



Opinión: ¿Por qué hace falta reformar al sistema de salud?  
Por el Dr. Federico Tobar



Programa Médico Obligatorio  
Una metodología de análisis



universal assistance

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

# Médicos

Medicina Global

AÑO XII - N° 61 - 2010 - \$15

## Nuevo Sanatorio Sagrado Corazón

Con la presencia de la Presidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner y del Secretario General del Sindicato de Empleados de Comercio de la República Argentina, Armando Cavalieri, OSECA inauguró un nuevo sanatorio de alta complejidad, concebido como un centro de atención de emergencias y urgencias.



220



330



440

Planes de Salud



GALENO

0800 777 4253 | [www.e-galeno.com.ar](http://www.e-galeno.com.ar)

# GRUPO IMAS



SIEMPRE JUNTO AL MEJOR DEPORTE DEL MUNDO  
PORQUE TRASCIENDE FRONTERAS.



ASOCIACION  
ARGENTINA  
DE TENIS

Asistencia Oficial del Equipo Argentino de Tenis



Asistencia Oficial de la Selección Argentina de Básquetbol



Sponsor Oficial de las Finales del Torneo URBA Top 14 Copa Volkswagen



30 años

celebrando la vida

4323-6000 / 7800

[www.universal-assistance.com](http://www.universal-assistance.com) / [www.travel-ace.com](http://www.travel-ace.com)



# **SIFEME**

La red de emergencias médicas  
más grande del país

## NUESTRAS SOLUCIONES

- Emergencias Médicas
  - Urgencias Médicas
  - Consultas Domiciliarias
  - Traslados Programados
  - Traslados Aéreos
  - Servicio de Pediatría
  - Servicio de Neonatología
- 
- Gestión de Prestadores
  - Líneas Telefónicas 0800 de Alcance Nacional
  - Desarrollo de Proyectos a Medida
  - Contact Center
  - Servicio de Área Protegida
  - Capacitación



Capacitamos a nuestros prestadores  
con la coordinación científica de la Asociación Médica Argentina.



Fundada en 1881



**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**

# HEALTHMIS<sup>+</sup>

management solutions

SOLUCIONES TECNOLÓGICAS PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS



# La Clínica Santa Isabel se enorgullece de obtener una nueva acreditación de ITAES.



Por su infraestructura y tecnología de avanzada, y por su excelencia profesional y humana, la Clínica Santa Isabel recibió una nueva acreditación plena de ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud). Una excelente noticia para festejar en su 50° Aniversario.

#### Una Clínica en permanente crecimiento e innovación:

- 300 profesionales.
- 160 camas.
- 29 camas en Terapia Intensiva.
- 9 consultorios y 7 camas en Guardia, además de su moderno shock room.
- 6 quirófanos con equipamiento de última generación.
- 5 plantas de internación.



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 Yamila Bêgné  
(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 **Opinión**

¿Los incrementos de las cuotas de la cobertura médica?

### 18 **Columna**

Diagnóstico de Diabetes - Rol de la Hemoglobina Glicosilada

### 20 **Primera Plana**

Nuevo Sanatorio Sagrado  
Corazón: Tecnología y calidad médica



### 26 **Columna**

Metas a cumplir

### 30 **Opinión**

Médicos Municipales:  
Protagonista de la defensa de la salud pública

### 32 **30° Aniversario de Universal Assistance**

Crecimiento y nuevos desafíos



### 36 **Opinión**

¿Amanecerá mañana?

### 38 **Columna**

ABC de la responsabilidad médica

### 40 **Opinión**

¿Por qué hace falta reformar al sistema de salud?

### 44 **Programa Médico Obligatorio**

Una metodología de análisis



### 46 **Reportes**

Se multiplican las iniciativas legislativas prometiendo prestaciones médicas sin mayor financiamiento

### 48 **Voces**

"Acerca del fin del modelo de bienestar"

### 50 **Columna**

Médicos: ¿Trabajadores o profesionales independientes?

### 52 **Opinión**

Metamorfosis, el reverso de la evidencia (2ª Parte)

**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.

Juegan, corren, saltan... se divierten.  
**Son como vos. Tienen Medifé.**



anuncios.com

NOEL BARRIONUEVO

CARLA REBECCHI

MAGLI ACEGA

0800 333 2700

 /medifeyeldeporte

[www.medife.com.ar](http://www.medife.com.ar)  
[wap.medife.com.ar](http://wap.medife.com.ar)



**Medifé**

COBERTURA MÉDICA NACIONAL



## ASSIST-CARD INTERNACIONAL - DIVISION SALUD

La División Salud de Assist-Card Uruguay tiene el agrado de darle la bienvenida a un nuevo cliente del sector salud. Se trata de SUMMUM MEDICINA PRIVADA, empresa de prestigio en todo el territorio uruguayo. Desde el 1 de setiembre todos los afiliados de SUMMUM cuentan con el servicio en Uruguay y en el resto del mundo. El responsable de División Salud de Uruguay, Fernando Sureda, comentó que a partir de octubre se incorpora también como nuevo cliente la ASOCIACION ESPAÑOLA SOCORROS MUTUOS, con un producto especialmente diseñado para sus afiliados. Se sigue trabajando en forma intensa y sostenida en toda la región, ampliando de esta manera los objetivos pautados por ASSIST-CARD INTERNACIONAL, nos comenta el responsable regional Daniel R. J. Piscicelli. ■

## ASSIST-CARD ARGENTINA - DIVISION SALUD: NUEVOS CLIENTES

ASSIST-CARD: Informó que entre los meses de agosto y setiembre dio de alta cuatro nuevos convenios con las siguientes empresas: Vita's S.A., Circulo Médico Alto Paraná (Misiones), Sociedad de Beneficencia Hospital Italiano Monte Buey (Córdoba) y Caminos Protegidos S.A.

Dichas empresas contarán con el Servicio Nacional y Regional (Países Limitrofes) para todos sus prestigiosos afiliados. Estamos muy felices de incorporarlos a nuestra prestigiosa red de clientes. ■

## OMINT ANUNCIO LA INCORPORACION DE SEBASTIAN FIKS

OMINT, empresa argentina de medicina prepaga con más de 43 años de trayectoria en el país, incorporó al señor Sebastián Fiks (foto) como Gerente de Cuentas Corporativas de OMINT.

Sebastián tendrá a su cargo tanto la gestión de ventas de nuevas cuentas corporativas, así como la gestión del relacionamiento comercial de OMINT con las cuentas clientes y con las Consultoras y Brokers especializados.

Sebastián Fiks, de 41 años, es Licenciado en Comercio en Internacional de la UADE y cursó un Posgrado de Marketing en la Universidad Católica Argentina y un Posgrado de Negociación en la Universidad de Buenos Aires. Posee 18 años de experiencia en posiciones similares en el sector privado de la salud. ■

## EVENTO DEL GRUPO PARAMEDIC

El jueves 2 de setiembre se desarrolló el 2º encuentro temático cultural del Grupo Paramedic el cual nuevamente contó con el auspicio de ASSIST-CARD ARGENTINA - DIVISION SALUD. Participó una banda de Jazz y luego se realizó un cocktail, fueron invitados todos los prestigiosos miembros del sector de salud y de agencias. ■



*César Ganame, Gerente Comercial de Met Medicina Privada, Juan Pablo Alber, Jefe Comercial del Hospital Italiano Monte Buey, David Moscovich, Gerente Administrativo de Met. Medicina Privada, Cayetano Testa, Gerente General de Met Medicina Privada, Ariel Pierini, Ejecutivo de Cuentas División Salud - Assist-Card Argentina, Carlos Vidal Suárez, Responsable de Prestaciones Met. Medicina Privada, Jose Angel Supertino, Director Administrativo del Hospital Italiano Monte Buey.*

## ASSIST-CARD ARGENTINA - DIVISION SALUD RENOVO SU PRESENCIA EN ACAMI



*Dr. Arturo Erice, Gerente de Osde Mendoza, Dr. Osvaldo Tibaudin, Director de Marketing Admifarm Group y Daniel R. J. Piscicelli, Gerente Comercial División Salud Assist-Card Argentina.*

Assist-Card estuvo presente en el XIII Congreso Argentino de Salud, organizado por ACAMI, que se realizó en la ciudad de Mendoza en el Hotel Park Hyatt. El día 2 de setiembre, participó del mismo el Gerente Comercial División Salud, Daniel R. J. Piscicelli. Bajo el lema "La Salud del Bicentenario", se contó con mesas presididas por especialistas en cada tema. Además, este año Assist-Card División Salud, para estar más cerca aún del sector, realizó un sorteo de 2 pasajes a Miami, que fueron entregados al ganador, el Sr. Osvaldo Tibaudin, Director de Marketing de Admifarm Group, por el Gerente Comercial, Daniel R. J. Piscicelli. ■



## GEORGE MOSELEY Y FEDERICO TOBAR DISERTARON SOBRE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

Organizada por ASE (Acción Social de Empresarios) y auspiciada por Fundación Medifé, se realizó en Buenos Aires una disertación sobre "La Reforma del sector salud en EE.UU. Un primer análisis de lo que se hizo y lo que falta hacer" a cargo del Profesor George B. Moseley, consultor de la reforma del sistema de salud de Estados Unidos, y el Doctor Federico Tobar, Consultor Internacional en Política de salud, quien invitó a "trazar el mapa sanitario de la Argentina".

El Profesor George B. Moseley brindó un primer análisis de lo que se hizo y lo que falta hacer en la reforma del sector de salud en Estados Unidos. El especialista, quien además se desempeña en la Universidad de Harvard, puntualizó los efectos de la reforma en Norteamérica en planes de salud, hospitales y pacientes, y remarcó que el acceso al sistema sanitario, la calidad y la transparencia del servicio mejoraron en detrimento de los costos.

El Dr. Federico Tobar, señaló la necesidad de instaurar el debate permanente en pos de la mejora del sistema sanitario del país y subrayó que la idea de "consolidar una autoridad sanitaria" y crear una "ley nacional de salud" son los puntos principales para mejorar el sistema sanitario argentino. Asimismo, destacó que se deben construir protecciones por líneas de cuidados, crear un seguro nacional de catastróficas y consolidar redes de salud para brindar una mayor atención a la sociedad. ■





**¿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](http://www.siemens.com.ar/it-solutions)

**Answers.**

**SIEMENS**

## AFIRMAN QUE EN LOS ULTIMOS AÑOS MEJORO NOTABLEMENTE EL PRONOSTICO DE LOS PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA



Las posibilidades de los pacientes que padecen un tipo de leucemia han cambiado mucho en los últimos años, y mejoraron en forma considerable su pronóstico y sobrevida. Así lo afirmó un especialista durante la última Jornada de Periodismo Científico de la Universidad Católica Argentina (UCA) y el laboratorio Bristol-Myers Squibb (BMS) del Ciclo 2010. El doctor Milone, jefe de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea del Hospital Italiano de La Plata, declaró que "en la leucemia mieloide crónica (LMC) se produjo un revolucionario avance terapéutico hace 10 años: el desarrollo de drogas con blanco molecular". Estas moléculas inhiben una tirosina quinasa, enzima imprescindible en el desarrollo de un oncogén que produce la enfermedad. "La inhibición de esta enzima bloquea este oncogén, el bcr/abl y la enfermedad se controla efectivamente", explicó el especialista. Los inhibidores de la tirosina quinasa son varios. "El primero en desarrollarse fue el imatinib y posteriormente el dasatinib y el nilotinib, especialmente diseñados para los pacientes resistentes al imatinib. Con estos tratamientos, el 80 por ciento de los pacientes que reciben el tratamiento están vivos con un seguimiento terapéutico de ocho años", afirmó el médico. La leucemia es un tipo de cáncer de las células de la sangre. Se produce cuando la médula ósea produce glóbulos blancos anormales (leucocitos) en gran cantidad. Esta afección puede llevar a la aparición de infecciones, anemia y sangrado en exceso. ■



## SIETE CAMIONES SANITARIOS RECORRERAN LAS PROVINCIAS DEL NEA



Siete camiones sanitarios con equipamiento de alta tecnología recorrerán la Provincia del Chaco para brindar un servicio de atención integral de la Salud a las comunidades más vulnerables del interior provincial. Se trata del Programa de Abordaje Sanitario Territorial, impulsado por el Ministerio de Salud de la Nación, que fue presentado en Villa Río Bermejito con la presencia del titular de la cartera sanitaria nacional, Juan Manzur. En su primera etapa, el programa desembarcará en Villa Río Bermejito, para dirigirse luego a parajes vecinos, alcanzando así a una porción significativa de la población de El Impenetrable chaqueño. Es que la iniciativa se enmarca también en las políticas sociales y sanitarias que lleva adelante la actual gestión provincial en respuesta a las necesidades de las poblaciones más vulnerables del Chaco. ■

## LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DIJO PRESENTE EN EL XIII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD "LA SALUD EN EL BICENTENARIO"

El Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Ricardo Bellagio, participó en el XIII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD, "La Salud en el Bicentenario", organizado por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), el pasado 2 de setiembre en el Hotel Park Hyatt de Mendoza. El Dr. Bellagio junto al Dr. Luis Romero Strooy y el Dr. Rubén Torres expuso sobre el Financiamiento de la Salud. El acto de apertura estuvo a cargo del Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur, el Gobernador de la Provincia de Mendoza, Cdor. Celso Alejandro Jaque, el Ministro de Salud de la Provincia de Mendoza, Dr. Juan Carlos Behler, el Intendente de la Ciudad de Mendoza, Dr. Víctor Fayad y el Presidente de ACAMI, Lic. Marcelo Mastrángelo. ■



## LABORATORIO HIDALGO GANO EL 1º PREMIO

Laboratorio Hidalgo obtuvo el primer premio en el 5º Ciclo de Conferencias de la Calidad-Reunión de expertos, auspiciada por la IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine).

El estudio galardonado, "Diseño de una herramienta informática para el Monitoreo de la Imprecisión Analítica a largo plazo en el Laboratorio", fue uno de los tres presentado por Laboratorio Hidalgo en el concurso de trabajos libres en la modalidad Poster. El equipo científico autor del trabajo está conformado por Gustavo Maccallini, Patricia Bechi, Guillermina Sand, Milva Sánchez, Patricia Silguero, Luciana Moreno y Mariana Hidalgo.

