que sea difícil hacer las cosas mal.
- Tenemos que identificar las poblaciones relevantes para cuidados proactivos.
- Debemos proveer notificaciones automáticas para médicos y pacientes.
- Y monitorear el funcionamiento del equipo y del sistema.

Destacó también los beneficios de campañas de screening masivo de ECV (Enfermedad Cardiovascular) que realiza OSFE, que son la recolección de la información y registro electrónico, la concientización de la población y la aparición de nuevos agentes sanitarios, que generan importantes cambios. □

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

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

www.cood.gov.ar/medicalsistem.com.ar





Salud, justicia, desarrollo, defensa (*)

Por el Dr. Rodolfo Alberto Vincent (**)

¿CUI BONO?

En el artículo anterior subtítulé: "Intentemos entender qué cosas hacen difícil un Sistema de Salud sustentable e integral en nuestro país". En la misma *Revista Médicos*, un número antes, el Lic. Cerasale enumeraba ocho causas que a su juicio generan precisamente lo que proponíamos intentar comprender. Cito textualmente:

Sintetizando la visión, este modelo es ineficiente por los siguientes motivos:

1. No satisface las necesidades del paciente.
2. Complica la relación médico-paciente debido a su fragmentación.
3. Complica la labor profesional debido a su atomización.
4. Al no atender los problemas en tiempo y forma genera agujeros negros que consumen recursos por todo aquello que no se hizo cuando era oportuno.
5. Los remiendos, antes que aportar soluciones, contribuyen a aumentar el gasto sin aportar mejoras en la calidad de vida ni tampoco modificar la fecha de muerte.
6. El individuo no es autorresponsable por su salud.
7. El costo-beneficio focalizado sobre evidencias circunstanciales se transforma en una falacia que se traduce en "pocos o ningún resultado".
8. Cada individuo excluido del modelo, termina consumiendo el recurso destinado a 3 personas incluidas él.

Tal vez alguien quiera agregar algo, pero veo difícil que se pueda sacar ninguno de estos motivos.

Mantener así el Sistema requiere tanto esfuerzo y dedicación como tener uno equitativo. Ante situaciones torcidas, los romanos se preguntaban "¿cui bono?", (¿a quién beneficia?).

La corrupción es tan antigua que ha generado esta pregunta en latín, sánscrito, arameo, y cada una de las lenguas vivas y muertas.

Como decíamos en el artículo anterior -insisto- empecemos a recuperar la palabra y sus sentidos: alguien se beneficia con el perjuicio de muchos. Cifras oficiales indican p.ej. que mueren por año 18.500 niños de 1 a 5 años por enfermedades prevenibles.

Estas muertes no son accidentales, suponiendo que los accidentes sean realmente inevitables. Sumen la cohorte de muertes prevenibles de cita habitual: neonatales, maternas, infecciosas, etc.. Esta corrupción

afecta nuestra calidad de vida, las instituciones, los valores esenciales, y vacía la estructura del país.

De todas las formas que adopta la corrupción, en Salud/Enfermedad he visto dos sistemáticas: el robo-defraudación-estafa, y la ineficiencia. Ambas operan con el relativismo ético individual y moral general, y se basan en las leyes del más fuerte, el vivo vive del zongo y si todos curran no pasará por bobo.

Es difícil precisar cuál es el gasto en "salud" (¿un 8-10 % del PBI?), cuánto se va en ineficiencias, fragmentación y fallas de planificación, especialmente logísticas (¿30% del gasto total?), y cuánto en los delitos englobados en "corrupción" (¿otros 30%?). Menos aún saber si toda esta depredación es de creatividad individual, para sostener aparatos políticos/sindicales, o de otra laya. Deberíamos hacer el esfuerzo de saber, y luego hacernos cargo de lo que sepamos.

En las "Notas 1, 2 y 3" del artículo anterior preguntaba si nuestra Sociedad puede y quiere tomar conciencia; si puede, quiere y sabe integrarse, lograr los equilibrios indispensables, y mantenerlos en el tiempo. Si para poseer un sólido Sistema de Salud prescindiríamos de toda hipocresía, y si nuestra Sociedad quiere -al menos en lo referido al sector- dejar de abusar de la institución Justicia, asumir sus responsabilidades, y tomar sus decisiones en los Parlamentos y Ejecutivos Municipales, Provinciales y Nacional.

Tomar conciencia, integrarse en equilibrio y mantenerlo en el tiempo significaría p.ej. que las Sociedades Científicas que aún no lo han hecho ofrecieran a la Sociedad y a sus Autoridades los Protocolos de Consenso Científico en los que dejaran claro -dentro de lo humanamente razonable- qué, cómo y con qué se aborda y trata cada patología. Acabarían o acotarían discusiones, pujas de intereses y abusos, permitidos y alentados por la falta de estos protocolos.

Significaría también que todas las Universidades públicas y privadas se concentren en darle al sector lo que necesita: personal de enfermería con licenciatura, la misma orientación de las carreras médicas, odontológicas, veterinarias y afines, por ejemplo en el concepto y práctica de la Atención Médica Primaria, y todo lo necesario para lograr un solo discurso y obtener el silencio de la convicción, el conocimiento y el trabajo concreto. El del labrador en el surco, no aquél de "el Silencio es Salud".

Significaría que Municipio por Municipio, Provincia por Provincia, las Organizaciones de la Sociedad Civil en tanto Comunidad en acción (muy mal llamadas Organizaciones No Gubernamentales, lo que las define por lo que no son) se integraran en grupos, mesas de trabajo/consenso y equipos para definir su agenda

local de trabajo comunitario en Salud, sin chocarse unas con otras en acciones que casi nunca generan un proceso y menos aún resultados. Si las OSC se reunieran con las autoridades de su jurisdicción, y sin narcisismos ni juegos "al hijo preferido", integraran y repartieran esfuerzos según la calificación de cada una y sus capacidades específicas, en planes a diez años, ocurriría ... un milagro. En el país pueden movilizar cinco millones de voluntarios. Sólo con informarlos, comenzarían a nacer políticas consensuadas que podrían ser aceptadas, respetadas y concretadas hasta consolidarse como Políticas de Estado.

La guía y supervisión profesional del Gobierno, y su sincronización con planes son indispensables para las OSC's. En especial cuando alguna llega a un centro de salud o comunidad con su cultura, sin pensar que éstos tienen la suya y los límites de tolerancia saturados a que vengan a querer cambiársela y luego los dejen sistemáticamente frustrados.

Dejaríamos de ver en cada abordaje social los estratos geológicos de OSC's que hicieron lo mismo en la misma zona, a veces con las mismas personas, obteniendo resultados efímeros y cosméticos, de cuya instalación y fracaso ningún nivel de la sociedad queda indemne.

Los Gobiernos tendrían que aprender a trabajar con las OSC's sin usarlas ni manipularlas, y en horarios que para los Gobiernos son desusados: la Administración trabaja, digamos, de lunes a viernes de 8 a 18. Las OSC's -cuyos integrantes voluntarios trabajan y lo estudian en esos horarios- lo hacen de lunes a viernes de 18 h en adelante, y fines de semana completos. Como ven, lo que hay que compatibilizar es muy simple, pero no sencillo. Esta muestra mínima es aplicable a todo lo que debe cambiar: no habrá cambio alguno sin integrarse, ni integración alguna sin conocer y respetar a los demás.

La labor conjunta de OSC's y autoridades siempre instala y mantiene en la Sociedad valores esenciales, en especial que la vergüenza exista y tenga valor en la comunidad, no sólo el precio que un poco de corrupción consigue pagar en dinero.

Podría significar que las Autoridades sintieran orgullo o vergüenza según sus resultados, y no hubiera Provincias con mortalidad infantil del neolítico, diez veces superior a la media nacional, porque tienen autoridades del neolítico.

Significaría que con unos pocos parámetros, la Sociedad y sus Autoridades sabrían y harían conocer qué cosa mejoró objetivamente: ocupación laboral, viviendas, agua corriente, cloacas, inmunizaciones, mortalidad infantil, materna y esperanza de vida. Estos simples parámetros definen claramente los resultados de una gestión, y orientan el voto. Por eso es tan difícil encontrarlos, especialmente en las jurisdicciones más atrasadas que, sin vergüenza alguna, justifican su falta de datos precisamente en su atraso.

No hacer estas cosas es seguir pasando una aplanadora "n" veces sobre un gato muerto: el gato no está más muerto, sino más aplanado y menos identificable como gato. ¿Cui bono? □

* Segunda parte

** - Médico - Diplomado en Políticas de Salud (FLACSO, Ecuador) - Mgr. en Economía de la Salud y el Medicamento (Pompeu-Fabra, Barcelona). Socio de Cortesi-Vincent y Asociados, Consultores en Farma y Salud.

POSGRADOS 2010

Maestría en Farmacopolíticas

Proyecto N° 10.409/09 aprobado por CONEAU

30% de descuento para los miembros de la COFA

Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria

Res. 584/09 M.E.