En esta reunión, organizada por Bio Rad Labs, participaron 50 expertos de países latinoamericanos para discutir temas relacionados a la calidad en el laboratorio de análisis clínicos. Fue transmitido en vivo para más de 25 sedes en toda América latina. ■

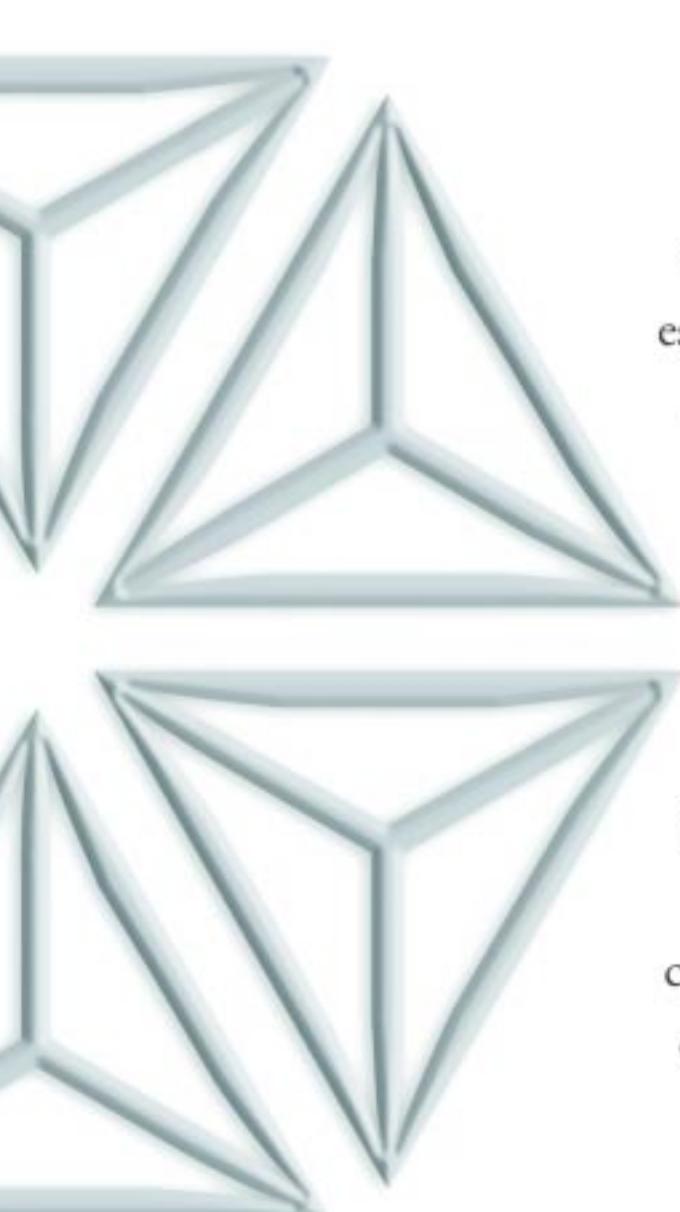
## EL HOSPITAL ITALIANO Y FUNI POR LOS NIÑOS

El Servicio de Hemato-Oncología y Trasplante de Médula Ósea Pediátrico del Hospital Italiano de Buenos Aires informa que se encuentra abierta la inscripción a la 9º Carrera y marcha aeróbica "Por los derechos del niño curado de cáncer". La misma se llevará a cabo el domingo 31 de octubre de 2010 a las 9:30 h en Costanera Sur.

Esta actividad tiene por objetivo concientizar a la comunidad sobre el reconocimiento de los derechos de los niños con cáncer para que cuando sean adultos curados no sufran discriminación y recaudar fondos para FUNI - Asociación para el Futuro del Niño - que trabaja para y por los niños en el ámbito de la salud. Podrán participar todo competidor, ya sea profesional o amateur, o simplemente quienes quieran correr o caminar y, fundamentalmente, divertirse en el camino.

La Carrera 10 Km - de carácter competitivo - y la Marcha Aeróbica de 2,5 Km - recreativa - partirán a las 9:30 h desde la Avda. de los Italianos, nos acompañarán reconocidos deportistas y artistas. Todos los participantes recibirán la remera oficial de la Carrera. Habrá premios para los ganadores de todas las categorías y shows para agasajar a los más chicos. Informes e Inscripción: Club de Corredores: [www.clubdecorredores.com](http://www.clubdecorredores.com) - (011) 4780-1010. Hospital Italiano: [www.hospitalitaliano.org.ar](http://www.hospitalitaliano.org.ar) - (011) 4959-0200 - 0800.777.7007 ■





La misión de **Bristol Myers Squibb** es descubrir, desarrollar y proporcionar medicinas innovadoras que ayuden a los pacientes a sobreponerse a enfermedades graves.

Somos una Empresa biofarmacéutica con los más altos estándares de comportamiento ético y rigor científico enfocados 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. Monroe 801 (C1428BKC)  
Tel.: (5411) 0800 666 1179. Fax: (5411) 4789-8559 • [www.b-ms.com.ar](http://www.b-ms.com.ar)

## ACCION SOLIDARIA DE UNIVERSAL ASSISTANCE



Dr. Oscar Civile, Presidente de Universal Assistance y Pancho Ibáñez.

En el marco de su programa de Responsabilidad Social Empresaria, la compañía realizó una acción solidaria por los festejos del día del niño, en distintas instituciones de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires. Los días miércoles, jueves y viernes de la semana anterior al domingo del día del niño, las autoridades de la empresa junto a Pancho Ibáñez, imagen de la marca, entregaron juguetes y alimentos en el Hospital de Pediatría Samic Prof. Dr. Juan P. Garrahan, el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, y el Hogar Heraldo Paz del barrio de José C. Paz, respectivamente. ■

## UNIVERSAL ASSISTANCE: ASISTENCIA OFICIAL DEL BASQUETBOL NACIONAL



Universal Assistance realizó un acuerdo con la Confederación Argentina de Básquetbol para ser la asistencia oficial de los seleccionados nacionales de básquetbol durante los próximos dos años.

De esta forma, el seleccionado mayor que viajó a Turquía para disputar el Mundial, fue protegido por la asistencia al viajero de Universal Assistance. Este nuevo acuerdo se suma al que la compañía viene realizando junto a otras asociaciones deportivas que representan a nuestros seleccionados. ■



## PRIMER SERVICIO INTERACTIVO PARA ASOCIADOS A TRAVES DEL CELULAR

Medifé, empresa de medicina prepaga de alcance nacional, lanza un nuevo servicio para sus asociados que los coloca a la vanguardia en los avances tecnológicos y de servicios. Se trata de "WAP Medifé", un protocolo de navegación para celulares que ofrece a sus usuarios la posibilidad de acceder a los beneficios de su programa Viví Medifé y de buscar farmacias a nivel nacional. En lo relativo a beneficios, los asociados no sólo pueden acceder a la información, sino que lo más novedoso es que les permiten hacer reservas on line, lo cual transforma a este sistema en el primero interactivo del mercado de prepagas. Esta propuesta -que ya está disponible para todos los asociados Medifé- abarca rubros como "Restaurantes", "Bares", "Salud" y "Belleza". El usuario sólo tiene que navegar dentro de "WAP Medifé" y podrá elegir el local al que desea concurrir con el descuento que se informará en la pantalla de su teléfono celular. Asimismo, el asociado puede consultar la ubicación de las farmacias que trabajan con Medifé, buscándolas por región, por localidad y por calle, a nivel nacional. La novedosa herramienta de Medifé, desarrollada por la empresa Baires Group Consultoría & Marketing, puede ser utilizada en cualquier punto del país. ■



## OSDIPP INAUGURO DOS NUEVOS CENTROS DE ATENCION AL PUBLICO EN LA PATAGONIA Y UNA FARMACIA EN EL MICROCENTRO PORTEÑO

OSDIPP, la Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Privada del Petróleo, sigue creciendo en el Sur de nuestro país con la apertura de dos nuevos Centros de Atención al Público en la región: uno en la ciudad de Río Gallegos y otro en Caleta Olivia, uno de los centros petroleros más importantes de nuestro país. De esta manera, OSDIPP podrá ofrecerles a sus numerosos afiliados y prestadores de la zona un lugar donde realizar trámites y consultas sobre planes y cobertura médica.

Además, OSDIPP ha abierto la Farmacia Viamonte en pleno centro de la Ciudad de Buenos Aires (Viamonte 743) en la que los afiliados de OSDIPP pueden acceder a descuentos especiales en medicamentos y perfumería. Quienes tengan su domicilio u oficina en un radio de 15 cuadras de la Farmacia; podrán hacer sus pedidos telefónicamente al 4393-3194 antes de las 11 hs y recibirlo ese mismo día antes de las 16.30 h. ■



## NUEVO LANZAMIENTO DE TPC



COMPAÑIA DE SEGUROS

TPC Compañía de Seguros en su vocación constante por diseñar nuevas oportunidades comerciales que beneficien tanto al asegurado como al productor de seguros, lanzó el "Plan Integral de Responsabilidad Civil para Empresas y Profesionales de la Salud". El plan se compone de un conjunto de productos y servicios pensado para darle cobertura asegurativa completa a las empresas dedicadas a los servicios de salud y a los profesionales que en ellas trabajen, por los riesgos inherentes a la praxis médica como también por los riesgos no médicos propios de la actividad empresarial. ■

## NOTICIAS ADMIFARM GROUP



### Golf en el San Jorge Golf Club

El 24 de julio pasado, se organizó un nuevo Torneo de Golf "ADMIFARM GROUP" en el San Jorge Golf Club, ubicado en la localidad de Hurlingham, Provincia de Buenos Aires.

El evento contó con la participación de 150 jugadores, distribuidos en dos categorías para mujeres y cuatro categorías para hombres. Como ya es habitual, compartimos un excelente día al aire libre y un gran nivel de juego de los participantes. Los esperamos en el próximo. ■

### Cocktail para clientes

En un restaurante de la zona de Palermo, el pasado 29 de junio, Admifarm Group S.A., organizó un nuevo happy hour para clientes y proveedores.

La velada estuvo acompañada por una excelente música y un servicio de primer nivel.

La imagen que acompañamos les demuestra el grato momento vivido. ■



### Farmacia Consejo Salud

El pasado 10 de junio, se inauguró la "Farmacia Consejo Salud".

La mencionada Farmacia pertenece al Consejo de Ciencias Económicas de Capital Federal y funcionará en Viamonte 1461 en un edificio totalmente renovado y adaptado para la ocasión, con un diseño moderno e innovador que se aprecia en su planta de alrededor de 300 metros cuadrados. Contará con múltiples servicios para los matriculados al Consejo y su administración y gerenciamiento estará a cargo de Admifarm Group S.A. El momento más emotivo de la inauguración fue el corte de cintas realizado por la Sra. Mirta Guzmán, Directora de Admifarm Group y el Dr. José Escandell, Presidente del Consejo. ■



## Detrás de los pacientes, hay personas. Detrás de las enfermedades, hay vida.

Trabajamos focalizados en la investigación y el desarrollo de tratamientos y servicios de diagnóstico para necesidades médicas no cubiertas aún.

Innovamos en el camino hacia una medicina cada vez más segura, efectiva y personalizada en las áreas de oncología, virología, artritis reumatoidea, diabetes, metabolismo y sistema nervioso central.

**Cumplimos 80 años en Argentina con una única pasión: transformar positivamente la vida de los pacientes.**



*Innovación para la salud*



## ¿Los incrementos de las cuotas de la cobertura médica?

Por el Dr. Héctor Barrios  
Director de Towers Watson

**E**n agosto pasado las empresas y entidades del mercado de la salud, comenzaron a aplicar a los socios directos los aumentos de sus cuotas. Efectivamente, con un 15% de incremento inicial, estiman agregar un nuevo aumento, hasta totalizar una cifra promedio del orden del 32% de ajuste.

También han comenzado a informar al sector corporativo un porcentual similar que será escalonado en dos o en tres oportunidades según el caso.

Sin dudas, el incremento de salarios del sector de la Sanidad -cuya Paritaria se ubica en torno al 32% de incremento- es un elemento de gran influencia en la estructura de costos de las empresas de medicina prepaga.

Pero claramente no es el único factor. Otros factores no menores son la incorporación permanente de coberturas obligatorias, que no surgen solamente del organismo regulador natural -la Superintendencia de Servicios de Salud- sino de otras fuentes.

Un poder no menor de nuevas iniciativas de coberturas médicas es el Congreso de la Nación. De hecho, en forma reciente, las Obras Sociales de Personal de Dirección de empresas advirtieron que a lo largo de 2009 se presentaron en la Cámara de Diputados nada menos que 57 iniciativas y en la de Senadores 42 iniciativas legislativas con el objeto de proponer la incorporación de nuevas prestaciones al sistema de salud.

Vaya como prueba la sanción de la -ley 26.558 -denominada ley celíaca- en diciembre de 2009. En su artículo 9º, la norma establece las obligaciones de cobertura asistencial que las obras sociales y prepagas deberán cumplir para con los celíacos, las que comprenden "la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento [...] incluyendo las harinas y las premezclas libres de gluten", es decir la incorporación a la cobertura obligatoria de la base de los alimentos para los enfermos celíacos.

Si bien la Ley aún no ha sido reglamentada, en abril de este año la Cámara en lo Civil y Comercial Federal procedió a ordenar a una de las más importantes entidades prestadoras de servicios médicos, la cobertura de parte del costo de harinas y premezclas libres de gluten para una niña celíaca en la misma proporción en que lo haría con un medicamento.

Por otra parte y en lo que va del año 2010, el número de iniciativas no ha mermado: se han agregado 27 iniciativas en Diputados y 17 en el Senado.

El Lic. Carlos Conte, uno de los mejores especialistas en Discapacidad, me comentaba que en los últimos años, según una investigación que llevó adelante, se han presentado en el Congreso de la Nación, no menos de 170 iniciativas para normatizar la obligatoriedad de

incluir coberturas para este sector tan especialmente sensible.

En otro orden de cosas, el Director Financiero de una de las empresas más importantes del mercado, me señalaba que el crecimiento del gasto que se genera por Amparos Judiciales y litigiosidad en general, alcanzaba al 40% anual: la gente espera cada vez más del sistema de salud y ha encontrado en el marco judicial, el medio a través del cual satisfacer esas expectativas.

Asimismo, expresaba que a las empresas les resultaba imprescindible recuperar el retraso que se les había generado a partir de que a fines del 2009, se llevaron adelante incrementos de cuotas proyectando aumentos de costos del orden del 20% para el presente año, cuando la inflación real está superando holgadamente esa cifra.

En el contexto actual, ¿Qué debería esperarse a futuro? Naturalmente más incrementos en los precios de las cuotas.

Resulta obvio que una parte de los incrementos de precios están relacionados directamente a factores vinculados con los incrementos de los costos médicos que todos ya conocemos, como son la creación de tecnologías más costosas, el mayor uso de la ya existente, la aparición de nuevos medicamentos de alto costo, el envejecimiento poblacional y la mayor utilización del sistema en su conjunto.