Especialización en Auditoría de Atención de la Salud

Acreditada por Exp. 4979/07 M.E.

CURSOS - Segundo Cuatrimestre

Economía y Gestión de la Salud A DISTANCIA

Auditoría Médica

Planificación en Salud. Estrategias y Proyectos A DISTANCIA

Facturación y Liquidación de Servicios de Atención de Salud

Gestión de Calidad y Circuitos de Mejora Continua A DISTANCIA

Impacto del Tabaquismo en Argentina: Enfoque Integral.

Curso de Presentaciones Eficaces A DISTANCIA

Posgrado de Mediador en Salud

Gestión Estratégica de Costos

Epidemiología Práctica A DISTANCIA

Cuadro de Mando Integral en Salud, de la Teoría a la Práctica

Dirección Estratégica de Recursos Humanos

Bioética A DISTANCIA

Gestión y Diseño de la Infraestructura Física y Tecnología para la Salud

Informes e inscripción

5239-4000

informes@isalud.edu.ar

www.isalud.edu.ar



CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS, NUEVAS TECNOLOGÍAS GOBIERNO Y GESTIÓN DE LA SALUD

Fecha: 9 al 13 de agosto de 2010

Sede: University of South Florida • Ciudad de Tampa

El **Seminario** analizará el contexto y los intentos de reforma del sistema de salud de Estados Unidos, reflexionará luego sobre los problemas en América Latina y, posteriormente, se sumergirá en la microeconomía para explorar algunos de los desafíos más importantes que tienen los ejecutivos y gestores de salud para lograr gobernar los factores externos e internos que aumentan la complejidad en el funcionamiento de las organizaciones del sector.

TEMAS

- Aprendizajes y lecturas de la reforma del sistema de salud en Estados Unidos.
- La transición de los sistemas de salud en América Latina.
- La gestión del riesgo en los seguros de salud.
- Lecciones aprendidas del Managed Care.
- Las respuestas organizativas al envejecimiento, cuidados de largo término y salud mental.
- Innovaciones en las modalidades de pago a proveedores de salud
- Cómo asegurar la calidad en servicios de salud.
- Innovaciones farmacéuticas, precios y regulación.
- Los cambios tecnológicos y el futuro de la Salud.

DIRECTORES

Gabriel Picone (USF) • **Carlos Vassallo** (LGS)

DOCENTES INVITADOS

Gonzalo Vecina (Brasil), *Rodrigo Rodríguez* (Argentina), *Miguel Fernández Pastor* (México), *Ricardo Faerman* (Argentina), *André Medici* (Estados Unidos), *Andrés Graziosi* (Estados Unidos), *Daniel Ciriano* (Argentina), *Rubén Torres* (Chile), *Michael Fountain* (Estados Unidos), *John Robst* (Estados Unidos), *Don Berndt* (Estados Unidos), *Frank Sloan* (Estados Unidos) y otros.

Todas las exposiciones serán en español o con traducción simultánea.

VISITAS PROGRAMADAS

Aseguradora Humana y/o United Health Care
Bay Care (Red de Hospitales más importantes de Florida)

CERTIFICACIÓN DEL SEMINARIO

Otorgado por la *Escuela de Negocios de la University of South Florida*.

CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN

Preinscripción

Ingresando en la página de Internet: www.lgsconsulters.com, llenar el formulario de preinscripción correspondiente o bien solicitar el formulario a la dirección de correo electrónico: seminariotampa@lgsconsulters.com

CONSULTAS

Marite Sayago: marite008@yahoo.com.ar • (011) 4372-6115 interno 251

VIAJE Y ESTADÍA

El operador sugerido es el Departamento Turismo (ESFL - Legajo STN 2947) de la Asociación Mutual SanCor: Tel. 03493-424000 (Ext. 3110) • Fax: 03493-421607, cuya entidad ha suscripto un convenio con la FUNDEB "Fundación para la Economía del Bienestar" (Art. 5º Ley 20.321).





Ley de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Aspectos a contemplar en su reglamentación

Por Dr. Rafael Acevedo. Abogado, Gerente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.

El 20/11/2009 fue publicada la ley 26.529 sobre Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, sancionada el 21 de octubre del mismo año. La ley rige desde el pasado 20/02/2010.

Se trata de una norma que consagra los derechos del paciente, pero que omite por completo regular las obligaciones de éste y los derechos del profesional, propios de la bilateralidad que caracteriza a todo contrato de asistencia médica. Entre las principales obligaciones del paciente cabe destacar el deber de colaboración respecto de la labor diagnóstica y terapéutica que el médico lleva a cabo, cuyo adecuado cumplimiento supone no solo informar al médico sobre sus antecedentes de salud y signo sintomatología por la que acude a tratarse, sino también participar activamente de la ejecución del tratamiento, cumpliendo las indicaciones médicas brindadas, contemplando las pautas de alarma suministradas, acudiendo a los controles prescritos, etc. A su vez el profesional debiera poder apelar a lo que se conoce como privilegio terapéutico, que habilita limitaciones al deber de informar cuando el buen criterio profesional así lo justifique frente a la posibilidad de que cierta información pueda resultar nociva para la recuperación o evolución del enfermo, tal como lo prevé el art. 5 de la ley española 41/2002. No sólo esos derechos y obligaciones han sido íntegramente obviados por la norma, sino también el conjunto de débitos y créditos que contiene la relación contractual o la pluricontratación de la que participan el paciente, el o los médicos, el o los establecimientos asistenciales, la obra social o empresa de medicina prepaga, y demás entes que asiduamente intervienen en el cuidado de la salud de las personas.

Sin embargo, cabe también marcar que la ley

contiene aspectos positivos, en especial en lo referente a las dudas y diversos criterios interpretativos que la norma despeja y clarifica en materia de consentimiento informado, así como también en cuanto al contenido y entrega de la historia clínica. Sin embargo, la misma también revela una deficiente técnica legislativa en varias de sus disposiciones, en las que se encuentran contradicciones y omisiones en las que el legislador ha incurrido en aspectos tales como las personas que estarían legitimadas para rechazar tratamiento, los límites al derecho a recibir información sanitaria y al derecho a negarse a recibirla, y los requisitos que debieran existir en torno a la formalización y registro de las directivas anticipadas, por citar algunos ejemplos.

Asimismo la ley incurre en un exceso tanto al regular la necesidad de informar las consecuencias previsibles de la no realización de los tratamientos alternativos, como cuando se regula los supuestos de excepción al consentimiento verbal.

Sin embargo, el objeto de este artículo no es hacer una exposición y análisis acerca del texto aprobado por el Congreso de la Nación, a lo que ya me he abocado en otra oportunidad, sino más bien indagar sobre aquellas disposiciones en las que, a mi juicio, el Poder Ejecutivo especialmente debería reparar al reglamentar la ley.

Intentando hacer un aporte en tal sentido, seguidamente destaco 10 ítems que debieran ser considerados al momento de trabajar en la Reglamentación, sin que ello suponga que esta última pueda suplir todos los aspectos legislados de manera inadecuada.

1. art. 2: A diferencia de lo que era el texto aprobado por la Honorable Cámara de Diputados, que solo enunciaba los derechos que consagra este artículo, el Senado mantuvo su originaria redacción, re-



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



gulado el alcance de los mismos, por lo que ha "avanzado" en aspectos reglamentarios.

Igualmente, estimo que la redacción de alguno de sus incisos amerita que la reglamentación de la norma arrime algunas precisiones. Puntualmente en lo referente a los incisos a), d), e) y f).

- La redacción inicial del art. 2, al hablar de "agentes del seguro de salud" excluiría, por caso, a las empresas de medicina prepaga y obras sociales provinciales.
- Inciso a): El "derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo o distinción alguna, producto de la condición socioeconómica" del paciente, no puede afectar los derechos económicos del profesional y las instituciones de salud cuando no está en peligro la vida del paciente, por lo que cabe ampliar la limitación que la norma impone al profesional en cuanto solo puede "eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente".
- Inc. d): la obligación de secreto profesional cede no sólo frente a disposición en contrario emanada de la autoridad judicial competente (como se establece), sino también cuando la ley lo exige de esa obligación.
- Inc. e): su interpretación concordante con la redacción establecida al art. 10 de la norma puede dar lugar a ciertas diferencias de criterio, pues mientras este inciso sólo otorga al paciente la facultad de "rechazar determinadas terapias o procedimientos", el art. 10 menciona al "representante legal" como facultado para "consentir o rechazar tratamientos indicados". La reglamentación debiera poner énfasis en eliminar toda posibilidad de que el representante pueda rechazar tratamientos indicados para la mejora del estado de salud del representado.

En lo referente al derecho de los niños, niñas y adolescentes que consagra la segunda parte del inciso, si bien el mismo debe aplicarse concordantemente con la ley 26.061, en especial en su art. 24, y la Convención de los derechos del niño (art. 14), igualmente sería alentador que la reglamentación avance en la distinción que dichas normas fijan ("grado de madurez y desarrollo", "conforme la evolución de sus facultades").

- Inc. f): como ésta es una ley que sólo consagra los derechos del paciente, pero no del profesional, pues en este inciso se omite por completo el derecho al privilegio terapéutico del que goza el médico, que lo habilita a evitar proporcionar al paciente información que puede resultar nociva para su evolución. El art. 5 de la ley española 41/2002 Sí lo contempla expresamente. Correlativamente debería limitarse la facultad del paciente de NO recibir información sanitaria, pues ese derecho no puede ir en detrimento del

interés de terceros o de la colectividad en su conjunto (y de allí que, por ejemplo, el art. 8 de la ley 23.798 impone al paciente recibir información (y al profesional darla) acerca del carácter infectocontagioso del virus).

2. art. 4: No aclara si la autorización debe ser escrita.

3. art. 5: Al definir el consentimiento informado, establece que el mismo debe ser otorgado por el paciente "o sus representantes legales", mientras que en otras disposiciones la referencia es "al representante legal" (art. 10, 19, etc.). Razonablemente debiera alcanzar con que uno de quienes, por ejemplo, ejercen la patria potestad del menor, otorguen la conformidad. La reglamentación puede precisar este aspecto.

A su vez la redacción del inciso f) es un verdadero exceso, especialmente en lo referente a la obligación de informar sobre las consecuencias previsibles de la no realización de los tratamientos alternativos, es decir, de los tratamientos que NO están indicados para el paciente en cuestión. Algo así como informar, y por escrito, sobre "lo que no se va a hacer".

4. art. 7: el legislador ha transformado la aludida excepción en una REGLA, pues la redacción impuesta a los incisos c) y d), incluye prácticamente casi todos los procedimientos o tratamientos médicos, por lo que la reglamentación debiera definir "tratamiento invasivo", y debiera precisar cuáles "procedimientos que implican riesgos" son los que quedan comprendidos.

5. art. 9: la reglamentación debiera echar luz sobre cómo acreditar que el paciente "no puede dar consentimiento por sí o a través de su representante".

Asimismo la ley NO REGULA el supuesto en el que, no existiendo situación de emergencia, el paciente carece de representante legal y a criterio médico no esté capacitado para tomar decisiones sobre su salud. Quizás el art. 19 de la ley 17.132 permite resolver esa situación, pero bueno sería que la reglamentación aclare sobre el particular, permitiendo que el médico actúe, tal como lo regula el art. 9 de la ley española 41/2002.

6. art. 10: junto con el inciso e) del art. 2, impone la obligación del profesional de acatar el rechazo de determinadas prácticas médicas, situación que puede afectar derechos del propio profesional, quien hasta podría plantear cuestiones de objeción de conciencia ante cierta decisión del paciente, siendo que por otra parte el art. 2 inc. a) lo obliga a atenderlo hasta que otro profesional se haga efectivamente cargo del paciente. La reglamentación debiera regular este "conflicto" de derechos.

7. art. 11. DIRECTIVAS ANTICIPADAS.

También hay importantes omisiones en la regulación de este derecho a disponer anticipadamente sobre la ejecución y alcances de tratamiento médico.

En primer término debiera reglamentarse cómo

FORMALIZAR y REGISTRAR las directivas anticipadas, imponiendo para ello Documentos o Formularios especiales, y registro de las directivas en la autoridad sanitaria.

En segundo lugar la norma omite tomar no sólo las prácticas eutanásicas sino también la LEX ARTIS o las prácticas clínicas adecuadas como limitación al deber de aceptar las directivas. Es imaginable que la evolución del estado de la ciencia haga imposible determinado grado de previsión del interesado para cuando hayan de aplicarse las Instrucciones.

8. art. 14: Acceso del paciente a la información contenida en la historia clínica:

La Historia clínica contiene lo que la citada ley 41/2002 llama "anotaciones subjetivas" del profesional, a las cuales se veda su acceso al paciente, y contiene datos de terceras personas recogidos en interés terapéutico del paciente (art. 18.3 de la citada ley). Ambas cuestiones debieran contemplarse.

9. art. 15: hay ciertas exigencias de registro que debieran precisarse, especialmente las referidas a "identificación del núcleo familiar", y "antecedentes genéticos"; así como también debiera aclararse que "alta médica" no es lo mismo que "alta sanatorial o externación", que es a lo que se ha querido referir el legislador al final del primer párrafo.

10. art. 19: a diferencia de lo previsto en el art. 4

respecto del acceso a la información sanitaria, en esta disposición se limita a los herederos forzosos, los parientes que pueden acceder a la misma, quedando excluidos, por ejemplo, los hermanos.

Asimismo, la reglamentación debiera contemplar que hay terceras personas legitimadas para acceder a la historia clínica sin que medie autorización expresa y escrita del paciente, a saber:

- Los profesionales involucrados en la atención del paciente.
- La Dirección y Administración del Centro Asistencial en lo que respecta a datos relativos a sus funciones.
- La AUTORIDAD SANITARIA para el ejercicio de funciones de contralor o con fines epidemiológicos.
- Terceros ligados al o los profesionales y/o instituciones médicas actuantes (Obras Sociales, Aseguradoras, etc.).
- Tribunales y auxiliares de la Justicia.
- Quien sea demandado y requiera ese instrumento como prueba documental.

En alguno de esos supuestos, quizá sí habría que imponer la obligación de preservar los DATOS DE IDENTIFICACION PERSONAL de los DATOS DE CARACTER CLINICO-ASISTENCIAL, de manera de asegurar el anonimato. □



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





El Estado y la Salud

Por el Dr. Eduardo Filgueira Lima, Médico Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social
Aspirante a Magister en Economía y Ciencias Políticas

En nuestro sistema de salud, las inequidades son profundas, y en algunos casos extremas tanto en la accesibilidad, como en las formas de financiamiento y también en términos de resultados sanitarios.

Para las concepciones de nuestra sociedad la salud es un "bien que debe ser protegido y tutelado por el Estado": Muchos autores comparten esta visión sobre que no es el mercado quien puede ofrecer las mejores condiciones sobre bienes que se consideran "públicos". En nuestra visión son considerados "bienes meritorios o tutelares".

El Estado se mantuvo prescindente de acciones concretas en salud y sólo a partir de fines del Siglo XIX, toma intervención directa, con criterios de beneficencia y fundamentalmente por cuestiones políticas: de productividad industrial y/o conflictividad social.

En la década del 40 la consolidación de las Obras Sociales Nacionales no requirió más que un guiño político del Gral. J. D. Perón, a los sindicatos, pero paradójicamente es durante el gobierno militar que recién obtienen en 1970 su primera forma de legitimación jurídica con la ley 18.610.

Ello les otorgó un enorme poder vinculando "la salud" a las ramas de agremiación sindical. La evolución del sistema fue creciente en lo político y en lo social. Los sindicatos administraron gran parte del sistema de salud.

Pero "¿quién controla al cuidador?", lo que constituye una pregunta inevitable de la ciencia política actual. ¿Son los recursos adecuadamente asignados?, ¿son las funciones de cuidado la salud (Health Protection) y las de asistencia (Health Care) verdaderamente cumplidas?, ¿son respetadas las necesidades de los ciudadanos?

Y aquí nos encontramos tanto con excesos de la demanda, como limitaciones en el acceso a los servicios por parte de la misma y mucho más aun cuando la seguridad social se "terceriza", mediante la transferencia de los recursos en "mediadores". Pero ello no debe llamarnos la atención pues forma parte de la mentada "calidad institucional" de nuestro país.

"Calidad" que debiera contemplar en salud el respeto a los derechos de los beneficiarios, la

libertad de asociación, la libertad de expresión, "la voz y la salida" (afortunadamente prevista mediante los sucesivos decretos que permiten "la opción de cambio" en las Obras Sociales Nacionales), la omisión de toda censura o direccionalidad "oficial", el abuso de los cargo públicos, la corrupción, el cumplimiento de los contratos, evitar las dificultades en las tramitaciones y limitaciones en el acceso, posibilitar que la injerencia gubernamental se limite a un papel regulador (sorprende por ejemplo que las instituciones reguladoras -Superintendencia de Servicios de Salud y Administración de Programas Especiales- siendo instituciones estatales sean sustentadas con recursos que provienen de las cotizaciones salariales).

Esto es lo que, aún hoy genera, que las dificultades del sistema de salud para brindar los servicios equitativos y acordes a las necesidades, sean ostensibles y en mayor medida aun por su fragmentación, aspecto que "como un sistema de fricción", incrementa gastos sin mejorar funciones.

De la misma forma, y también como consecuencia inevitable de las condiciones estructurales de nuestro sistema de salud, así como de diferencias en las condiciones de vida, es que obtenemos resultados en salud muy desiguales e inequitativos.