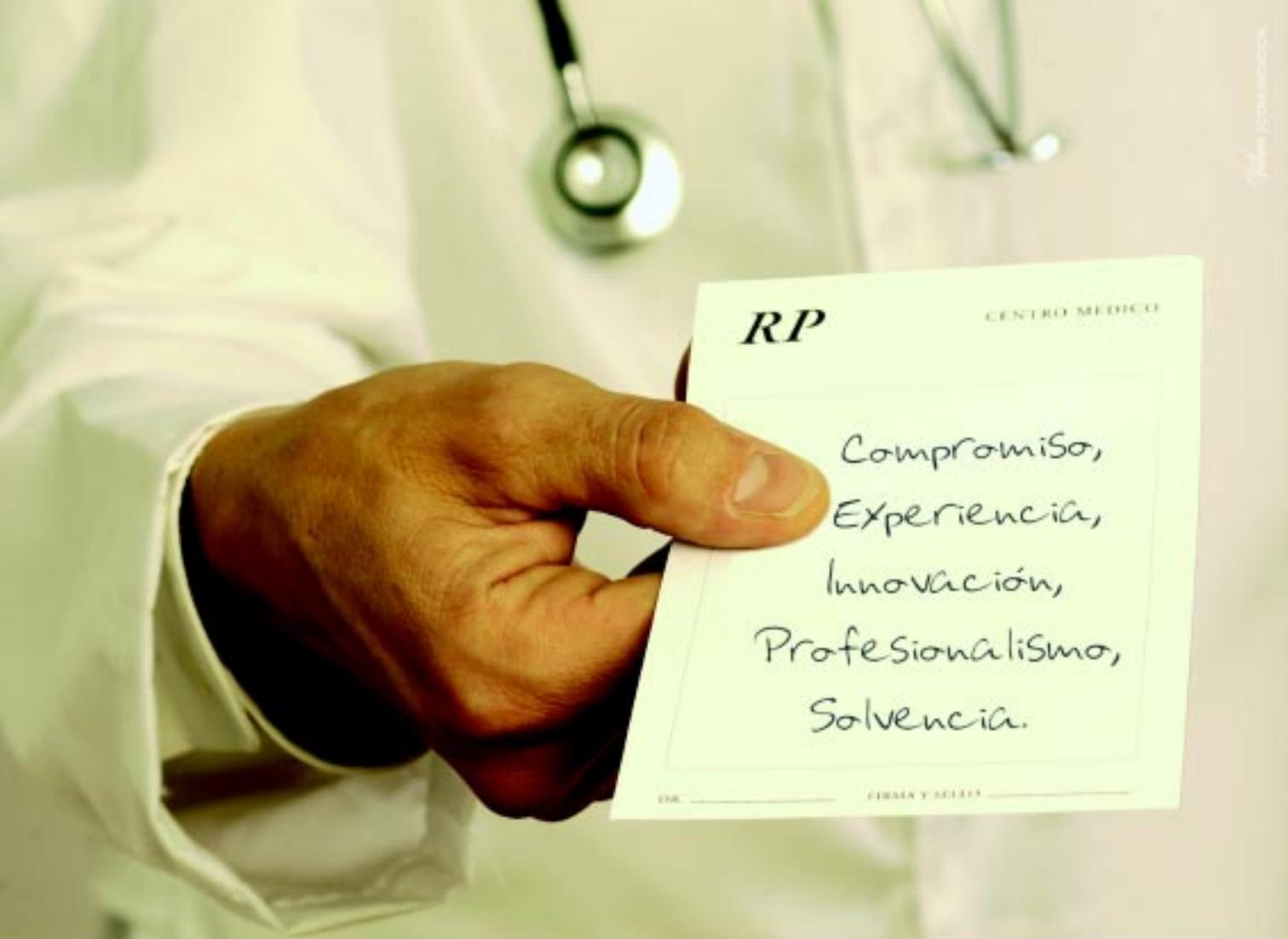
Pero si bien claramente todos estamos de acuerdo con ampliar la cobertura a los grupos más desprotegidos y en la necesidad social de hacer igualitario el acceso a la salud y a una mejor calidad de vida, el gran debate que nos debemos: es quién es el que debe financiar todos estos cambios.

En mi opinión, decididamente no pueden ser ni las Obras Sociales -ni las empresas de medicina prepaga- las que sabemos no cuentan con ingresos ilimitados. La "salud" de este sector también debe ser cuidada.

No será una contribución a la sociedad contar con instituciones quebradas o forzadas a incrementar fuertemente sus precios -que finalmente amigo lector pagamos nosotros, los consumidores - para cubrir prestaciones que parecería que deberían estar a cargo del mismo Estado en las áreas de Desarrollo Social o de Acción Social.

Alternativamente, también se cuenta con importantes fondos excedentes en la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud -se habla de unos 800 millones de pesos anuales-, los que perfectamente podrían financiar una importante cantidad de los costos que estas nuevas medidas generan.

En resumen, se trata de canalizar de forma adecuada e inteligente las justas iniciativas de los diferentes sectores sociales. □



## 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



# Diagnóstico de Diabetes

## Rol de la Hemoglobina Glicosilada \*

Por el Dr. Gustavo Maccallini,  
Director Científico de Laboratorio Hidalgo

Un Comité internacional de expertos que incluyó representantes de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) y la Federación Internacional de Diabetes (IDF) ha recomendado el uso de HbA1c para el diagnóstico de diabetes y la identificación de pacientes con alto riesgo de desarrollarla, excluyendo la diabetes gestacional.

Las concentraciones de HbA1c reflejan la glucosa sanguínea promedio de 2 a 3 meses previos a la extracción y han sido usadas como el mejor método para el seguimiento a largo plazo del control glucémico.

A través de la revisión de estudios observacionales que sugieren que una medida confiable de los niveles glucémicos crónicos tal como HbA1c, capta el grado de exposición a la glucosa en el tiempo y se relaciona más

íntimamente al riesgo de las complicaciones, puede servir como un mejor marcador bioquímico de la diabetes y debería ser considerado su uso como una herramienta diagnóstica. Esto fue basado, además, en virtud de la estandarización alcanzada en los países desarrollados en los métodos utilizados para su medición y en el mejoramiento instrumental.

Asimismo, la determinación de HbA1c no requiere preparación previa del paciente, la muestra es estable, presenta mayor estabilidad que la Glucosa y menor variabilidad biológica intraindividual.

El punto de corte óptimo sugerido para diagnosticar diabetes fue el de igual o mayor a 6,5 %.

Este valor se corresponde con un aumento significativo de la prevalencia de retinopatía moderada en los estudios analizados.

Además, identifican valores de HbA1c que indican alto riesgo de desarrollo de la Diabetes, aquéllos comprendidos entre 6,0 y menor de 6,5 %.

Dado que el riesgo debe considerarse continuo, puede extenderse el límite inferior a 5,7 % para poder incorporar a los pacientes con glucemia de ayuna alterada.

Algunas condiciones clínicas limitan la utilidad diagnóstica de HbA1c como lo son algunas hemoglobinopatías que pueden interferir en algunos métodos y condiciones en las que se altere la vida media eritrocitaria como anemia hemolítica, transfusiones sanguíneas y pérdida de sangre marcada. □

\* [www.diabetes.org](http://www.diabetes.org)



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

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

 **OSDO**  
OBRA SOCIAL DE DIRECCION

[www.osdo.com.ar](http://www.osdo.com.ar)

# PROTECCIÓN

PARA QUIENES NOS PROTEGEN



“RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
**PRAXIS MEDICA**”

**PRUDENCIA**  
Seguros 

# Nuevo Sanatorio Sagrado Corazón: Tecnología y calidad médica

**Con la presencia de la Presidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner y del secretario general del Sindicato de Empleados de Comercio de la República Argentina, Armando Cavalleri, OSECAC inauguró un nuevo sanatorio de alta complejidad. Concebido como un centro de atención de emergencias y urgencias, logra brindar a los afiliados de la obra social una atención médica y hotelera de alta calidad, a la altura de las mejores del mundo.**



Frente Sagrado Corazón.

La apertura del nuevo Sanatorio Sagrado Corazón, un centro de alta complejidad y de uso exclusivo para los afiliados de OSECAC (Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles), logra llevar al sector gremial la tecnología y el nivel médico que antes sólo eran accesibles en clínicas y sanatorios de gestión privada. Es que el Sagrado Corazón pone al alcance de los afiliados de la obra social la más moderna tecnología, comparable a la de las principales clínicas tanto del país como del mundo. Es por eso que el acto de inauguración del Sanatorio fue un evento no sólo concurrido, sino también celebrado por representantes de los diferentes sectores

de la salud. Así, los presentes contaron con las palabras de la Presidenta de la Nación, Dra. Cristina Fernández de Kirchner, que festejó la apertura de un Sanatorio que, postuló, atestigua el crecimiento del país y las perspectivas optimistas que tienen por objeto particular al sector de la salud. El secretario general de la Federación Argentina de Empleados de Comercio y Servicios (FAECYS), Armando Cavalleri, también expresó su alegría por ver una obra de ese calibre siendo parte de la gestión de las obras sociales.



Armando Cavalleri y Cristina F. de Kirchner.

El acto de apertura, que también contó con la presencia del Ministro de Economía, Amado Boudou, del Ministro de Salud, Juan Manzur y de representantes del sector salud, de obras sociales y de diferentes sindicatos, culminó con un cóctel que celebró la llegada de la más moderna tecnología médica al sector sindical.

En conversación especial con *Revista Médicos*, el Director Médico del Sanatorio, Doctor Carlos Alberto Díaz, enfatizó la eficiencia de recursos que impulsa al Sagrado Corazón a la vez que destacó la importancia de la gestión, que está dirigida a un uso más eficiente de las instalaciones, de la tecnología y de los servicios de los que dispone el Sanatorio. Por su parte, el Gerente Médico de OSECAC, Doctor Gabriel Lebersztein, insistió en la necesidad que tienen las obras sociales de integrarse para alcanzar un nivel de calidad médica y de atención óptimo. Además, detalló rasgos de la población



de beneficiarios propia de su obra social y, a la vez, pasó revista de las principales áreas de atención médica de la entidad.

El Sanatorio Sagrado Corazón viene a postularse así como un sanatorio de excelencia, idóneo para la derivación de pacientes y para la realización de prácticas de ultra complejidad y que, a través de su centro de Pronto Socorro, tiene la capacidad de realizar diagnósticos rápidos y eficientes. Así, con más de doscientas camas disponibles, una guardia externa de doce consultorios,

radiología digital, sistemas digitalizados de historial clínico, y capacidad para adaptar en menos de 12 h el tratamiento antibiótico correcto para cualquier infección, el Sanatorio se pone a la vanguardia de la atención médica y apuesta a formar un sistema multisanatorial para los trabajadores de la Argentina. Además, el moderno "Hotel de las Provincias", que es parte clave del proyecto, tiene ochenta habitaciones y doscientas plazas destinadas a albergar

gratuitamente a los familiares de los beneficiarios que deban utilizar el nuevo Sanatorio; se destaca, además, por la conexión que establece con el Sanatorio, la que facilita el monitoreo pre y post operatorio.

## TECNOLOGIA Y ATENCION DE VANGUARDIA

Ideado con las miras puestas en la creación de un centro multisanatorial que aporte a la calidad y al avance tecnológico de la rama sindical del sector salud, el Sanatorio del

## 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](http://www.admifarmgroup.com)

1511 4010-0200





Sagrado Corazón que ha inaugurado OSECAC cuenta con equipamiento para realizar diagnóstico por imágenes en monitores de alta definición, que están al alcance del equipo médico en segundos luego de la intervención. Además, sus ocho modernos quirófanos son capaces de llevar adelante, mensualmente, más de mil cirugías de alta complejidad. El Sanatorio también atiende al control bacteriológico de los alimentos y posee instalaciones para el monitoreo de cada paciente a través de cámaras web. El área pediátrica posee habitaciones aisladas para casos de trasplantes y cuarenta camas, que pueden ser transformadas en unidades de cuidados intensivos durante emergencias epidémicas.

En el Sanatorio, se distinguen cuatro áreas destacadas: la de Emergencias Médicas y Pronto Socorro, la Unidad de Terapia Intensiva para Adultos, el área de Cirugía y Quirófanos y, por último, el área de Diagnóstico por Imágenes. El área de Emergencias Médicas está diseñada para la recepción de pacientes con trauma grave que requieran internación, y es capaz de brindar en forma eficiente y médicamente óptima un rápido diagnóstico de la patología de emergencia. Para que eso sea posible, el Sanatorio ha dispuesto un shock-room que puede convertirse muy rápidamente en quirófano, ya que posee instalaciones óptimas para realizar cirugías de urgencia de forma inmediata. Las habitaciones del área, por su parte, tienen cámaras incorporadas, de manera tal que las enfermeras puedan monitorear minuto a minuto lo que

allí sucede. Tanto en el área de Emergencias Médicas como en el resto del Sanatorio, los monitores multiparamétricos se encargan de registrar los signos vitales de cada paciente con un software diseñado especialmente para detectar arritmias o variaciones que requieran atención inmediata. A este cuidado se suma la velocidad con que los estudios se llevan a cabo, posibilitada por el traslado de muestras que se realiza a través de un tubo neumático. Los equipos de imagen digital, además, proveen resultados al momento de ser obtenida la imagen, que es almacenada en las computadoras.

El recurso humano también es una preocupación en el Sagrado Corazón. Por eso, los profesionales que se desempeñan en el área de Emergencias Médicas no hacen más de doce horas de guardia, ya que el Sanatorio entiende que el descanso

de su planta de médicos se refleja en la atención y la actitud que cada uno de ellos ofrece a los pacientes.

La Unidad de Terapia Intensiva para Adultos se presenta como un sector destacado tanto por su diseño como por su equipamiento de avanzada. Junto a las camas de terapia intensiva, se ubican todo un piso de cuidados intermedios y dos habitaciones preparadas con flujo de presiones variable, positiva y negativa, que permite aislar a los pacientes que así lo requieran. También forma parte de esta unidad el sector de terapia intensiva intraquirófono, que reemplaza y mejora las utilidades de los sectores de recuperación, ya que posibilita que los pacientes salgan estabilizados del quirófano. La historia clínica digitalizada permite medir permanentemente los parámetros de los pacientes y los indicadores de sus resultados, lo que se traduce en una creciente seguridad médica. Todas las atenciones de la Unidad de Terapia Intensiva están protocolizadas y, por eso, en pocos meses, Sagrado Corazón planea proponer su terapia para la recuperación de pacientes trasplantados.

El sector de Cirugía posee ocho quirófanos de alta modernidad y funcionalidad, que permiten realizar más de mil cirugías al mes, todas ellas de alta complejidad. Además, estos quirófanos incluyen espacios amplios, seguros y confortables, así como también pasillos que permiten la circulación eficiente tanto de camillas como de camas. Las mesas de cirugía son de alta gama; una de ellas es radio lúcida, especialmente diseñada para cirugías bariátricas.

El área de Diagnóstico por Imágenes está equipada para prácticamente todo tipo de estudio. Desde

## Diagnóstico por Imágenes Equipamiento de última tecnología

- Equipos de ecografía con capacidad para realizar ecografía doppler, ecografía común (tanto para pacientes adultos como niños), punciones guiadas, ecocardiografía doppler, intracavitaria y transesofágica.
- Tomógrafo multislice con reconstrucción en tres dimensiones y de alta velocidad; permite realizar tomografías corporales en 17 segundos.
- Equipos digitales de arco en ce que permiten ver las imágenes inmediatamente en los monitores high definition del quirófano; no requieren proceso posterior.
- Equipos de Radiología Digital directa para estudios contrastados o para estudios simples. Permiten obtener con gran velocidad imágenes y con mayor definición, sin necesidad de repetición.



diagnóstico de ecografía, transesofágico y tomografía axial computada multislice, hasta reconstrucción topográfica y resonancia magnética, el sector cuida de que todas las imágenes sean informadas on line por profesionales especializados y entregadas en DVD para preservar la seguridad del paciente.