Porque la salud no ha sido parte de la agenda política -sino por el contrario ha sido solo "el caballito de batalla de las campañas"- de los partidos políticos, diluyéndose como función atribuible por parte del Estado, en cualquiera de las modalidades que se adopte, pero en todos con la consideración de su intervención ineludible, que deja muchos espacios sin cubrir y una enorme deuda social y sanitaria.

Sin pecar de ingenuo por comprender que existen muchos intereses en juego (que resultan más importantes que la salud de los demás"), asumo que los recursos son escasos, (¿son escasos?), pero pienso que no se asignan como debieran hacerlo.

Todo lo anterior se agrava cuando consideramos -como veremos más adelante- aspectos del financiamiento, cuyas inequidades se expresan en el gasto de bolsillo por una parte (que en nuestro país se estima en que ya alcanza al 50% del gasto total en salud) y en el financiamiento de los servi-

cios público-estatales con base en los presupuestos ("altamente regresivos") Nacional, Provinciales y Municipales.

Parece perderse de vista que así como existe un "capital humano", existe también un "capital social" basado en la confianza que permite la asociatividad entre los integrantes de la comunidad y entre ésta y sus representantes: quienes ejercen el poder político.

Esto explica el quiebre entre el sistema político y la sociedad, porque además esta última presenta una apatía racional sobre sus perspectivas de generar un "verdadero cambio" que le permita mejores condiciones de vida.

Y para avalar lo dicho anteriormente: ¿Cómo podría -a pesar de nuestras debilidades- pretenderse que se oferten cuando menos algunas mejoras al sistema si en términos de financiamiento el Ministerio de Salud de la Nación aun contando con un presupuesto mayor en términos nominales (aumenta un 20% en el 2010 respecto del aprobado en 2009) decrece por efecto de las necesidades de ejecución como por efecto de la inflación, representando solo el 6,7% del gasto total en salud? Y continúa: "...esa proporción está lejos de una incidencia económica concordante con una rectoría del sector por parte del Ministerio,..."

Muchos aspectos -como he mencionado- han erosionado la confianza y credibilidad que debía sustentar y permitir un recorrido conjunto y acorde entre los ciudadanos y la política.

Las declamaciones de "progresismo" se quiebran cuando se analiza que en los países desarrollados los impuestos a los ingresos de las personas se encuentran entre el 28 y el 43%, mientras que en nuestro país apenas alcanza al 4%.

Por otra parte el impuesto al consumo (IVA) es en nuestro país uno de los mayores del mundo (incluyendo Latinoamérica).

Todo esto socaba las relaciones de confianza que deberían primar para lograr una sociedad cohesionada. Para lo cual deben darse algunas cuestiones como confianza, con base en la seguridad jurídica, la mencionada calidad de las instituciones, con una presión tributaria justa y adecuada, tal como una asignación transparente de los recursos sin generar incentivos perversos y que "unos vivan a expensas de los otros" por vía de subsidios del Estado.

De otra forma las consecuencias son graves: un Estado "clientelar" que no posibilita el desarrollo

de los ciudadanos, que por lo mismo los tiene monopólicamente cautivos y finalmente más que favorecerlos -aunque en el discurso así lo propague- los degrada a una "condición de dependencia".

Esto en especial se observa en las apreciaciones y el grado de participación ciudadana en los partidos políticos (base estructural de nuestras democracias), como a su vez en las instituciones, los gobiernos y el accionar de los políticos.

Estos conceptos son inmerecidamente extendidos a "la política", porque ella no es lo que algunos hacen de y con ella.

Es en estas condiciones que las políticas sociales son crecientemente sostenidas por organizaciones no gubernamentales, que han dejado de tener un papel supletorio, pero que sin adiestramiento técnico acorde pueden ser muchas veces coaptadas o enfrentarse al dilema de "politizar lo social".

La mencionada falta de calidad institucional en todos los ámbitos de un país, así como la ausencia de seguridad jurídica (cambio de las "reglas" según conveniencia, poder judicial dependiente del poder político, presiones e intervenciones sobre los actos de justicia, no cumplimiento de los contratos, etc.), son fenómenos que facilitan y promueven la corrupción que pasa a formar parte de todas las relaciones sociales y los sujetos que intervienen en un asunto, público o privado, privilegian ilegalmente su beneficio personal, por sobre la función que legalmente cumplen.

Esto termina por no proporcionar servicios adecuados a las necesidades de la gente. Y esto es además una falta de verdad porque en realidad los recursos están.

Resulta difícil resignarse a pensar un país en el que todo se conjuga para seguir viviendo reiteradamente la misma película.

Entonces la pregunta debiera ser hecha de otra forma, como por ejemplo: ¿dónde están los recursos?, o ¿dónde han sido asignados?, o ¿dónde han sido "distraídos"?

Esto es como decir: ¿Quién controla al "cuidador"? "Se necesita un enorme control del Estado por parte de las fuerzas sociales", a lo que agregaría "y un esfuerzo adicional más que para suplirlo -lo que permite desentenderse de lo que pueden "hacer otros- para evitar la coaptación partidaria o de intereses de sector.

Lo exigen las necesidades insatisfechas de nuestra gente. □

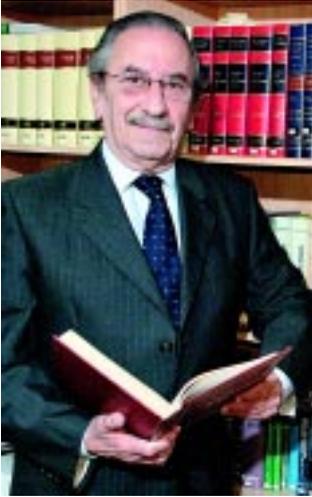


Que todos necesiten lo mejor,
no significa que todos necesiten lo mismo.
Salvo por el hecho de que necesitan lo mejor.

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.

www.osdo.com.ar





Gestión del riesgo y seguridad del paciente: Hacia una revalorización del equipo de enfermería

Por: Fernando G. Mariona, Abogado, Director de TPC, Compañía de Seguros S.A. Gerente de Asuntos Legales

Una clínica es jurídicamente una persona jurídica de derecho privado que explota un lugar donde son atendidas las personas que por sufrir una dolencia son denominadas "pacientes". Por ese objetivo, dispone de locales, equipamiento técnico, materiales y productos, y se debería emplear asimismo para un diligente funcionamiento 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), con Obras Sociales, con Empresas de Medicina Prepagada. 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", y a médicos en relación de dependencia, a quienes les asigna la atención del servicio de guardia de urgencias y emergencias.

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 del paciente 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, de la historia clínica manuscrita o la informatizada, plazos de conservación, archivo y confidencialidad, la seguridad de las personas como pacientes o visitas, la protección de los trabajadores incluyendo su vacunación, radioprotección, evaluación de los riesgos para la salud y la seguridad del personal, la seguridad alimentaria de pacientes, visitas y personal, la higiene en general, potabilidad del agua, los

fluidos utilizados (gases de uso médico) y la gestión de los desechos orgánicos.

Las clínicas en su actividad, al igual que los médicos, tienen que poner a disposición de las personas que ingresan a ellas, ya sea para actos ambulatorios cuanto de internación, y de urgencia o emergencia, los medios idóneos que, de acuerdo con su complejidad, le permitan cumplir con su obligación en forma diligente, de acuerdo con las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar.

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 los obstetras, 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. Y también tiene una obligación de seguridad resultado, en caso de indebida vigilancia de la seguridad, calidad y eficiencia de la prestación brindada a los pacientes, por los médicos a los que la misma organización permite que desarrollen la actividad del tratamiento de los pacientes, dentro de ella, y en los límites de su especialidad.

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 electrobisturí, los accidentes de perfusión, la insuficiencia de capacitación del 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 o de indicación.

El personal de enfermería convenientemente capacitado y actuando dentro de sus incumbencias, es uno de los medios que quienes explotan el negocio de la clínica, están obligados a poner a disposición de las

personas, sanas y enfermas que concurren al lugar, en búsqueda de cuidados médicos, ya sea para que actúen por el establecimiento o para que cumplan adecuadamente las indicaciones de los médicos que dan tratamientos a los pacientes.

El personal de enfermería dentro de una clínica es el más numeroso, y de acuerdo con las distintas especialidades que allí se tratan, debería existir un plantel con capacitación específica: el paciente con una enfermedad cardíaca requiere de una enfermería distinta a quien tiene una úlcera.

El funcionamiento defectuoso de cualquier actividad humana, propias de la gestión del negocio por y para el cual se abrieron las puertas a la calle de la clínica, es un riesgo que compromete la indemnidad del patrimonio y el prestigio del establecimiento sanitario.