Así, el Sagrado Corazón abre sus puertas para ofrecer, en un ámbito de gestión sindical, todos los adelantos de la ciencia y la medicina moderna. Orgullosos de su logro, los integrantes de OSECAC viven la apertura del Sanatorio como la apuesta a la salud entendida como un derecho igualitario que no debe tener relación con los ingresos.

## PALABRAS DE INAUGURACION

Fue Armando Cavallieri el primero en celebrar, con sus palabras, la apertura del Sagrado Corazón. Comenzó destacando la relevancia de las dos instalaciones que forman parte del Sagrado Corazón, el Sanatorio y el "Hotel de las Provincias". En referencia al Hotel, destacó que "posee doscientas camas que albergan a los beneficiarios que vienen a hacer uso del sanatorio, con sus familias, que los acompañarán hospedándose totalmente gratis". Los enfermos llegan allí, puntualizó, "transportados en avión o en ambulancia de cualquier punto del país, en forma gratuita". En relación a las instalaciones del Sanatorio, el Secretario General de la Federación Argentina de Empleados de Comercio y Servicios indicó que "pasa a ser uno de los más equipados del país, y uno de los mejores hospitales del mundo". Es por eso que consideró "un orgullo que el sistema de obras sociales haya podido presentar una obra semejante." Celebró este logro sobre todo ante el recordatorio de que ese "sistema de obras sociales, cuando bajaba el Consenso de Washington por toda América, fue

## Equipamiento de avanzada en el Sector Quirófanos:

- Imágenes en monitores de alta definición al alcance del equipo médico, en segundos, luego de cada intervención.
- Sistemas de monitoreo multiparamétrico individual y central.
- Mesas de anestesia de bajo flujo y alta complejidad de última generación.
- Equipo de cirugía laparoscópica de alta definición.
- Intensificadores con módulos angiográficos e imagen digital.
- Equipos de bisturí eléctrico bipolar, con láser argón y bisturí armónico.

intervenido militarmente con un proyecto de bancarización de la salud pública". Sin embargo, enfatizó, que fue "con la tenaz defensa de los dirigentes sindicales que pudimos recuperarla".

Pasó luego a valorar la presencia presidencial en el evento que, según subrayó, "viene a institucionalizar el sistema que fue creado por aporte de los trabajadores, con la cogestión empresarial, lo que permitió su autofinanciamiento". Por último, aseguró, para los miembros de OSECAC, el acceso a la mejor calidad y tecnología médica: "Desde hoy tenemos la certeza de que los empleados de comercio tendrán, además de la calidad médica argentina, todo el arsenal técnico necesario, como en cualquier sanatorio del mundo."

La Presidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner, fue recibida con aplausos y comenzó destacando la importancia de la organiza-

ción sindical: "Luego de ver la inauguración a la que hoy asistimos, muchas veces uno se pregunta cómo es posible que todavía en la República Argentina haya gente que siga dudando de la conveniencia de la organización sindical, de sus obras sociales y de lo que significa en materia de cobertura y protección para los trabajadores." La significancia histórica que, para nuestro país, ha tenido dicha organización fue puesta sobre relieve por la Presidenta: "Son precisamente obras de esta magnitud, las que nos dan claramente la idea de lo que ha significado en la historia del país y en la mejora de calidad de vida de sus habitantes, el surgimiento de las organizaciones sindicales".

Más tarde, enmarcó la inauguración del Sanatorio como un hecho que tiene lugar en un contexto de crecimiento y de empleo creciente: "Esto solamente puede hacerse en un país que está en crecimiento, donde cada vez hay más trabajadores registrados, donde también la capacidad adquisitiva de esos trabajadores es mayor y en un país que crece en su conjunto". Es por eso que, "en nombre de todos los argentinos", festejó la inauguración del Sanatorio.

En relación a las perspectivas futuras del sector salud, la Presidenta señaló los pasos a seguir en materia de articulación de los sectores: "El paso que tenemos que comenzar a desarrollar es cómo articulamos la inmensa cantidad de beneficiarios que están surgiendo en el sector de las obras sociales con el sector privado y el sector público". Así, la Presidenta postuló la posibilidad de desarrollar el sector de la salud pública: "Si uno mira el grado de la inversión total en materia de salud pública, tanto en lo público como en lo privado y desde los sindicatos, estamos en condiciones de mejorar sustancialmente la prestación de la salud pública, asociándonos virtuosamente con el sector privado, y


  
**Su salud en las mejores manos**
  
 Avda. Independencia 2852
   
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
   
 Call Center 0800-333-3313





**Dr. Carlos A. Díaz, Director Médico del Sanatorio Sagrado Corazón.**

fundamentalmente con el sector de las obras sociales."

Para cerrar con el acto, la Presidenta relevó la importancia que la inauguración del Sagrado Corazón tiene a nivel país: "Cuando estas cosas pasan a todos los argentinos y cuando estas cosas pasan es porque hay un país en crecimiento y una sociedad también en crecimiento. Y yo me siento muy orgullosa".

## LA IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN DE RECURSOS

En diálogo con *Revista Médicos*, el Director Médico del Sanatorio Sagrado Corazón, doctor Carlos Alberto Díaz, explicó que la inauguración del Sanatorio es "la culminación de diez años de trabajo para formar un sistema integrado de salud, que empezó con la apertura en salud primaria, con la normalización a través de las guías clínicas de los pacientes ambulatorios, y que también incluyó la instauración de equipos médicos y de prestadores contratados para brindar servicios preferenciales". En el presente, destacó, los logros son fruto de una "máxima integración vertical, en un modelo integrado de salud, que tiende hacia un sistema multihospitalario".

Una de las claves para una gestión exitosa del Sanatorio, manifestó Díaz, es el uso eficiente de los recursos que, según detalló, "genera una eficiencia en recursos, que calculamos está en el orden del 30%". La posibilidad de contratar, por su parte, también es, según el doctor, muy importante en este proceso: "Nuestra posibilidad de contratar es importante; el Sanatorio tiene dos-

cientos siete camas pero pensamos que con este esquema de organización nos permitirá redundar en doscientas cincuenta". Pero el uso eficaz de los recursos no se detiene allí. También tiene importancia cuando se trata de índices de tratamiento y de internación. Según destacó Díaz, "de los pacientes que nos están llegando, vuelven a su casa más rápido cerca del 40%", gracias a procesos de internación de algunas horas que en la gestión privada serían imposibles. "Por ejemplo, a un paciente con un cólico renal, o a un paciente con una insuficiencia cardíaca aguda, se lo puede tratar en la unidad de rápido diagnóstico y resolver el problema y mandar-

lo a su casa. Eso es lo que estamos haciendo". Además, enfatizó, "el nivel de internación que tiene OSECAC hoy en función de las consultas ambulatorias, es 0.96. No hay sistema en la Argentina que tenga ese tan bajo nivel de internación."

También en el manejo de los tiempos hospitalarios el Sagrado Corazón promete grandes innovaciones: "Vamos a considerar las internaciones por hora, lo que permite organizar el quirófano para que rinda más de mil cirugías por mes; lo que tratamos de hacer es que no haya tiempos muertos", aseguró.

Se trata, en definitiva, del mejor y más eficiente uso de los recursos, lo que precisa, como afirmó Díaz, del modelo de gestión que caracterizará al Sanatorio: "Nosotros pertenecemos a una escuela de gestión que ha trabajado en otros ámbitos y que ha aprendido otras maneras de trabajar; tenemos que plasmar aquí toda esa formación porque estamos frente a una cuestión de eficiencia".

Por su parte, el Doctor Gabriel Lebersztein, gerente médico de OSECAC comentó la necesidad de integrarse que poseen las obras sociales sindicales: "Las obras sociales, sobre todo las que tienen salarios medios, necesitan tener estructuras propias e integrarse para poder acceder a un nivel aceptable de confort y de complejidad, para bajar los costos transferenciales, para poder brindar un sistema con mayor confort y con mejor satisfacción y mayor imagen de calidad para la gente". Al igual que Díaz, Lebersztein también enfatizó la im-

portancia de la gestión de los recursos y aseveró que "en lugar de tachar o disminuir la cantidad de prestaciones o la accesibilidad, tratamos de mejorarlas optimizando los días de internación, bajando el tiempo de estadía, evitando internaciones, acelerando internaciones domiciliarias; de esa forma podemos integrar más radicalmente."

También especificó detalles acerca de la población de OSECAC: "Los beneficiarios, dos millones seis mil, están distribuidos en todo el país: 50% en el área metropolitana, como ocurre en la mayor parte de las obras sociales nacionales, y el 50% en el resto del país". Indicó que la entidad ha crecido un 60 % en cantidad de beneficiarios, "pese a que fue la que más perdió beneficiarios con altos recursos, porque desregularon."

El doctor terminó destacando las áreas de atención de más importancia dentro de OSECAC: "Tenemos un buen sistema de atención ambulatoria, de primer nivel, y un destacado nivel de calidad médica de internación; por otro lado, tenemos una muy buena alta complejidad." Por último, se refirió a los objetivos que la entidad se ha planteado para el futuro y que ya comienzan a cumplirse con la inauguración del Sagrado Corazón: "Nuestra atención primaria, para la que acabamos de certificar normas de calidad y con la que ganamos premios de calidad, es muy buena en todo el país. Teníamos que mejorar el segundo nivel de atención, y éste es nuestro objetivo; éste es el primer paso". □



**Gabriel Lebersztein, Gerente Médico de OSECAC.**



## 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](http://www.smgseguros.com.ar)



# Metas a cumplir

*“Nada puede provenir de la nada”*

**Shakespeare**  
**El Rey Lear**

Por el Doctor Ignacio Katz

**L**os argentinos tenemos muchas tareas pendientes. Una de ellas, implica un desafío impostergable: la conformación de un sistema de salud. Desafío complejo, si los hay, ya que el presente sanitario argentino amerita a futuro, reajustar sus estrategias, su estructura y su cultura. Y esas modificaciones deben suceder tanto en el plano del accionar médico como en el de la asignación de recursos. ¿O es que pretendemos mantener el esquema actual de atención de la salud? ¿O que nuestra configuración sanitaria es equitativa, eficiente y efectiva?

Hay importantes sectores de la población que padecen los efectos de la distribución desigual de la riqueza. Y son esos mismos sectores que, justamente por su ubicación en la escala social, tienen más cantidad de necesidades insatisfechas. Sin embargo, los recursos utilizados para paliar sus desventajas no crecen como deberían.

La desigualdad social en el plano de la salud comienza ya con el escaso relevamiento de las necesidades de la población de menores recursos, y de la evaluación de las demandas a los sistemas de producción de servicios. Las distorsiones continúan luego en cuanto a internaciones, tratamiento, rehabilitación y demás áreas. Por lo tanto, la eficiencia en la gestión y en la reasignación de los recursos son piezas decisivas para comenzar a revertir décadas de atraso.

Pero mal podemos pensar en volver más eficiente el uso de los recursos existentes, sin una planificación estratégica que los oriente, sin una estructura armónica que vertebré las distintas partes del sistema, y sin un cambio cultural. Si analizamos los porcentajes presupuestarios dedicados a la prevención, la educación sanitaria, la curación y la rehabilitación, comprendemos por qué nos encontramos ante una ausencia de estrategia que lleva a destinar más dinero a curar enfermos, que a prevenir los males y a educar a la población.

En cuanto a la falta de una estructura armónica, la evidenciamos en la no correspondencia entre la atención primaria, las distintas instituciones de internación según niveles de complejidad, la ausencia de centros socio-sanitarios para asistencia prolongada, y la inexistencia de centros de emergencia de acuerdo con la distribución territorial y biodiversidad de la población, con los grados de vulnerabilidad que esta caracterización representa. Del mismo modo, observamos una carencia en la regu-

lación del flujo de pacientes en los distintos niveles, y fallas logísticas entre los diversos componentes de la configuración sanitaria nacional. Donde debe imperar el conocimiento, se deja la interacción librada a la espontaneidad.

Culturalmente en tanto, tienden a detectarse comportamientos que siguen una lógica de renta, más que de producción de servicios. En esta dimensión cultural encontramos también a usuarios con demandas aguijoneadas por medios de comunicación, y a médicos, con prácticas que van desde lo estéril hasta lo perjudicial, como también ordenar estudios complementarios superfluos, e indicar medicamentos innecesarios.

A estas pautas sobre la planificación estratégica, a la necesidad de una estructura y de un nuevo marco cultural, debemos agregar la imperiosa necesidad en desarrollar una red tecnológico-informática, clave para el control de un sistema complejo como el sanitario. Para conocer la atención médica, comprender y justificar los recursos científicos, técnicos y económicos que se necesitan en un nuevo marco, es imprescindible contar con una herramienta informática que integre todos los datos que produce el campo sanitario.

Claro que para controlar la información, también debe el paciente asumir un rol activo. En ese sentido, es importante establecer la entrega de la llamada “factura sombra”, en la que se detalle toda la información del servicio médico que se brinde. Esos datos permiten focalizar los gastos, transparentar los costos y comprometer al prestador con la puesta en marcha de un mecanismo informativo idóneo, como así también evaluar el grado de satisfacción de los usuarios.

¿Con qué nos encontramos, si “auscultamos” el modelo de atención en salud del país? Por un lado, tenemos un aspecto recaudatorio, conformado por rentas generales, contribuciones laborales y patronales, pago de cuotas y otros mecanismos de financiamiento, alejados de toda equidad.

Encontramos también una apuesta a la alta tecnología, sin que exista correlación evidente con el beneficio de sus resultados, ya que de éstos no hay registro sistemático. Esa obsesión por el último avance tecnológico, además, encarece las prestaciones. El uso acrítico de la tecnología devalúa cada vez más la observación detallada y la reflexión clínica, actitud básica en la búsqueda de la evidencia científica, desvirtuando la

esencia de la tarea médica. No debemos confundir racionalidad y reflexión con aplicación de tecnología.

Un aspecto trascendente detectado: prácticas de alto costo humano y en dinero, cuestionables desde un respaldo científico. ¿Ejemplos? Cesáreas, histerectomías, apendicectomías y otros tipos de prácticas, que se fomentan permanentemente. Tenemos además ausencia de prácticas preventivas, que generan un posterior aumento de los costos. Un caso paradigmático es la falta de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

Otro tema no menor a subrayar es el de los subsidios encubiertos como la cobertura de descuentos en medicamentos, en la que no existe intervención sobre las líneas de investigación y producción de la industria farmacéutica, para direccionarla hacia necesidades emergentes, como por ejemplo, la enfermedad de Chagas. Al mismo tiempo cabe señalar la falta de cobertura, en una proporción adecuada, sobre las patologías odontológicas.

Encontramos, además, falta de continuidad y monitoreo en los programas de atención. Y, finalmente, registramos dificultades en transformar las acciones llevadas a cabo durante la coyuntura, sin su correcto correlato dentro de un plan maestro de transformación de la condición sanitaria.

Un problema nodal, repetimos, es la falta de correlación entre la asignación de recursos y la eficiencia derivada de la gestión. Esta última obligaría a elaborar pautas de competencia y complementariedad como las que promueven los presupuestos por resultados. Tenemos ese nudo. Y además, un drama que mencionamos: el del creciente gasto en tecnología no necesaria, una

particularidad más del consumismo, producto del mercadeo médico.

Ante esa encrucijada, volvemos al desafío: lograr la equidad también en la recaudación, lo que implica la responsabilidad empresaria en general. Y que esa equidad se traduzca no sólo en alivio a quien padece los riesgos, sino también en una justa carga para quien provoca la vulnerabilidad.

Un ejemplo concreto para clarificar lo que proponemos: habiéndose detectado lluvias ácidas en Noruega y Dinamarca, y tras comprobar que éstas provenían de Inglaterra, es este país quien se hace responsable de los daños y perjuicios que ese tipo de precipitaciones había generado. Utilizando esta experiencia, podrían aplicarse similares criterios sobre aquellos sectores empresariales que, por el uso de determinados recursos, son responsables directos de malformaciones congénitas y patologías variadas. De más está decir que una política semejante implicaría analizar los comportamientos éticos de quienes provocan esas situaciones, de quienes deberían controlarlas o eliminarlas, y de quienes las ocultan.

Si ese desafío puede desarrollarse con éxito, podremos aspirar a tener como meta un acceso a un sistema sanitario oportuno, adecuado, equitativo, sostenible, bajo el concepto de justicia y dignidad humana. □

**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)**



En los niños con necesidades médicas complejas,  
las internaciones prolongadas  
pueden evitarse.

[www.cidpen.com.ar](http://www.cidpen.com.ar)  
[info@cidpen.com.ar](mailto:info@cidpen.com.ar)

**CIDPEN** S.R.L.  
Cuidados Interdisciplinarios Domiciliarios  
en Pediatría y Neonatología

Paseo 1060 3ro "C" - Ciudad Autónoma de Bs.As.  
Tel. Fax. 4308-4532





# Fundación Sanatorio Güemes

## Hospital Universitario

Entidad asociada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires



### Informes

F. Acuña de Figueroa 1240, Piso 20  
(C1180AAX) CABA  
(5411) 4959-8365  
[docencia@fsg.org.ar](mailto:docencia@fsg.org.ar)  
[www.fsg.org.ar](http://www.fsg.org.ar)



# CICLO LECTIVO 2011



La **Fundación Sanatorio Güemes** ha sido designada **Sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires** para el dictado de las siguientes actividades de posgrado:

## **Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud**

Director: Dr. Mario Lugones  
Subdirector: Cdr. Jorge Gutsztat

## **Carrera de Médico Especialista en Medicina Sanitaria**

Director: Dr. Mario Lugones  
Subdirector: Dr. Néstor Morgulis

## **Carrera de Médico Especialista en Medicina Interna**

Director: Dr. Pedro Del Río  
Subdirector: Dra. Beatriz Montico

## **Carrera de Médico Especialista en Cardiología**

Director: Dr. Alvaro Sosa Liprandi  
Subdirector: Dr. Eduardo Mele

## **Carrera de Médico Especialista en Pediatría**

Director: Dr. Jorge Selandari  
Subdirector: Dra. Roxana Strático

## **Carrera de Médico Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica**

Director: Dr. Jorge Selandari  
Subdirector: Dra. Graciela Rivello

## **Carrera de Médico Especialista en Neonatología**

Director: Dr. Eduardo Domínguez  
Subdirector: Dra. Emilce Álvarez

## **Carrera de Médico Especialista en Emergentología**

Director: Dr. Gustavo Tisminetzky  
Subdirector: Dra. Gabriela Pahissa

## **Carrera de Médico Especialista en Cirugía Plástica**

Director: Dr. Alejandro Beltrami  
Subdirector: Dr. Flavio Sturla



## Médicos Municipales: Protagonista de la defensa de la salud pública

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

**E**n todos los aspectos de la vida, es necesario saber mirar hacia el futuro y ser creativos para poder hacer frente a los distintos escenarios que nos tocan vivir. No podemos negar que la salud pública en la Ciudad de Buenos Aires atraviesa un complejo momento cuya superación requiere del trabajo de todos. Es ahí donde debemos empezar a recorrer el camino hacia una política pública de salud de Estado abarcativa y moderna.

La Asociación de Médicos Municipales siempre estuvo presente en aquellos hechos que tienen como objetivo mejorar el sistema y las condiciones y medio ambiente de trabajo de los médicos. Por lo tanto, consideramos que la apertura de una sede del Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud en el Hospital Durand, la presentación del proyecto del Complejo Hospitalario del Sur, el acuerdo histórico para cubrir los cargos vacantes de anestesiólogos, y la inauguración del sector de Cuidados Críticos y Progresivos del Hospital Durand son hechos relevantes que no podemos dejar de remarcar. En primer lugar porque apuntan a mejorar la calidad de atención al paciente y resuelven situaciones sensibles del sistema; y en segundo lugar porque la AMM y los médicos han jugado un rol esencial en cada uno de ellos. Luego del gran crecimiento que logramos en el Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud, interpretamos que era el momento de descentralizarlo y tener una presencia más fuerte en los hospitales. La apertura de la primera sede del instituto en el Durand es el resultado del compromiso del Comité Ejecutivo y de los médicos de ese hospital y hará posible la capacitación de los colegas en su lugar de trabajo. En su inauguración, representantes del ministerio de Salud del GCBA comprometieron el auspicio para la flamante oferta académica de la sede.

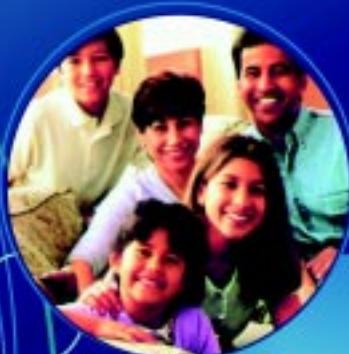
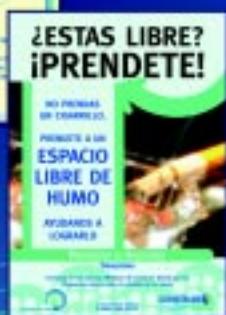
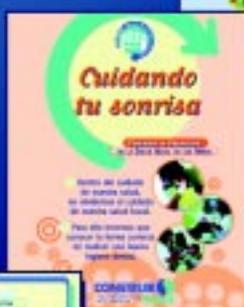
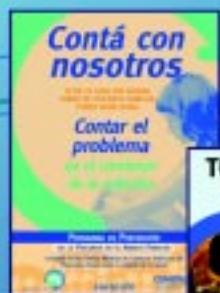
Otro hecho que constituye un avance en el área de la salud pública es la presentación del Complejo Hospitalario del Sur, que incluye el traslado a nuevos edificios de los hospitales María Ferrer, Bonorino Udaondo y Muñiz, que se construirán en el predio de este último. Como siempre, ante situaciones como ésta, aparecieron voces agoreras que intentaron instalar en la opinión pública la idea de que los hospitales iban a ser cerrados, cuando en verdad no existe nada más alejado de la realidad. El acta firmada en el punto dos es muy clara: "constituyendo el Complejo Hospitalario del Sur Muñiz-Udaondo-Ferrer. Compuesto por cada uno de los Centros Hospitalarios, manteniendo su nombre histórico, el perfil de la especialidad, y la Dirección, y modernizando su organización independiente para cada centro hospitalario". A su vez el punto tres asegura: "los hospitales Muñiz, Udaondo y

Ferrer se mantendrán operativos con el mantenimiento y los recursos necesarios, hasta el momento de la finalización de los nuevos hospitales en el predio del Hospital Muñiz". De esta forma queda claro cómo y cuál es el período de transición de estos hospitales, que no perderán su identidad y que solo dejarán de funcionar en los viejos edificios el día que sean reemplazados, llave en mano, por nuevas construcciones. A eso debemos sumar que la AMM no permitirá, bajo ninguna circunstancia, el cierre de ningún hospital.

Por otra parte, el acuerdo entre el Ministerio de Salud, la AMM y la AAARBA, con el fin de cubrir los cargos pendientes de anestesiólogos constituye un hecho histórico y una solución creativa para recuperar un recurso humano tan valioso y de crítica necesidad. Incluye entre otros puntos, un llamado a concurso abierto para todos los cargos de estructura no cubiertos; la concreción de todos los trámites pendientes de nombramientos de profesionales; y la inclusión en los planteles hospitalarios de los médicos que completaron su residencia de anestesia por el mismo tiempo que duró su capacitación, de esta manera, el médico devolverá al hospital público lo que éste le brindó. También contempla la determinación y cobertura de las nuevas vacantes, la concreción de los nombramientos de 15 horas y la creación de una comisión tripartita para el seguimiento de estas medidas y el cumplimiento de las normas vigentes para las guardias y los servicios de anestesia. A pesar de las objeciones y dudas de muchos acerca de la posibilidad de realización de tales objetivos, la salud pública estuvo, finalmente, por encima de todo.

Otro suceso para remarcar es la inauguración en el Hospital Durand del sector de Cuidados Críticos y Progresivos. Se trata de una obra proyectada en la década de 1970, que luego de la lucha de los médicos municipales y la decisión del Estado pudo terminarse. Las nuevas instalaciones tienen camas para pacientes adultos y pediátricos y tecnología de última generación. Por esta razón, al debatir sobre la salud pública queremos dejar en claro que vamos a seguir trabajando para que obras como éstas se repitan y no sean solo una gota en el mar; porque sabemos que debemos proyectar hacia el futuro y continuar siendo partícipes en los sucesos trascendentes que revitalizan el sistema de salud. Esta asociación no se conforma con lo retórico, sino que es a través del protagonismo que apunta a mejorar la salud pública. Como siempre, desde la AMM acompañaremos las medidas acertadas, estaremos alertas para que sean cumplidas y objetaremos las desacertadas, eso sí, siempre en defensa del médico y de un sistema de salud público universal, equitativo y de excelencia. □

# 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](http://www.construirsalud.com.ar)



# Crecimiento y nuevos desafíos



**- Están celebrando su aniversario número treinta. ¿Qué significa esto para Universal Assistance?**

- La verdad es que es muy importante para nosotros celebrar treinta años de permanencia en el mercado y estar siempre posicionados entre las principales marcas de la asistencia, tanto al viajero como en el resto de los mercados de hogar, vehículo y call center. Lo festejamos con el eslogan "Celebrando la vida" y estamos desarrollando múltiples actividades, tratando de reforzar la marca en todos sus aspectos: actividades conjuntas con clientes, promociones en toda la región, lo vivimos con mucho entusiasmo.

**- ¿Ha cambiado el mercado de la asistencia después de la pandemia de la Gripe A?**

- Hay bastante más conciencia. Creo que el tema de la Gripe A marcó un momento de inflexión. A lo mejor también sucedió con otros hechos en distintas épocas, pero la Gripe A fue realmente muy fuerte porque, también, no sólo atacó a la Argentina sino a toda la región y al mundo. Esto creó una mayor conciencia de lo que significa viajar protegido, no sólo a nivel de las empresas, que en la parte corporativa son nuestros partners, sino también a nivel individual, con el usuario final.

**- Desde ese momento de crisis en el que el mercado se redujo, ¿ha habido crecimiento?**

- Sí. En realidad nuestra empresa siempre tuvo un crecimiento sostenido y la curva ha sido ascendente en cuanto a crecimiento. Y este año, pensábamos que nos iba a afectar la crisis económica -EE.UU., - / Unión Europea - mantuvimos el crecimiento por la toma de conciencia que generó el tema de la Gripe A. También las crisis hacen que el viajero evalúe un poco más el tener una cobertura y no pasar por sobresaltos ante algún incidente médico.

Todos los costos son muchísimos más altos y las empresas van tomando conciencia de que, en el caso de las corporaciones, es mejor que sus empleados viajen con cobertura. Lo mismo ocurre con las empresas de medicina prepaga y con nuestros demás clientes: todos van tomando conciencia de que es preferible que sus afiliados se manejen con cobertura.

**- ¿Y en el segmento salud están desarrollando nuevos productos?**

- En salud el mercado conoce muy bien nuestro producto. Está bastante instalado, lo cual también nos abre desafíos porque las empresas, en su gran mayoría, tienen incorporado el servicio, en distintas modalidades (inclusión general, parcial y venta a demanda) y con

**En un reportaje con Revista Médicos, Carlos Civile, Director Comercial Corporativo de Universal Assistance, describió las nuevas inversiones y servicios de la compañía, a la vez que evaluó la situación del sector y describió el panorama futuro.**

distintas formas de comercialización. Una importantísima parte del mercado ya tiene este producto incorporado. También hay un incremento de viajeros hacia Europa y hoy la mayoría de los países de la Unión Europea exigen una cobertura de treinta mil euros (según el Tratado Schengen) y este es un producto que excede al clásico, que está entre los diez o doce mil dólares de cobertura para todo el mundo, ha hecho que las empresas de medicina prepaga en general prefieran esa cobertura. En muchos casos, a través de una venta individual; hay un creciente mercado de inclusión de ese tipo de producto.

**- ¿En qué otros proyectos se encuentra abocada Universal Assistance?**

- A nivel global, estamos enfocados en el tema de sistemas: seguimos avanzando en la implementación del sistema de Oracle. Realmente es una inversión muy importante, pero nos va a traer muchísimos beneficios en cuanto a la operatoria: incorporar rapidez en la atención nos va a permitir tener en el dossier o historia clínica de cada atención que llevamos, archivos con autorizaciones e informes médicos que facilitan el trabajo de operadores y cuerpo médico. Realmente eso nos va a marcar un salto de calidad importante y diferencial en el mercado. Se va a ir implementando por etapas y estamos comenzando ahora, con algunas fases clave, así que suponemos que durante principios del 2011, después de la temporada, vamos estar implementándolo en un 100%.

**- ¿Han reforzado la presencia de la marca con acciones por su 30° Aniversario?**

- Sí. Realmente hemos posicionado mucho la marca. Ya veníamos



realizando acciones en señales de TV importantes y acompañando a deportistas nacionales. Pero este año, en el marco del 30º aniversario, realizamos una fuerte campaña en las principales cadenas de TV de deportes, y reafirmamos nuestro compromiso con el deporte argentino, a través de acuerdos con distintas asociaciones de deportes nacionales, como es el caso de la Asociación Argentina de Tenis (AAT) y la Confederación Argentina de Básquetbol (CABB). Además, como novedad, estamos presentes en la avenida 9 de Julio con un gran cartel. Por otra parte, seguimos trabajando junto a los clientes, invitándolos y haciéndolos partícipes de eventos y actividades.