La probabilidad de que dicho conflicto pueda tratar de evitarse, podría lograrse con la utilización adecuada del equipamiento humano del que el lugar dispone, durante las veinticuatro horas del día: el equipo de enfermería, profesional y auxiliar, convenientemente capacitado.

Para que ello ocurra, lo primordial sería que el empresario médico debiera estar interesado en ello y en vez de lamentarse por la denominada "litigiosidad indebida" o sólo buscar el remedio a través de

reformas legislativas inalcanzables, revalorizar a su Enfermería Institucional, capacitarla y establecer con firmeza el cumplimiento de sus responsabilidades.

Asimismo, el empresario médico debería institucionalizar Programas de Gestión del Riesgo y de Seguridad del Paciente, involucrando al personal de Enfermería, para lograr el mejoramiento de la relación médico-enfermería y enfermería-enfermería.

No hay duda que la decisión de establecer como práctica diaria el manejo del Reporte de Incidentes, (Informe Confidencial de Incidente Adverso) y asignarle dicha tarea a la Enfermería Profesional, la identificación de las emergencias, el control de la documentación desde el Office, el control de la coherencia de los registros clínicos, la verificación del cumplimiento del proceso de información con el paciente-entorno, verificar la claridad y comprensión de las indicaciones médicas como así su cumplimiento, y el

control de éste de las funciones y de las normas e indicaciones por el personal de enfermería de quirófano, y de los médicos, del Listado de Comprobación de los pasos antes, durante y después del acto quirúrgico, coadyuvará al mejoramiento de la calidad y eficiencia de la prestación, es decir, dar cumplimiento con la obligación de vigilancia y seguridad por la que son demandadas. □

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 del personal, comprometen la responsabilidad de la clínica.



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 modernas 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.A.

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



VENTA Y ALQUILER DE EQUIPAMIENTO





Propuestas de salud para la Región Metropolitana de Buenos Aires

Por Federico Tobar

La región metropolitana de Buenos Aires configura el mayor desafío sanitario del país y refleja nuestros mayores contrastes. En ningún lugar del mundo se haya tanta infraestructura y recursos junto a tantas dificultades de acceso.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos de la Argentina (INDEC) ha utilizado la denominación "Región Metropolitana" para referirse a un área que es una porción de territorio que no supera el 1% del total del país y que concentra cerca de un tercio de su población. Está conformada por la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires (Lomas de Zamora, Quilmes, Lanús, General San Martín, Tres de Febrero, Avellaneda, Morón, San Isidro, Malvinas Argentinas, Vicente López, San Miguel, José C. Paz, Hurlingham, Ituzaingó, La Matanza, Almirante Brown, Merlo, Moreno, Florencio Varela, Tigre, Berazategui, Esteban Echeverría, San Fernando, Ezeiza). Según los datos del Censo 2001, cuenta con una población de aproximadamente 12 millones de habitantes siendo una de las grandes aglomeraciones urbanas del mundo y la tercera en tamaño de América latina, después de las ciudades de México y San Pablo.

La oferta de salud de la Región Metropolitana de Buenos Aires ha crecido de forma absolutamente desordenada tanto a nivel público (de jurisdicción nacional, provincial y municipal) como privado. Se configura de esta manera una sobreoferta de servicios con un pobre desempeño. La capacidad instalada del subsector público de la Región se puede resumir en dos indicadores, la oferta de camas hospitalarias (una cada 685 habitantes) y de Centros de Atención Primaria de Salud (uno cada catorce mil habitantes).

Pero detrás de esos números, ya de por sí desbalanceados, se esconde una gran desigualdad. Probablemente no exista en el mundo distribución territorial tan poco (o tan mal) relacionada con las necesidades de salud como la población registrada en la Región Metropolitana de Buenos Aires. En el centro se encuentra la Ciudad de Buenos Aires, con una hipertrofia hospitalaria y una notable atrofia de la Atención Primaria de la Salud. Si consideramos sólo la oferta pública y la relacionamos con los habitantes que no cuentan con cobertura de seguros de salud, el cuadro que se obtiene es el panorama inverso a la ecología de la atención médica antes citado. La Ciudad tiene una cama hospitalaria cada 93 habitan-

tes y un Centro de Atención Primaria cada casi 9 mil habitantes sin cobertura de seguro de salud. O, en otras palabras, hay cien camas hospitalarias por cada Centro de Atención Primaria de la Salud. Del otro lado, los partidos del Conurbano detentan una cama hospitalaria pública por cada 504 habitantes y un 1 Centro de Atención Primaria de la Salud por cada 6.073 habitantes, en ambos casos considerando sólo a quienes cuentan exclusivamente con cobertura del subsector público.

Pero si se pudiera considerar microáreas se verificarían inequidades aun mayores. Es en el área que alberga las mayores desigualdades en salud, en particular en lo que respecta al acceso a cuidados, pero también a resultados. Por lo tanto, la Región Metropolitana de Buenos Aires es, o debería ser, prioridad para el desarrollo y la implementación de políticas de gestión territorial en salud.

GESTION TERRITORIAL EN SALUD

Desde hace algunos años se viene desarrollando un modelo de abordaje social que despliega respuestas múltiples y combinadas en una determinada localidad. Esfuerzos de empoderamiento y transferencia, que buscan sacar a una población de la vulnerabilidad y el letargo; poniéndola de pie para avanzar hacia su autonomía y bienestar. Esta modalidad, de intervención, que ha sido denominada "gestión territorial" porque recupera enfoques del ordenamiento espacial y ambiental, podría ser entendida como una intervención horizontal en reacción al tradicional enfoque de programas verticales. Pero, en realidad, se trata de una propuesta más rica y compleja que aquella analógica.

Cabe preguntarse si es legítimo hablar de "gestión territorial en salud". No porque entendamos que no se produce salud desde el territorio, sino porque parece haber una tensión entre el abordaje territorial y cualquier gestión sectorial. El territorio es indisociable, no puede ser parcializado. No puede ser sectorializado. Por naturaleza, el territorio horizontal es integral. Es ese carácter holista el que hace a la gestión territorial solidaria e integral. En conclusión,

hacer gestión territorial implica una forma de gestión social no fragmentada, que busca satisfacer todas las necesidades humanas del habitante de ese territorio. Un habitante que, entonces, al tener sus principales necesidades cubiertas, pasa a ser integrado y comienza a tornarse Ciudadano.

Postulamos aquí que es posible contemplar el desarrollo de una gestión territorial en salud, pero la misma debe satisfacer cuatro condiciones básicas. En primer lugar, promover un abordaje poblacional. En segundo, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado. En tercer lugar, avanzar hacia un abordaje integral. Y en cuarto lugar, promover la regulación de la oferta.

HACIA UNA GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD EN LA REGIÓN METROPOLITANA

Las acciones posibles para avanzar hacia un modelo de gestión territorial en la región Metropolitana de Buenos Aires son múltiples. Se destacarán aquí algunas.

1. En primer lugar, crear una mesa regional de coordinación y diálogo del sector salud. La consolidación de una mesa de articulación constituye una respuesta institucional que ha dado buenos resultados en los lugares donde se implementó, aumentando la gobernabilidad sectorial. Sería el vector para que se canalicen las inquietudes de los actores sectoriales asumiendo una actitud asertiva que derive en propuestas y supere la denuncia. El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Ministerio de la Provincia y los gobiernos de los departamentos del Conurbano Bonaerense tienen condiciones para convocarlo e implementarlo.

2. En segundo lugar, en el marco de la mesa regional de coordinación y como una de sus principales herramientas, se puede definir un mapa sanitario del área en el cual se registre la oferta en cada nivel de atención, las prestaciones, la población atendida, los flujos de derivación. Del modelo observado se puede pasar a un modelo propuesto en el cual se eliminen las inequidades e irracionalidades. Entre uno y otro escenario se podría avanzar corrigiendo los desbalances a través de inversiones adecuadas y frenando las inversiones y desarrollos que puedan aumentar las irracionalidades. En otras palabras, se comenzaría definiendo un modelo de distribución espacial de la oferta adecuado a ser construido de forma progresiva y paulatina. Es fundamental que esto se haga en el marco de una mesa de acuerdo porque de lo contrario puede correr la suerte de quedar en un tecnicismo. Hace falta una fuerte voluntad política para comenzar a mejorar la racionalidad en la distribución de la oferta y de los esfuerzos. Y esta racionalidad, a su vez, constituiría la piedra angular del despliegue de un conjunto de protecciones y cuidados de base territorial.