**- En relación a las inversiones, ¿Inauguraron nuevas oficinas en el aeropuerto?**

- Hicimos una nueva oficina en el aeropuerto, bastante centralizada, que no sólo nos da imagen sino que también significa un apoyo a todos los viajeros porque, si bien normalmente uno programa con alguna anticipación, también hay casos en que la urgencia hace que tener una boca de expendio, una oficina de asesoramiento, sea muy importante para el viajero, para resolver los temas de último momento. Ya teníamos algunas posiciones, pero incorporamos una oficina mucho más cómoda y ubicada en el hall central.

**- En referencia a la temporada 2011, ¿Cómo se están preparando?**

- Además de la parte que ya comentamos de sistemas, estamos con un amplio plan de capacitación, tanto para el equipo que ya está formado como también para seguir puntualizando la calidad de atención para los nuevos ingresantes que sin duda vamos a tener, pre-



viendo el crecimiento de asistencias en esta temporada. Y junto con eso, mantenemos la capacitación permanente que tenemos que tener por certificación de la norma ISO: todos los años nuestra entidad certificadora nos viene a auditar y este fin de año volvemos a tener la visita de sus auditores.

**- ¿Qué significa para Universal Assistance tener las certificaciones ISO?**

- Es muy importante. Esto es un servicio y, de alguna manera, la tangibilidad se da con este tipo de hechos. Se da, por supuesto, cuando uno presta el servicio y también con este tipo de certificaciones, que avalan la excelencia de la prestación. Tenemos certificaciones internacionales, independientes; la auditoría es muy exhaustiva y está focalizada al servicio. Esto no es una auditoría ni contable ni técnica sino totalmente enfocada al servicio y con el criterio de mejora continua. Es decir que cada año que vas teniendo una certificación, la

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.codigopublicidad.com.ar](http://www.codigopublicidad.com.ar)



certificadora te desafía a cumplir con los objetivos que te vas planteando. Y eso es un poco lo que se viene a auditar: si hay una mejora continua en el transcurso del tiempo.

**- ¿La empresa tiene un importante rol en el tema de responsabilidad social empresarial?**

- Sí. Las acciones solidarias se iniciaron hace varios años a raíz del compromiso que la presidencia de la compañía tiene con la comunidad. Pero en este último tiempo, se decidió que las acciones se canalizaran a través de la empresa, como una forma de incluir y compartir las actividades con los empleados, y también hacer partícipes a nuestros clientes. Tal es el caso de la reciente entrega de juguetes en el Hospital Garrahan, el hospital Gutiérrez y el Hogar Heraldo Paz, que se realizó junto a clientes, o la inauguración del aula Universal Assistance en la Obra del Padre Mario Pantaleo, una ONG que apadrinamos hace más de dos años.

**- ¿Implementaron un nuevo servicio llamado Open Air?**

- Sí, hemos incorporado un avión para traslados, que está equipado con toda la tecnología para hacer cualquier tipo de traslados de alta complejidad. Es un avión Jet, pensado para ciertos aspectos de nuestro servicio sanitario pero también, como tenemos una cartera muy importante de clientes, para ser adaptado fácilmente a un transporte ejecutivo. Es realmente una incorporación importante porque creemos que hay mucho mercado en el traslado sanitario, y nuestra empresa tiene una demanda importante de ese tipo. Este avión nos permite tener autonomía para llegar a Uruguay, Paraguay y Brasil (por lo menos hasta San Pablo o Río). Es decir que va a ser una herramienta muy importante. Además, lo ofrecemos no sólo en nuestros servicios, sino en forma individual al mercado, que en muchos casos también vemos que tiene esa demanda y, ya que confían en nosotros en la asistencia, seguramente confiarán en este servicio también.



**- ¿Qué otro tipo de asistencia están ofreciendo?**

- En primer lugar, el producto clásico de asistencia médica al viajero, en todas sus modalidades, con sus distintos topes y características: nacionales, regionales e internacionales. Tenemos los productos de hogar que, básicamente, cubren los pequeños imprevistos que surgen en los hogares en relación a la electricidad y al gas, a la cerrajería y a la vidriería. Por otra parte, ofrecemos asistencia al vehículo desde el kilómetro cero, desde la puerta de tu casa hasta la cantidad de kilómetros estipulada como tope en cada producto. Incluye cobertura de traslado o asistencia mecánica en el lugar. Tenemos también el servicio del call center, en el cual realizamos atención a clientes fuera de sus horarios habituales. Además, tenemos una división que está comenzando a prestar servicios a empresas de ART fuera de horarios habituales: denuncias y coordinación de asistencias.

**- ¿Esto tiene que ver con la fidelización del cliente, no?**

- Claro, fidelizar y añadir al servicio valor agregado.

Apuntamos a poder ofrecer a la cantidad enorme de clientes que tenemos toda la inversión que estamos haciendo en sistemas. Hoy es muy importante tener todos los datos de los afiliados actualizados: incorporar mails, celulares, para tener una comunicación más fluida. Esa es la base, por ejemplo, de una de las campañas que estamos haciendo: actualización de datos. También realizamos encuestas de satisfacción, por supuesto, porque la competencia lleva a que nuestros clientes quieren saber si sus afiliados se encuentran bien atendidos o satisfechos con los servicios que se está brindando. Es parte del éxito de nuestro servicio. Hemos tenido devoluciones de compañías que, dentro de sus encuestas de servicios, han puesto el ítem de asistencia al viajero y hemos obtenido una buena calificación.

**- ¿Cómo manejan la relación con los prestadores? Porque es un tema complejo, ¿no?**

- Sí. En realidad, la relación con los prestadores, en muchos casos, se da a través de visitas permanentes. Por supuesto, todo esto tiene que ver con un tema de volumen. Hay zonas en las que tenemos mucho volumen, entonces el contacto es bastante continuo. Por supuesto que la tecnología nos ayuda en esos lugares donde las atenciones son poco frecuentes. Como hemos crecido en el mercado, nuestra presencia en los medios hace que el prestador identifique a Universal Assistance y la relación sea más fácil. También, de alguna forma, dentro de lo que es las Normas ISO, tenemos calificación de calidad de los prestadores; eso significa que permanentemente sabemos no sólo su calidad de atención, sino qué tecnología están incorporando y los servicios que tienen; así que la relación es muy fluida.

**- Sí, porque es un punto delicado en la relación con el cliente final, ¿no es así?**

- Sí, es muy delicado, porque en el exterior las diferencias son notorias, el sistema es distinto. Por ejemplo, en algunos lugares es muy difícil contar con médicos a domicilio. Es bastante poco frecuente. El médico espera en su consultorio o hay que recurrir a un sanatorio o a una clínica directamente. A veces el viajero argentino piensa que va a llegar, como ocurre acá, su médico al domicilio y a veces es difícil hacerle entender que no todos los sistemas en todos los países son similares.

**- Un último concepto: ¿Cómo ve el futuro del mercado de asistencia al viajero?**

- En cuanto a los negocios, creo que todos tenemos perspectivas para crecer. El posicionamiento es fuerte; nosotros tenemos el respaldo de los treinta años y, además una presencia sostenida, ya que no tuvimos altibajos, como ocurre con las empresas que tienen sus casas centrales en otros países y que ven a la Argentina o a la región como un punto más y toman decisiones en ese sentido. Cualquier empresa que contrate nuestros servicios sabe que detrás de ellos hay realmente una empresa sólida, con trayectoria, con treinta años de permanencia en el mercado, siempre dando una alta calidad de atención y compromiso. □

# Hemoglobina Glicosilada\*

## Método HPLC Estandarizado



Medir la glucemia en un solo momento del día es como una foto.



Como si fuera una película, la hemoglobina glicosilada permite conocer el valor promedio de la Glucemia de los últimos tres a cuatro meses.

\*Determinación avalada por organismos internacionales para el diagnóstico de diabetes y la identificación de la pre-diabetes ([www.diabetes.org](http://www.diabetes.org)).

Herramienta segura y precisa para el control de la diabetes, indispensable para la toma de decisiones y la efectividad del tratamiento a largo plazo.

Laboratorio Hidalgo cuenta con el método de referencia de Hemoglobina Glicosilada, Cromatografía Líquida de Alta Performance (HPLC), con el certificado del Programa Nacional de Estandarización de Hemoglobina Glicosilada de los Estados Unidos.



LABORATORIO  
**HIDALGO**  
Análisis Clínicos

Ladislao Martínez 43 | Martínez (B1640EYA) | Buenos Aires | Argentina  
Tel: **011 4898-5300** | Fax: **011 4898-5392**  
[info@laboratoriohidalgo.com](mailto:info@laboratoriohidalgo.com) | [www.laboratoriohidalgo.com](http://www.laboratoriohidalgo.com)



## 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 (C3005 AAD)  
0 800 999 1656 - [www.ospat.com.ar](http://www.ospat.com.ar)



**OSPAT**  
Obra Social del Personal  
de la Actividad del Turf



# ¿Amanecerá mañana? (\*)

Por el Dr. Rodolfo Alberto Vincent (\*\*)

**E**n Psicología Social especializada en Empresas, Ulloa recomendaba que cuando uno no entiende el origen de los problemas de una entidad, empresa o sistema, debe buscarlos en su código genético, el acto de gestación y sus fundadores. Veamos este enfoque, que añadiremos a los dos anteriores.

El Sistema abordado asienta en características construidas en el contexto político, social y económico que recorrió el país en su historia. Estratos de una arqueología constituida por creencias, conductas y producciones de cada época se expresan aún hoy. El Protomedicato virreinal invariablemente estafó remuneraciones a los médicos que designaba, conducta expresada hoy por la proletarización médica, así como la ideología de beneficencia subyace en la mayoría de las propuestas, porque así fue en el origen.

De igual modo la desvalorización de la enfermería, la segmentación en una medicina de pobres y otra de pudientes, la enfermedad como Mal que exige la separación social y aun la exclusión, y una burocracia de raíces virreinales que mucho ha variado en las formas y apariencias, pero muy poco en sus esencias irracionales y denegatorias.

La Organización Nacional acabó siendo Federal. 24 Provincias son hoy 24 jurisdicciones en Salud, también en educación y policía. Y fue violenta.

Los juegos de poder han sido brutales, con exclusión del adversario político de las Cátedras, Servicios, Jefaturas, funciones y Gobierno, naturalmente.

Nuestro Ministro de Salud más reconocido, Dr. Ramón Carrillo, murió por tuberculosis en la más extrema pobreza exiliado en Brasil, en 1956, luego del derrocamiento del Gobierno constitucional del Gral. Perón.

Quienes ejercen la violencia no discriminan. El Dr. Arturo Oñativia, el otro Ministro de Salud más reconocido, fue expulsado de su Instituto de la Nutrición y de su Cátedra cuando procuraba rehacerse en su provincia natal, Salta, del derrocamiento del Gobierno del Dr. Arturo Illia, radical. Murió en el exilio interno, pobre y enfermo.

La mayoría de las Obras Sociales fueron creadas por Perón para los sindicatos. En 1985 fueron factor de resistencia al Seguro Nacional de Salud postulado por el Dr. Aldo Neri siendo Ministro de Salud, porque no aceptaron perder el control y el manejo sobre los ingresos, que recibieron a través de la ley 18.610 de la dictadura militar que derrocó al gobierno del Dr. Illia, y que, entre otras cosas, pagó campañas políticas y lo hace hasta el presente, por lo que hará

falta decisión política, voluntad ciudadana y vocación sindical para reencauzar esta estructura en lo que corresponde, en tanto se la reafirma sin renuncia ni demérito alguno en su carácter de conquista social.

El uso del Estado como una propiedad del partido gobernante ha sido una constante con raras excepciones, y por tanto las reformas del Sector Salud en todas sus generaciones fueron y son influidas por estos factores, a los que pueden agregarse un rápido desarrollo de prestadores privados dependientes de la contratación de fondos sociales o públicos puros desde los 50 y 60 hasta hoy, concomitante con una pauperización del sistema prestador público, ambos agravados en los 90 por el empuje neoliberal.

El estamento profesional se organizó en Colegios y Asociaciones Gremiales. Inicialmente hicieron contratos para proteger los honorarios. Luego los negociaron. Finalmente queda cautiva una masa de profesionales que deben estar afiliados para poder trabajar con esos contratos por los valores que se negocien. Las carreras profesionales fueron discutidas por estas entidades con las autoridades. Hoy los Hospitales trabajan mayoritariamente de mañana, Radiología atiende unas seis horas por día, y los Servicios de Guardia con frecuencia atienden lo que debiera ser ambulatorio.

Los prestadores privados crecen y se equipan por rentabilidad y no por necesidad -con excepciones raras y loables, claro está-. Ni públicos ni privados realizan acreditación, salvo unos muy pocos. Y los profesionales en general no recertifican. Cada actor protege sus privilegios. Estos trazos tal vez sean suficientes para esbozar el dibujo que subyace en la matriz aparente del cuadro formal a modificar, origen de las resistencias a las reformas en salud.

Volvamos a la superficie con un cuarto enfoque de análisis cuasi FODA, resumiendo los anteriores. Expondremos las que para nosotros son debilidades del sistema y en el cuarto y último artículo revisaremos las fortalezas y posibles componentes de una reforma. Veamos entonces tales debilidades.

La mayoría de la dirigencia pública y privada del Sector Enfermedad taponan el crecimiento, desarrollo, y maduración del Sector Salud, como daño colateral de su lógica ideológica, normativa y comercial. Resiste cualquier cambio y no integra un enfoque de equidad social en su planificación de objetivos. Y no son los profesionales/trabajadores del sector ni sus usuarios, sino sus dirigencias antediluvianas, esclerosadas, cerradas en esquemas comerciales de rapiña, felices de lograr el 100% de 10, sin asociarse o abrirse

comunitariamente a esquemas que le brinden el 50% de 100, con lo que ganarían 5 veces más, pero no satisfarían su ansia predatoria de selección antinatural de otros humanos como presas y rehenes de la imposición de su voluntad. En el fondo, niños caprichosos carentes de afecto, pero dañinos para los demás y para sí mismos. Necesitarían asistencia psicológica, pero están a salvo: la red de atención psicológica y los planes de prevención en salud mental han sido prolijamente desmontados, bastardeados, ridiculizados y estigmatizados, aunque los administradores sepan que su ausencia genera la mitad del gasto en enfermedad por violencia social, laboral, familiar, adicciones, enfermedades venéreas y accidentes de tránsito derivados de esas violencias.

En esta lógica, el Sistema acumula diagnósticos, acciones y no procesos, consignas, eslóganes, arengas y diatribas, todo lo cual contribuye a su anestesia por acostumbramiento y su parálisis madurativa por simple desuso.