3. En tercer lugar, desplegar un modelo horizontal homogéneo y adecuado en las 25 jurisdicciones. Esto significa, garantizar que frente a un conjunto esencial de problemas de salud, todos los habitantes de la región tendrán respuestas similares en calidad y oportunidad. Para ello lo más importante es definir servicios de Atención Primaria de la Salud con población a cargo, entrenados para proveer los cuidados básicos y adecuados según normas y directrices. Es una forma adecuada de conquistar resultados de salud en términos epidemiológicos, así como de lograr un funcionamiento más eficiente del sistema

de salud. Combinado con la implantación de garantías explícitas generaría alto impacto sobre la salud de los habitantes metropolitanos. Esto exige que el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y las secretarías municipales de salud de los 24 partidos del Gran Buenos Aires: a) designen centros de salud y/o médicos de cabecera con población a cargo, b) implementen instrumentos de registro de beneficiarios y de historias clínicas familiares, c) incorporen promotores sanitarios que asuman de forma periódica una ronda sanitaria relevando a la población e identificando problemas que requieren solución desde la red de atención. d) incorporen un convenio de adhesión en el cual tanto el equipo de salud que incorporará la población a su cargo, como los pacientes, reconozcan y asuman obligaciones y derechos, e) programen cuidados a ser desplegados desde los servicios sobre la base poblacional identificada y conocida, f) capaciten al personal de salud para implantar el nuevo modelo y para que adquieran competencia en gestionar directamente las derivaciones en caso de ser necesaria y g) diseñen e implementen un esquema para monitoreo y evaluación del esquema de responsabilidad nominada.

4. En cuarto lugar, consolidar garantías explícitas para protecciones priorizadas. Por ejemplo, los cuidados gestacionales y de la infancia (COE-Cuidados Obstétricos Esenciales y AIEPI - Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) que deberían ser derechos humanos garantizados a toda la población. Así como la correcta asistencia de enfermedades de altísima prevalencia como es el caso de las cardiovasculares (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus) que constituyen la primera causa de muerte en la Región. Garantías explícitas significa que se define (y se aplica) una guía o protocolo de cuidados que garantiza iguales niveles de calidad de los cuidados a toda la población. Para ello, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, junto al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, deben: a) definir protocolos de atención, b) garantizar los insumos, el equipamiento y los recursos humanos indispensables para dar la respuesta adecuada, c) incorporar un sistema de información con historias clínicas que permitan la verificación del cumplimiento y adhesión a los protocolos, d) capacitar al personal de salud en la implantación del modelo de garantías explícitas, e) difundir las protecciones garantizadas y convocar a la población para que sea incorporada y comprometa su adhesión y f) auditar y supervisar el funcionamiento de los cuidados verificando la efectividad de las protecciones asumidas.

5. En quinto lugar, crear dispositivos de coordinación territorial de carácter técnico y administrativo que colaboren articulando las respuestas entre los servicios municipales (en su mayoría, pero no exclusivamente de APS), las regiones sanitarias del ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y las áreas programáticas del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La misión de estos dispositivos será consolidar la atención programada y construir redes de atención con adecuados esquemas de referencia y contrarreferencia entre servicios. Esto requiere el desarrollo e incorporación de normativas, sistema de registro, sistema de información clínica, conectividad informática o telefónica, generación de aptitudes en el personal, conocimiento y capacidad operativa, y espacio físico y equipamiento adecuado. □





DAÑO PSÍQUICO

Eramos pocos... y llegó un nuevo rubro.

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

¿QUE ES EL "DAÑO"?

Actualmente se califica así a todo "menoscabo de intereses legítimos" entre los que se encuentra la salud, la integridad física, psicológica, moral, el honor, la intimidad, entre otros.

Es necesario que sea "cierto": comprobable y que sea "consecuencia necesaria" del hecho: (que tenga, relación de causalidad con el acto imperito).

No debe ser una contingencia meramente hipotética o temida o inventada por quien demanda.

CUALES SON "LOS DAÑOS".

Tradicionalmente se dividían en "patrimonial" y "moral".

El patrimonial resarce todo lo que puede ser medido con parámetros objetivos como por ejemplo la privación de los ingresos familiares al fallecer el padre, o la discapacidad que determina menores ingresos durante el resto de la vida laboral, o las ganancias dejadas de percibir (lucro cesante) como consecuencia de incapacidades transitorias (si es permanente es indemnizado como "incapacidad sobreviviente").

El moral, en nuestra especialidad, compensa el "sufrimiento y la desazón" causados por el hecho.

Por su naturaleza es de difícil cuantificación: Hasta hace unos años se lo fijaba en un porcentaje del patrimonial (cerca del 30%) lo que llevaba a soluciones injustas: la muerte de un padre anciano o de un hijo discapacitado puede causar un profundo dolor y ningún daño patrimonial (o hasta ser beneficioso económicamente al suprimir gastos) sin disminuir el carácter de daño "punible". Hace ya tiempo, ambos daños se independizaron y comenzaron a dictarse sentencias razonables: 0 daño patrimonial y cifras importantes por daño moral. Este cambio dejó sin justificación al muy cuestionable "valor vida" como rubro independiente de las pérdidas materiales y morales que experimenten los deudos por la muerte del causante. Recordemos que el muerto no es un sujeto de derecho y por ende ya no es acreedor de nada: se indemniza a los vivos por los daños que le causa la muerte.

Y EL "DAÑO PSÍQUICO".

Comenzó siendo un rubro dentro del "patrimonial": si como consecuencia del acto ilícito la víctima sufrió una dolencia psíquica (por ejemplo, fobia o depresión) que genera un menoscabo permanente en su capacidad de trabajo o de ganancia.

O del "daño moral" si lo dañado era la capacidad de relacionarse, la fertilidad futura, la potencia sexual o la estética.

Estos daños siempre fueron indemnizables.

Freud decía que la vida es "trabajar, amar y gozar" y que lo enfermo es no poder hacer una, o más de esas actividades básicas (¿se animan a encontrar algún daño que no encuadre en alguna de las tres?).

REQUISITOS

Como todo daño tiene que ser "cierto" por oposición a "hipotético". "no comprobable" o "inventado".

¿Cómo se alcanza la "certeza"?:

Si es verificado mediante un psicodiagnóstico complementado con tests aceptados científicamente del que surja:

Que se trata de una patología psíquica conocida.

Que es permanente o tiene características de cronicidad.

Que haya sido causada por el acto médico ilícito y descarte las enfermedades preexistentes. Esto excluye los síntomas psíquicos aislados que no consolidan en una enfermedad incapacitante, es decir, los que no han ocasionado un desmedro de las aptitudes mentales previas, recordemos lo de "amar trabajar y gozar".

Si el actor litiga con seriedad debería identificar la patología en su escrito inicial ya que lo único que puede ser motivo de prueba son los hechos relatados en la demanda y contestación.

¿QUE PASA EN TRIBUNALES? LA DEMANDA

Actualmente, casi todas las demandas de "praxis" incorporan el rubro "daño psíquico" y muchas, además, "daño psiquiátrico".

Los liquidan como rubros separados y además ofrecen prueba pericial psicológica y psiquiátrica.

Como dice Mariano Castex: la distinción entre daño "psicológico" y daño "psiquiátrico" es un verdadero dislate ya que la psicología y la psiquiatría tienen un mismo objetivo, variando solo la metodología de abordaje; el ser humano no tiene "psiquismo psicológico" y "psiquismo psiquiátrico" que puedan ser dañados por separado, sólo "psiquismo" que puede ser medido por un psicólogo o por un psiquiatra.

El mismo principio es aplicable a la duplicación de las pericias: dos peritos para medir lo mismo.

Cuando dialogamos con los colegas que representan a los pacientes nos responden "como no va a tener daño psíquico con lo que pasó".

Se demandan dos rubros que en verdad son uno y se piden dos pericias para medir lo mismo y todo para probar lo que no se sabe que existe, sólo se presume.

¿Y LAS PERICIAS?

Aquí comienzan los reales problemas, contra lo que dice el Dr. Castex parece que sí hay un psiquismo psicológico y otro psiquiátrico, porque según qué profesional intervenga los resultados varían.

En general cuando son realizadas por psiquiatras podemos aspirar a que se identifique o descarte una patología conocida, se establezca su causa o concausa y sobre todo diga si se ha cronificado.

Pero cuando el perito es psicólogo nos encontramos con descripciones de cuadros ambiguos como "duelo", "afectación de la psiquis" sin aclarar si es una patología conocida y crónica, sólo se asevera que está "relacionada" con el hecho.

Dos ambigüedades: la primera es que el perito asevera que es superable con una o dos sesiones semanales de terapia a razón de \$70 (más o menos) cada una durante uno o dos años; la segunda es que determina un porcentaje de incapacidad de algún porcentaje.

Incongruencia: si es superable con terapia no se trata de un cuadro crónico y no puede haber incapacidad permanente en ningún porcentaje sino una patología transitoria que debe ser indemnizada como un gasto médico más (igual que los gastos de kinesiología o medicamentos) por lo que integraría el rubro "daño patrimonial".

Si encuentra "sufrimiento psíquico" tenemos otra definición ambigua.

Que exista "sufrimiento" es lo esperable, porque es lógico suponer que la pérdida del cónyuge, padre o hijo o una función corporal aunque sea transitoria lo causen, reparar eso es la función del "daño moral".

Pero no configura por sí solo un "daño psíquico", salvo cuando éste está causado por antecedentes

psiquiátricos previos o rara vez como "duelo patológico". Si está concausado es de discutible indemnización y el "duelo patológico" que sí configuraría daño permanente, es una rareza que siempre se indemnizó.

LOS TRIBUNALES

En la Capital, el fuero Federal Civil y Comercial es reacio a admitir el "daño psíquico o psicológico", en general lo incorpora al moral.

El fuero Civil es apenas más receptivo: requiere que se verifique "una incapacidad que importe una lesión de tal entidad que altere y perturbe el equilibrio emocional de la víctima, entrañando una significativa descompensación que afecta gravemente su normal integración al medio social". Implica nuestra definición inicial: una patología conocida, claramente diagnosticada y crónica causada por el acto ilícito.

CONCLUSIONES

El "daño psicológico" se ha instalado permanente en casi todas las demandas de praxis.

Su reclamo obliga a incorporar un perito psicólogo al equipo, además del clásico médico legista, encareciendo los costos para terminar indemnizando lo mismo que antes: el daño patrimonial y el moral.

Los Tribunales, por ahora son reacios a admitirlo salvo cuando está claramente probado, como siempre ocurrió.

Seguimos gastando dinero en costas en lugar de su finalidad natural: las indemnizaciones. □

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

SOCDUS
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@soctus.com.ar www.soctus.com.ar
Consultorios Propios
Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)





Metamorfosis, el reverso de la evidencia (1^{ra} Parte)

Por el Lic. Víctor N. Cerasale [MBA R&D]

Desde hace algunos años se instaló en el universo de las ciencias médicas el principio de la "medicina basada en la evidencia", que encuentra tantos defensores como detractores. Una de las tantas definiciones sobre medicina basada en evidencias (MBE) es que la misma procede de la utilización consciente, explícita y la previa evaluación de la mejor certeza científica, para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud de las personas. Este criterio se contrapone a la medicina basada en la fe, en la autoridad, en la experiencia, o bien en la opinión. Sin embargo, más allá de las razones y fundamentos que avalan uno u otro criterio, todo enfoca hacia un destino único, el paciente como entidad que demanda hechos científicos, para los cuales se requieren conocimientos acordes.

Existen hoy varias agencias en el mundo que proveen información precisa a los estamentos políticos sobre diversos temas (NICE, Gran Bretaña; Iqwig, Alemania; la propia FDA, americana; la EMA, Europa; para mencionar algunos y no tornar tedioso el comentario). Su funcionalidad consiste en asistir a las decisiones que contribuyen, suman o restan a las personas y las coberturas necesarias.

Uno de los aportes significativos de la medicina basada en la evidencia, es la cuidadosa evaluación del costo-beneficio de terapias, tecnologías, criterios de gestión, aspectos que ponen en "evidencia" la importancia de la "oportunidad de decisión" ante el implacable avance de las especificidades terapéuticas que ha generado una monumental transformación de los "conocimientos", imponiendo novedosas formas de abordaje clínico así como el descubrimiento de numerosas enfermedades y sus fuentes.

El nuevo siglo, sumado a la globalización y a los efectos del proyecto genoma humano, han promovido una metamorfosis compleja que va tomando forma distintiva según avanza el nuevo siglo XXI, del que transcurriendo una década, pone de manifiesto que muchos "supuestos" ancestrales de la medicina caen ante novedosas evidencias, tanto como replantea criterios que habían crecido, más al amparo de la comodidad de las estructuras, que a su correspondencia genuina con realidad. Sin embargo, así como en la pasada década de los

ochenta, en el siglo XX, los sistemas de salud se vieron obligados a realizar profundos cambios a efectos de sostener su perdurabilidad y su adaptabilidad a los tiempos de entonces y a las necesidades sociales de la época.

Hoy podría decirse que estamos transitando un "momento" donde la dinámica de las circunstancias reclama un profundo cambio, negado por muchos, disimulado por los estamentos políticos, pero "evidenciado" en las necesidades acumuladas de las personas, tanto como por sus tremendas (¿dramáticas?) demandas contenidas, no resueltas.

Algunos suelen creer que esto se resuelve aumentando aportes, primas o cuotas, estrellándose contra la "evidencia" de que los resultados antes que verse resueltos, se ven atormentados por problemas mayores, nuevos y/o crecientes, que además de no contribuir en nada a los que pagan, tampoco le ayudan a reducir las expectativas inherentes al problema en sí. Todo pareciera indicar que se habla de medicina de la evidencia, pero cuando ésta llega a los campos administrativos y de gestión, se modifica el discurso y se niega la "evidencia".

Con este paisaje, usualmente paradójico y contradictorio, las decisiones políticas se contravienen con las necesidades de gestión, al tiempo que políticamente se reconoce la importancia de los aportes de la medicina basada en la evidencia. ¿Entonces?...

La medicina basada en la evidencia demanda una correspondencia concomitante con las políticas sanitarias y sus ejes operativos. No comprender esto es aportar "vacíos" y restar "valor" antes que agregarlo. Parece simple, sin embargo las decisiones de esta década vienen a contramano de la realidad globalizada, donde las personas viven en un lugar y trabajan a cientos de kilómetros, incluso ejerciendo tareas muy distantes de sus *cuarteles*.

La protocolización de las patologías ha permitido descubrir y poner en "evidencia" históricos errores de procedimientos, ajustando los precedentes a las estructuras que los contienen, para lo cual el aporte científico de la medicina basada en la evidencia (criterios mediante) ha sido angular.

Pero estos mismos protocolos al no ser correspondidos con sus respectivos ejes de gestión,

basados en las mismas evidencias, han abierto baches en algunos casos y abismos en otros, donde las decisiones médicas se ven diezgadas y/o arrasadas y/o invadidas y/o anuladas por meras disposiciones administrativas que no se ajustan a las necesidades de las personas, aunque quizá sí sirven para favorecer que los libros contables cierren apropiadamente.

Un ejemplo temible es lo que cursa con las enfermedades crónicas, expansivas, que acumulan impedimentos antes que facilitar tratamientos. Para ello se buscan excusas extemporáneas y tangenciales al problema, cuyo único resultado formal es acrecentar la envergadura del mismo (problema). De este modo, se escucha hacer referencia a gastos catastróficos sin comprender ni tampoco dimensionar que, en salud, la catástrofe comienza cuando alguien es excluido de su necesidad intrínseca. Inmediatamente, se descarga una catarata de justificaciones viciadas de nulidad en su propia esencia, todas focalizadas en la eterna razón de la "carencia presupuestaria", la cual representa un disparate en sí misma.

Seguramente, de realizarse un profundo análisis costo-efectivo de diversas terapias aprobadas y asumidas como "buenas", se descubriría que al prescindir de los intereses del financiador virtual (o real), las propias instituciones las darían de baja rápidamente ya que las correspondencias "evidentes" confluyen matemáticamente (costo-beneficio genuino). Sin embargo, el cuerpo médico está

lejos de poder participar, y peor aún, aportar "criterio" cuando el mismo parte de la premisa de ser descalificado antes de generarse.

Alguien sostiene que el mercado electoral es contrario al principio costo-efectivo... lo cual se estrella con una realidad cada vez más dramática de miles de pacientes que no encuentran respuestas a sus legítimas necesidades.

Pensar hoy, una salud "excluyente" o bien una salud presupuesto-dependiente, implica no entender la dimensión de la salud pública y su estructuración multidimensional. Posiblemente, el día que los estamentos políticos comprendan la importancia de los aportes de la "gestión basada en la evidencia", verán reforzados significativamente sus plantillas de votantes, los que simplemente pretenden no estar abandonados a su suerte...

Mientras las convergencias no se favorezcan desde las estrategias, la salud (pública y privada) continuará en su camino de autodestrucción, en el que persiste sin hallar una salida porque asume que el modelo de presupuestos cerrados es el apropiado, lo cual es una falacia en sí misma. □

Licenciado Víctor Norberto Cerasale, 2010-06-08.
Copyright by Cerasale, 2010. Derechos reservados.
Exclusivo para REVISTA MEDICOS, medicina global.
INFÓRMESE EN LAS MATERIAS DE LA SALUD
<http://elbiryniblogspot.com.blogspot.com>
CIENCIAS MEDICAS NEWS
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
<http://saludequitativa.blogspot.com>
GESTION EN SALUD PUBLICA

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





Opinión

Más de siete décadas de coherencia gremial y protagonismo en la salud pública

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

El 20 de mayo pasado la Asociación de Médicos Municipales celebró sus 74 años de existencia. La entidad nació como respuesta a la situación de precariedad e incertidumbre económica en la que se hallaban los médicos que no percibían honorarios por su trabajo en los hospitales públicos. El 20 de mayo de 1936 se designó, con carácter definitivo, el Comité Ejecutivo que conduciría la institución en el primer período de gestión. Así, entre 1936 y 1939 se dio un proceso a través del cual los médicos, que hasta entonces se desempeñaban ad honorem, comenzaban a percibir una remuneración de manera estable.