Realidades y soluciones son "utópicas", poca o ninguna opinión reconoce hechos, valores o realizaciones del otro, que son frecuentemente denigratorias: no puedo ser como vos, así que te denigro para que te parezcas a lo que yo pienso de mí mismo. Otro juego psicológico dañino. Destruye a los mejores, apela al "silencio es salud" y al "actuemos como sí para la galería y la gilada, y sigamos igual", con lo que la sociedad enfrenta un muro de razones impenetrables, donde a falta de racionalidad se aplican racionamientos amputatorios que la sociedad en su aturdimiento no alcanza a discernir. Es lo que Cervantes hacía decir al Quijote: "razones de la sinrazón que mi razón no alcanza".

Así las estructuras portantes del Sistema están cribadas de abscesos y fracturas ocultas e inadvertidas que lo debilitan y son contraproductivas en el sentido comunitario de Iván Ilych (un sacerdote católico que trabajó toda su vida en compromiso social y Doctrina Social de la Iglesia, en México).

La Nación (Sociedad, Dirigentes Sociales) en anomia, no marca rumbos ni objetivos al Estado ni a la República (Ejecutivo, Legislativo, Judicial, Poderes permanentes eclesiales, empresarios), que postulan así un ejercicio demagógico de derechos sin deberes.

La hipocresía estructural lleva a abusos denegatorios, respondidos por abusos de demanda recíprocos, mediante la judicialización. Generada por voluntad lucrativa o ignorancia la injusticia y su consecuente inequidad, quienes quisieran otra cosa y son minoría quedan en estado de impotencia.

La ignorancia es uno de los asesinos del sistema, con sus consecuentes brechas tecnológicas, educativas y valóricas, y la anestesia del "siempre amanecerá mañana". Es cierto, amanecerá. Será un amanecer con más pérdida de libertades, independencia, justicia, equidad y valores, pero si sólo importa el amanecer, cualquiera sea su calidad, entonces estén tranquilos: amanecerá mañana. □

\* Tercera 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 2011

### Maestría en Farmacopolíticas

Proyecto N° 10.403/09 aprobado por CONEAU

### Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria

Res. 584/09 M.E.

### Maestría en Gestión de Salud Ambiental

Res. 1853/2008 ME.

### Maestría y Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Moest. CONEAU Res. 474/09 Cat. B II Esp. CONEAU Res. 483/09 Cat. B

### Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Moest. CONEAU Res. 473/09 Cat. B II Esp. CONEAU Res. 484/09 Cat. B

### Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

CONEAU Res. N° 88/02

### Especialización en Auditoría de Atención de la Salud

Acreditada por Res. 02/09 M.E.

### Especialización en Medicina Legal

CONEAU Res. 208/07

### Especialización en Administración Hospitalaria

CONEAU Res. 472/06

### Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad

CONEAU Res. 474/06

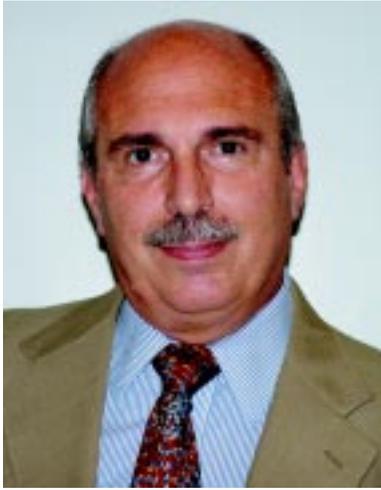
Informes e inscripción

**5239-4000**

informes@isalud.edu.ar

www.isalud.edu.ar





# ABC de la responsabilidad médica

Por el Dr Horacio E. Canto,  
Gerente de Administración de Riesgo, SMG Seguros

La responsabilidad médica, si bien es un tema frecuente de conversación entre los profesionales del derecho y de la salud en los últimos años, debería ser analizada por estos últimos tratando de puntualizar las acciones que la forjan, con el propósito de cumplir acabadamente con los principios y metas de la misma.

Como integrante del equipo médico que integra SMG Seguros he dado en muchas oportunidades charlas sobre responsabilidad profesional médica.

En cada una de esas oportunidades al revisar el material a utilizar me he enfrentado al cuadro adjunto, que sumariza las referidas acciones que conforman esa responsabilidad profesional, y me he preguntado cada vez, cómo lo recepcionará el auditorio de médicos presentes, por lo básico y la simpleza de sus conceptos.

No obstante en cada disertación nueva me convenzo de la gran importancia de expresar en palabras dichos puntos, por la importancia que ellos tienen para nuestra práctica asistencial.

## ABC de la responsabilidad médica

- Documentar hechos de la forma más clara y objetiva posible.
- Obtener evidencias para apoyar hechos.
- Investigar causas.
- Apuntar siempre a la prevención.
- El conocimiento debe ser compartido.
- Hacer un esfuerzo para leer debajo de lo obvio.
- El culpable oculta la verdad acerca de un error.
- Un error es nuestra chance de ver las debilidades de nuestro sistema.
- Aprender de los errores ajenos beneficia a todos.
- Las culturas deben cambiar.
- Nada cambiará hasta que nosotros lo cambiemos.
- Preguntar hasta que no queden más ¿por qué?
- ¿por qué? ¿por qué? ¿por qué? es igual a la raíz del problema.
- Valorar la perspectiva del paciente, aunque creamos tener razón.
- Comprometernos con el paciente y el equipo de salud.

## Sólo Nosotros Podemos Hacer la Diferencia

Desarrollaremos brevemente los ítems consignados:  
Documentar hechos de la forma más clara y objetiva

posible, resulta fundamental al confeccionar una documentación médica, (historia clínica), que lo consignado en la misma sea objetivo y atinente exclusivamente al paciente y su cuidado. Debemos ser muy cuidadosos en no volcar en dicha documentación comentarios que no hagan estrictamente a ello, salvo que fundamentadamente se pueda interpretar algún tipo de relación con la patología que padece nuestro paciente.

El profesional de la salud debe tener siempre muy presente que el objetivo básico de un registro médico es informar a cualquiera que acceda al mismo, sobre el cuadro que presenta el paciente, las alternativas diagnósticas y terapéuticas pensadas, y la evolución en base a las mismas.

Obtener evidencias para apoyar hechos y justificar las decisiones tomadas, resulta trascendente, debiendo jerarquizar los hechos surgidos en un interrogatorio, (anamnesis), con evidencias que tornen confiable los datos obtenidos.

Es indiscutible que pueden surgir antecedentes de distinto tipo e importancia al interrogar a un paciente, no obstante no todos serán válidos y relacionados al cuadro del enfermo.

Es por ello que reviste gran interés investigar las causas que pudieron llevar a la expresión de los distintos hechos surgidos.

Como elemento esencial se debe apuntar siempre a la prevención, ya que todas las medidas preventivas, sin lugar a dudas redundarán en beneficios a mediano y largo plazo.

En todos los aspectos de la práctica médica, solamente por no ser la medicina una ciencia exacta, y además una disciplina aplicada por seres humanos sobre seres humanos, puede ser falible, pudiendo acontecer en ocasiones tanto resultados no previsibles, como errores.

Es por ello muy importante, que tanto aquellas acciones que redunden en resultados ya sea positivos o negativos y que nos dejen alguna enseñanza, deben ser compartidas, para que otro profesional que viva una situación similar pueda sacar provecho de experiencias previas, ya que ello indiscutiblemente jugará en beneficio de los pacientes.

En nuestra práctica médica, en muchísimas ocasiones, los cuadros a los que nos enfrentamos parecen muy simples. Ahora bien es justamente la complejidad del ser humano y sus diferentes formas de reacción,

lo que tiene que obligarnos a hacer un esfuerzo para leer debajo de lo obvio, tratando de no ser simplistas y automáticos, ya que como señalé, un paciente puede expresar lo mismo de muchas maneras diferentes.

Por otro lado es muy frecuente que el culpable tienda a ocultar la verdad acerca de un error, no permitiendo con ello que el resto de la sociedad médica pueda aprender de los errores ajenos, beneficiándonos todos, profesionales y pacientes.

Indiscutiblemente un error es nuestra chance de ver las debilidades de nuestro sistema, permitiéndonos instrumentar las medidas tendientes a evitar o minimizar su repetición. Es por ello que las culturas deben cambiar, ya que no está arraigado en nuestra sociedad el concepto que ser responsable de un hecho no es siempre sinónimo de culpabilidad, pudiendo un error nuestro servir a múltiples colegas en el futuro al tomar conocimiento de la situación vivida, es decir, aprender a partir del error creando una Cultura de la Seguridad tanto del paciente como del equipo de salud.

Es histórico en nuestro medio el criterio que "levantar la mano es exponerse a que nos la corten", de ahí la importancia de modificar el mismo, instaurando el concepto que - estimular a reconocer errores no es con fines punitivos, sino preventivos, y en beneficio de todos, comprendiendo que el error es el eslabón final de un proceso donde suele haber más de una falla, y que sólo el análisis sistémico de este proceso nos permitirá evitar la reiteración del mismo.

Ahora, si bien lo señalado es a mi juicio muy importante, nada cambiará hasta que nosotros lo hagamos. Es por ello que estoy convencido que los programas de prevención de riesgos en el área de la

salud son esenciales con el propósito de disminuir los errores.

Siempre que acontezca un hecho no deseado en la práctica de nuestra profesión, resulta trascendente llegar al fondo del problema, por lo que -hay que preguntar hasta que no queden más ¿por qué?, ya que ¿por qué? ¿por qué? ¿por qué?, es igual a la raíz del problema-, lo que nos permitirá sacar provecho de un evento adverso acontecido.

Finalmente es también importante que los médicos valoremos siempre la perspectiva de nuestros pacientes, aunque creamos tener razón, ya que debemos tener presente que pese a que el problema que los aqueje no sea de gran trascendencia, genera en los mismos preocupación en mayor o menor medida, derivando en conductas a veces razonables y otras no.

Debemos comprometernos no sólo con nuestros pacientes y su familia, demostrándoles compromiso e interés en solucionar sus problemas, sino también con el resto del equipo de salud, sobre un accionar basado en principios éticos y de respeto mutuo. Debiendo medir nuestras palabras al estar interactuando más de un profesional, ya que ellas, en la mayoría de los casos, tienen gran importancia para nuestros enfermos.

Todo lo desarrollado, a mi juicio, como señalé al comienzo, puede parecer banal por su obviedad y simpleza, no obstante en los días que corren, desde el punto de vista de la responsabilidad médica adquiere una gran significación, debiendo dejar bien en claro que el hecho solamente de recordarlo no alcanza, sino que debemos practicarlo efectivamente, ya que Sólo Nosotros Podemos Hacer la Diferencia. □

**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 completas 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.

**VENTA Y ALQUILER DE EQUIPAMIENTO**

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





# ¿Por qué hace falta reformar al sistema de salud?

Por el Dr. Federico Tobar

En un evento reciente que inauguró un espacio para el debate sectorial, el profesor George B. Moseley de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, nos instigaba a que los argentinos demostráramos con cifras por qué necesitamos reformar nuestro sistema de salud <sup>(1)</sup>. La provocación es relevante e incluso algo humillante porque evidencia la precariedad de nuestros sistemas de información. Sin embargo, no todo se ha destruido y podemos aportar algunas evidencias respecto a que tenemos problemas sistémicos. Aquí van algunas:

1. Aunque la Mortalidad infantil está en baja, las brechas entre las provincias se mantienen. En el año 2003, la Tasa nacional de Mortalidad Infantil había sido del 16,5 por mil y en el 2009 llegó al 12,1 por mil. Sin embargo, las diferencias entre las provincias que detentan los mejores y peores resultados no se han reducido. Hace una década (en 1998) la provincia de Chaco detentaba una Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) del 22,9 cada mil nacidos vivos, mientras que Tierra del Fuego registraba 11,9, esto es una brecha del orden del 63%. En el último reporte (2009) la provincia de Formosa presenta una TMI de 22,9 por mil nacidos vivos, mientras que en la ciudad Autónoma de Buenos Aires se redujo a 8,4.<sup>(2)</sup>
2. Un 34,1% de los menores de 2 años y 30,5% de las mujeres embarazadas, tienen anemia por déficit de hierro. Según lo registra la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), realizada en los años 2004 y 2005, con representatividad nacional, regional y provincial.
3. Sólo un 38,5% de las mujeres realizaron el primer control del embarazo durante el primer trimestre de gestación en el año 2007. Según datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), sobre un total de 156.761 partos registrados en el sistema en el año 2007. Esto, entre otros factores, explica el porqué la Tasa de Mortalidad Materna se mantuvo elevada, con oscilaciones anuales entre 4 y 4,8 por diez mil nacidos vivos en el período 2004-2007.
4. La mortalidad muestra diferencias importantes cuando se la analiza por provincia. Para 2008, la tasa de mortalidad ajustada por edad es de 5.75 por 1.000 habitantes para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (6.45 para hombres y 5.30 para mujeres), mientras que para Chaco alcanza el 8.65 (9.29 para hombres y 7.88 para mujeres)<sup>(3)</sup>.
5. Ricos y pobres mueren por diferentes causas. Los perfiles de mortalidad varían entre los estratos de pobreza de las provincias. En los estratos de menor

privación (I y II) prevalecen las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias como principales causas de muerte, mientras que en los de mayor privación (III y IV) priman otras causas, las mal definidas y las lesiones.

6. El gasto total en salud es el más alto de la región aunque los resultados obtenidos no lo son. Según el Banco Mundial, los argentinos destinamos a la salud unos u\$s 658. Este valor nos sitúa apenas por encima de Uruguay (u\$s 653), casi duplica a Chile (u\$s 336) y a Costa Rica (u\$s 273). Pero estos tres países presentan mejores resultados de salud medidos a través de indicadores como la esperanza de vida al nacer y la Tasa de Mortalidad Infantil.
7. El gasto público en salud per cápita varía mucho entre las provincias. Las provincias que cuentan con más recursos como Tierra del Fuego y Santa Cruz, gastan nueve veces más que la que detenta menos recursos (Misiones) y 6,4 veces más que la Provincia de Buenos Aires<sup>(4)</sup>, donde está el 40% de la población argentina sin cobertura de seguros de salud. Esto evidencia una gran inequidad en la financiación.
8. Los médicos están altamente concentrados. Mientras en Ciudad Autónoma de Buenos Aires hay un médico cada cien habitantes (o 1.011,7 médicos cada cien mil habitantes), en la provincia de Formosa la razón llega a un médico cada 740 (o 135,1 médicos cada cien mil habitantes).
9. La infraestructura está distribuida de forma irracional. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ejemplo, hay prácticamente un Centro de Atención Primaria de la Salud por cada 83 camas hospitalarias públicas.
10. El acceso a la cobertura de empresas de medicina prepaga está muy restringido a personas de ingresos medios y altos y se concentra en la Capital Federal, Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza.

Los datos anteriores dan cuenta de inequidades en los resultados de salud, en la estructura y en los procesos, así como de ineficacias en los procesos que afectan a políticas y servicios. Pero, fundamentalmente, dan testimonio de graves irracionalidades en el sector. Tomando prestadas las categorías que utilizaba Jürgen Habermas para el análisis de las crisis en el capitalismo tardío, podríamos afirmar que nuestro sistema padece una crisis de legitimación y otra de racionalidad<sup>(5)</sup>. Manifestación concreta de la primera es nuestra incapacidad para satisfacer tanto las necesidades de salud como las expectativas de los

ciudadanos. Manifestación concreta de la segunda, es que no hemos encontrado una función de producción de salud eficiente. En otras palabras, hay otros sistemas que consiguen más salud con el mismo dinero.