En 1941 la Asociación lideró la oposición al proyecto de arancelamiento en los hospitales públicos, creando así un precedente de importancia en la lucha por asegurar la gratuidad del sistema de atención y su libre accesibilidad. En tanto, en 1944 se consignó un importante movimiento en el cual se manifestó el malestar por la demora en los nombramientos a cargos estables. Ese movimiento fue declarado uno de los más importantes de protesta en defensa y reivindicación de los derechos laborales de los profesionales médicos.

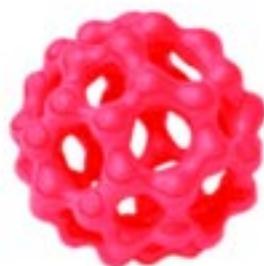
Con la llegada de la democracia, en 1983, nuestra institución se destacó fuertemente por su lucha y conquistas vinculadas a la mejora de los salarios médicos, la defensa de las condiciones y medio ambiente de trabajo de los colegas, la constante capacitación y actualización profesional, y la irrenunciable lucha por establecer una verdadera política de Salud de Estado que trascienda los gobiernos y sus ideologías. Desde entonces, entre los logros más preciados se cuentan los siguientes: Creación de la Carrera de Profesionales de la Salud; logro de estabilidad laboral; ingreso a la carrera por concurso; defensa gremial en todas sus formas; capacitación; certificación y recertificación de títulos de especialista por convenios con la Facultad de Medicina de la UBA y la AMA; creación de la Comisión CyMAT en 2008; lucha permanente por la actualización del salario; ascen-

so vertical y horizontal en la carrera profesional; ingreso a las paritarias; titularización de los cargos; desarrollo sociodeportivo (adquisición del predio del Polideportivo, acción social, Subcomisión de Médicos Jubilados); atención de la problemática de la responsabilidad profesional relacionada con la praxis médica; creación de la primera compañía de seguros médicos monorrámica; libre elección de obra social y finalización del cautiverio de la ObsBA y defensa a ultranza del hospital público de libre accesibilidad, gratuito, solidario, equitativo y de alta calidad de prestación médica.

Todas las medidas gremiales impulsadas por la AMM demuestran que nunca dejamos de lado la bandera de los médicos municipales y que estuvimos al frente de todos los reclamos para poder alcanzar verdaderas condiciones dignas de trabajo médico. En el marco de la celebración de los 74 años de la AMM, firmamos, en conjunto con la Facultad de Medicina de la UBA, un convenio para la certificación y recertificación de especialidades médicas, que es un verdadero orgullo, porque no sólo nos posibilitará realizar la certificación y recertificación necesarias, sino que nos dotará de la autoridad para planificar, programar y desarrollar actividades de carácter científico, tecnológico y docente de divulgación y educación para la salud.

Estas siete décadas permiten sentirnos orgullosos de haber marcado el rumbo en la lucha gremial de los médicos municipales y de sustentar su accionar en los principios de solidaridad, defensa del hospital público y servicio a la comunidad. Esta ha sido una trayectoria en la que nos reconocemos como pioneros en remarcar sin cansancio, en todos los ámbitos de la vida nacional, la necesidad de establecer definitivamente una verdadera política pública de Salud de Estado que trascienda los vaivenes gubernamentales. Desde esta sólida base, entonces, el aporte de la AMM para el Bicentenario consiste en colaborar en la construcción de una memoria nacional que incluya la salud, capítulo central de la vida de todo país y derecho humano fundamental. □

metro

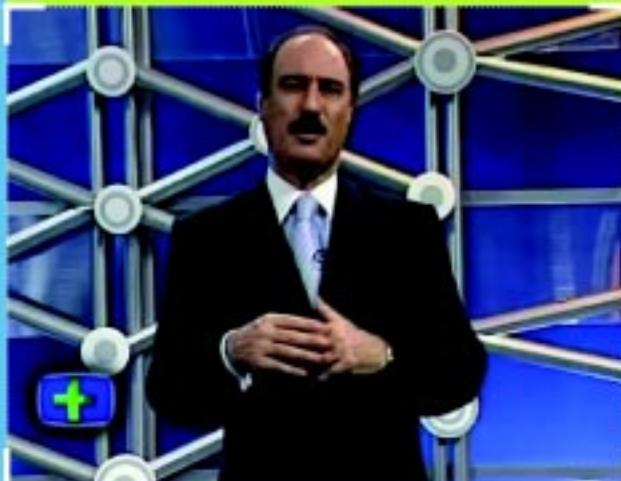


INTELEXIS

Conducen

Dr. Guillermo Capuya
Prof. Guillermo García Caliendo

jueves 19 hs.
intelexis@fibertel.com.ar



sección salud

la salud en estudio

IDEA Y CONDUCCIÓN: CARLOS S. ABAD

www.seccionsalud.tv

metro

LUNES 18.30 HS.

CANAL 13

MULTICANAL + CABLEVISION

Medical Brokers®

PRODUCCIÓN GENERAL 4808.9500

16 y 17 de Septiembre de 2010

NH Gran Hotel Provincial

Av Peralta Ramos 2502 • www.nh-hoteles.es

MAR DEL PLATA - ARGENTINA

8^{vas} Jornadas Federales y 7mas Internacionales

Política, Economía y Gestión de Medicamentos

. EN EL AÑO DEL BICENTENARIO .

EJES TEMÁTICOS

- Los desafíos de los sistemas de salud ante la desigualdad social en América Latina
- Regulación y mercado de medicamentos: las experiencias de Chile, Brasil y Argentina
- Enfermedades raras y medicamentos huérfanos
- Cobertura de medicamentos: información, incentivos y uso racional del medicamento
- Las tendencias internacionales y regionales en el sector medicamentos
- Distribución de medicamentos: organización, eficiencia y servicios. España y Argentina
- Acceso y dispensa de medicamentos para habitantes sin cobertura de salud

Expositores: Argentina, América Latina y Europa

INFORMES E INSCRIPCIÓN

FEFARA

Hipólito Yrigoyen 900 - 5º P - Of. B (1086) Capital Federal
Tel/Fax (011) 4342-9473 - fefara@fefara.org.ar - www.fefara.org.ar

Colegio de Farmacéuticos de la Prov. De Santa Fe - 1º Circ.

Crespo 2837 (3000) Santa Fe - Tel. (0342) 410-1000 / 410 1031
secpres@cofarsfe.org.ar - www.cofarsfe.org.ar

Colegio de Farmacéuticos de la Prov. De Santa Fe - 2º Circ.

Buenos Aires 1262 - 1er. P. (2000) Rosario - Tel. 0341-449-9484
cofarmstafe2@arnet.com.ar - www.cfsf2.org.ar

ORGANIZA:

FEFARA
Federación Farmacéutica



LANZAMIENTO

FARMANUARIO⁺

El respaldo cotidiano para la labor profesional.

¿Qué es Farmanuario?

- *Es una Guía Farmacológica y Terapéutica, multidisciplinaria.*
- *Escrita por un Comité Científico de Clínicos y Farmacólogos.*
- *Es una obra independiente, objetiva y con rigor científico.*

¿Porqué es diferente?

- *No es Vademécum.*
- *No es un diccionario.*
- *Está escrita por médicos, para satisfacer la necesidad de información completa y exacta, a la hora de prescribir.*
- *Se estructura por especialidades médicas y grupos terapéuticos.*
- *Reseña de cada fármaco, con una ficha técnica junto a todas las presentaciones comerciales.*
- *Todas las búsquedas a través de un Único Índice de Multientrada (por nombre comercial, principio activo o acción terapéutica).*
- *Capítulo de Nuevos Fármacos, 36 nuevas moléculas lanzadas en el mercado argentino.*
- *Formato amigable, práctico.*
- *Incluye acceso gratuito a descargas del software de Farmanuario PC en su computadora.*
- *Todos los medicamentos de todos los Laboratorios.*



El LIBRO de los MEDICAMENTOS de ARGENTINA

- Organizado técnicamente por Especialidades y Grupos Terapéuticos
- Ficha Técnica actualizada de cada principio activo, con las presentaciones de todos los laboratorios
- Escrito por un Comité Científico Internacional integrado por Clínicos y Farmacólogos
- Respaldo por fuentes bibliográficas de referencia internacional

Todos los MEDICAMENTOS y NUEVOS FARMACOS 2010

- Con información actualizada, completa y accesible a través del Índice Único de Multientrada
- por marca comercial
 - por principio activo
 - por acción terapéutica

¡¡Descúbralo!!

La información exacta para el momento justo.

En venta en todas las librerías o por el 4373-0081
o pídale a argentina@farmanuario.com - www.farmanuario.com



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



OSPe

Comprometidos con la
salud y el bienestar