## ¿QUE APRENDIMOS DE NUESTRAS ANTERIORES REFORMAS?

No es la primera vez que los argentinos nos proponemos reformar al sistema de salud. Hemos tenido reformas frustradas y otras exitosas. Entre las primeras cabe mencionar la intención del Doctor Ramón Carrillo, de incorporar a los beneficiarios de las obras sociales así como sus recursos dentro del mismo sistema público. En el Segundo Plan Quinquenal se proponía que la responsabilidad central por los cuidados de salud permanecería en el Estado, pero las obras sociales y mutuales deberían contribuir, de la misma manera que los sectores de alto poder adquisitivo deberían pagar por las prestaciones en los servicios públicos. Esto generó una fuerte tensión al interior del sistema. La propuesta de Carrillo perdió el apoyo del gobierno y el Primer Ministro de Salud del país acabó renunciando a su cargo en julio de 1954.

Un segundo intento, en el mismo sentido, fue la formulación e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 1974, que también buscó asumir al sector estatal como eje articulador del sistema buscando asegurar al conjunto de la población un acceso igualitario. El proyecto original sufrió importantes modificaciones reflejando el conflicto de intereses que planteaba para las organizaciones médicas, de prestadores privados y de trabajadores. Perdió fuerza al no lograr incorporar dentro del sistema a las obras sociales sindicales, y logró la adhesión sólo de escasas jurisdicciones. No obstante, en ellas (San Luis, La Rioja, Chaco, Formosa) tuvo espectaculares avances hasta su intervención tras el golpe militar de 1976.

Una tercera reforma fallida fue impulsada por el Ministro Aldo Neri, en 1985, con el proyecto del Seguro Nacional de Salud. Aunque en este caso el eje del sistema pasaban a ser las obras sociales, todavía se reivindicaba el rol del Estado como conductor de la política de salud, se planteaba el fortalecimiento del sector público como prestador y su incorporación a un sistema donde la ejecución de las actividades ligadas a la atención era tarea compartida junto con el sector privado y los establecimientos existentes de las obras sociales. El gobierno propuso la implantación de la Reforma por la vía legislativa, pero no consiguió su aprobación al enfrentar una fuerte oposición del sindicalismo.

A partir de entonces, se apaga el debate político respecto al destino de nuestro sistema de salud. Esto no significa que no haya habido reformas sino que las mismas fueron sustraídas de la cosa pública (*la Res pública* siguiendo el sentido etimológico). Las propuestas de reforma adquirieron un carácter más técnico, no fueron publicadas ni debatidas y las pocas discusiones que tuvieron lugar fueron guiadas por documentos de organismos internacionales<sup>(6)</sup>.

Las medidas más relevantes posteriores ocurrieron en 1993 y no a través de una ley sino de decretos presidenciales. Por un lado, instaurando un flujo financiero que permita a los hospitales públicos recuperar los gastos, cobrando a las obras sociales por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios. Esto se concretó con el decreto n° 578/93 estableciendo el "Hospital Público de Autogestión", que a partir del año 1999 pasaría a

llamarse "Hospital de Gestión Descentralizada". Por otro lado, con la desregulación de las Obras Sociales Nacionales que se instrumentó ese mismo año a través del decreto 9/93 al permitirse la libre elección.

Esta última reforma es la única en nuestra historia que, con algo de buena voluntad, podría considerarse exitosa. Aunque no hay mucha precisión en la respuesta a la pregunta ¿Qué problema se resolvió con la reforma? Los servicios públicos no resultaron mejor financiados por la autogestión. Primero porque se demoró artificialmente, durante diez años, la construcción de un padrón de beneficiarios de las obras sociales. Luego porque los aranceles fueron congelados y recién se actualizaron en 2009 a través de la resolución 760/09 que aún establece valores muy inferiores a los vigentes en el mercado prestador.

A su vez, la desregulación no favoreció a las obras sociales sindicales que sufrieron un fuerte descreme de sus beneficiarios de mayores ingresos los cuales migraron hacia prepagas y, fundamentalmente hacia una obra social de dirección que probablemente sea la única ganadora con el nuevo esquema. Por ese motivo, desde hace unos años los Superintendentes de Servicios de Salud han recibido insistentes sugerencias de los gremios para poner un freno a los cambios de afiliación implementando un "Corralito". Además, para las empresas de Medicina Prepaga la desregulación incrementó los costos de transacción, ya que para captar los afiliados de las obras sociales deben asociarse con una obra social que sin brindar prestaciones se queda con un porcentaje de los recursos de aportes y contribuciones.

En conclusión, nuestras anteriores reformas no consiguieron construir una autoridad sanitaria suficientemente fuerte como para conducir al sistema y las políticas de salud. La debilidad del Ministerio de Salud de la Nación llegó a tal punto que a principios de esta década se llegó a debatir la posibilidad de extinguirlo y casi no se alzaron voces en su defensa. El Consejo Federal de Salud, que desde su creación en 1981 había sesionado de forma regular suspendió sus actividades en el 2001. Las propuestas de reforma iniciales que asumían como eje al sector público resultaron inviables e incluso hasta la reforma del Seguro Nacional de Salud que desplazaba el eje hacia las obras sociales pero intentaba mantener el protagonismo del Estado como regulador tampoco resultó plausible.

Al mismo tiempo, se operó una despolitización del ámbito sanitario. Es decir, la salud dejó de ser objeto del debate político. Estuvo ausente en todas las plataformas electorales durante los últimos veinte años. Ningún candidato a presidente y ni siquiera los candidatos a gobernadores, querían comprometerse con propuestas o afirmaciones sobre cómo mejorar el funcionamiento del sistema superando los déficits de racionalidad y legitimidad. Pero mucho menor aún resultó el compromiso de los legisladores. Las comisiones de salud en el Congreso Nacional eludieron debatir los problemas del sector. Mientras en otros países de la región se discutieron y sancionaron docenas de leyes fundantes del sistema (leyes generales de salud -LGS-, leyes orgánicas de salud -LOS-, leyes de reforma de Salud), en la Argentina no se avanzó absolutamente nada.

## DIEZ PROPUESTAS PARA UN MODELO ARGENTINO DE SALUD

El sistema de salud argentino ya ha fraguado. Sus principales subsectores: a) público, b) obras sociales y c) privado; están consolidados. Aun cuando enfrentan



un conjunto de dificultades y amenazas que pueden atentar contra su sostenibilidad; la realidad es que hoy son los grandes responsables por la salud que supimos conseguir. Brindan atención médica a cuarenta millones de ciudadanos. Incluso a veces lo hacen para inmigrantes de países vecinos que acuden tanto a los servicios públicos (por falta de respuesta en sus propios países) como a los privados (porque en ocasiones el mercado nacional ofrece intervenciones más convenientes en términos de costo y calidad). Movilizan cada año un volumen de recursos que ronda los cien mil millones de pesos o veinticinco mil millones de dólares norteamericanos. Esto significa alrededor del 10% del Producto Interno Bruto. El sector emplea de forma directa e indirecta a más de medio millón de trabajadores.

Estas dimensiones nos obligan pensar al sistema de salud con cierto cuidado. Necesitamos aplicar la máxima médica de *primum non nocere* (primero no hacer daño) atribuida a Hipócrates. Soluciones vehementes, discutidas en décadas pasadas, que buscaban eliminar alguno de los subsectores resultarían demasiado costosas, en todo sentido.

A continuación se postulan diez medidas para construir una agenda sanitaria que permita avanzar hacia un nuevo y mejor modelo sanitario para la Argentina. No son las únicas viables y es posible que ni siquiera las mejores. Pero están basadas en la revisión y análisis de las evidencias recolectadas desde la experiencia internacional. En los capítulos siguientes que integran este volumen se desarrollan y fundamentan tales evidencias. La intención es comenzar a impulsar un debate sectorial que nos ayude a superar la situación actual.

1. Acordar las funciones de cada subsector. Es cuestión de alcanzar algunos consensos que nos permitan definir qué papel deben desempeñar los servicios públicos (en cada nivel de complejidad y en cada jurisdicción), qué rol deben desempeñar las obras sociales y las prepagas. Como Brasil celebró su "Pacto por la vida" a nivel de gobierno, los argentinos necesitamos un gran pacto por la salud que, en primer lugar, nos ayude a que todo juguemos al mismo juego y no que "cada cual atienda su juego".
2. Construir la autoridad sanitaria para el modelo. Una vez alcanzadas las bases programáticas del modelo argentino de salud el pacto debe continuar buscando la construcción de una verdadera autoridad sanitaria. No hay rectoría mientras el ministerio de salud no tenga influencia sobre las obras sociales nacionales (en especial sobre el Pami), las prepagas, la APE, las obras sociales provinciales y todos los servicios públicos (CAPS y hospitales). No se trata de recentralizar al sistema sino de acordar una unidad de mando sobre, insisto, bases programáticas consensuadas.
3. Plasmar estas definiciones en una ley nacional de salud. Hemos visto que las verdaderas reformas se apoyan en leyes. Sabemos que es una condición necesaria pero no suficiente. Por lo tanto, una vez logradas las principales definiciones para construir nuestro sistema precisaremos una gran Ley de salud pública que defina el papel que corresponde a cada actor para construir la salud de los argentinos.
4. Construir protecciones por líneas de cuidados. En lugar de derrumbar los edificios de protección social existentes debemos construir puentes entre ellos logrando que frente a determinadas patologías (al principio pocas y luego más) todos los subsistemas tengan respuestas homogéneas en calidad.
5. Consolidemos redes de salud. En particular partiendo de la estrategia de APS, con médicos de cabecera o equipos

de salud familiar que asuman responsabilidad nominada sobre una determinada población a su cargo. Fortaleciendo y supervisando su respuesta.

6. Tracemos el mapa sanitario de la Argentina. En el cual se programe una distribución equitativa y racional de la oferta de servicios. Tanto a nivel público como privado. Precisamos ponerle un freno a la irracional distribución de los recursos. Sabemos que hoy faltan algunos servicios críticos en ciertos lugares y que al mismo tiempo hay excesos en otros. No se trata de cerrar servicios sino de asumir un plan para que las incorporaciones futuras (como inversiones públicas o privadas) respondan a criterios sanitarios.
7. Recuperemos la infraestructura. Los hospitales públicos que nos dieron orgullo cuando fueron creados, hoy tienen su infraestructura deteriorada. Si en Europa o Canadá los sectores medios y altos acuden a los servicios públicos de salud es porque éstos son buenos en todo sentido. Si ellos son buenos en todo sentido, es también porque los sectores más poderosos de la sociedad los asumen como propios. Podemos copiar esta idea. No es un derroche el endeudarse para tener hospitales de primer mundo. Y el modelo de atención, de gestión y de financiación resultarán más fáciles de cambiar cuando inauguremos edificios recuperados.
8. Definamos metas y asignemos los recursos en función de su logro. La financiación se puede vincular al logro de objetivos sanitarios. Tenemos buenos ejemplos de ello, tanto en el caso de los efectores como en el de los aseguradores. Quienes cumplan de forma adecuada con las líneas de cuidados priorizadas, quienes consoliden la responsabilidad nominada de la población a cargo de los servicios, quienes armen sus redes de servicios con criterios de derivación y seguimiento adecuados; merecen ser premiados.
9. Construyamos un seguro nacional de enfermedades catastróficas. Reuniendo el pool de riesgo adecuado, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica y generando economías de escala para la compra de medicamentos y tecnologías médicas. Estas prestaciones pueden ser eliminadas del PMO y ello aumentaría la viabilidad de los seguros (obras sociales y prepagas). Con las eficiencias obtenidas los recursos que hoy detenta la APE resultarían suficientes para alcanzar cobertura universal.
10. Instauramos un debate permanente. Estas propuestas, que cosechamos de la revisión de las experiencias internacionales pueden ser mejoradas y corregidas. Pero el único éxito es el que jamás se intentó. Como argentinos necesitamos recuperar la búsqueda del ideal de salud para todos. □

**1 ASE- Fundación Medifé. "Reforma del sector salud en EE.UU. un primer análisis de lo que se hizo y lo que falta hacer". Ciudad de Buenos Aires. 24 de agosto de 2010.**

**2 Ver. OPS. Indicadores básicos de salud de Argentina 1999 y 2009. Disponible en [http://new.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&task=view&id=160&Itemid=304](http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=304) Ver también: Ministerio de Salud de La Nación (2010). Subsecretaría de Salud Comunitaria. Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Plan Para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes. Buenos Aires. Página 28.**

**3 OPS. Indicadores básicos. Argentina 2009.**

**4 Calculado en función de datos de la Dirección de Gasto Público del Ministerio de Economía de la Nación para 2008.**

**5 Habermas, Jürgen (1982). Problemas de Legitimación en el capitalismo tardío, Buenos Aires, Amorrortu.**

**6 González García, Ginés & Tobar, Federico. Salud para los Argentinos. (2004) Ediciones Isalud. Buenos Aires. Página 275.**



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

Hipolito Yrigoyen 900 Piso 5 Of B 1086 Capital Federal  
Te. 011 4342 9473 - email: [federacionfarmaceutica@infovia.com.ar](mailto:federacionfarmaceutica@infovia.com.ar)  
[www.fefara.org.ar](http://www.fefara.org.ar)



**OSIM** Obra Social  
de Actividades  
Empresarias

la opción de cambio

Montevideo 373, 4° piso  
CI019ABG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**(011) 4010-OSIM**  
(6746)

[www.osim.com.ar](http://www.osim.com.ar) [info@osim.com.ar](mailto:info@osim.com.ar)

# Una metodología de análisis

**En el Auditorio del Sanatorio Güemes se presentó el libro "Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio". El evento contó con la presencia del Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Ricardo Bellagio, quien destacó la calidad del trabajo que apunta a generar metodologías funcionales y aplicables para afrontar idóneamente la problemática del costo del PMO.**

El Sanatorio Güemes y la Universidad del Salvador (USAL) presentaron el libro "Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio", un trabajo desarrollado conjuntamente por el doctor Héctor Pezzella, Director Médico del Sanatorio Güemes, el doctor Ernesto Van der Kooy, y la licenciada Laura Rosalía Lima Quintana, ambos especialistas en salud pública. El evento contó con la presencia del Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Ricardo Bellagio, quien alabó la labor de los autores a la vez que ahondó en su análisis la importancia de generar métodos específicos para el cálculo de los valores del PMO.

La presentación del libro tuvo lugar en el marco de la inauguración oficial de la Cátedra Extracurricular de Economía de la Salud, que el Sanatorio Güemes ha organizado conjuntamente con la USAL. El trabajo fue anunciado como el primero de una serie que tiene por objeto brindar herramientas para el Sector Salud, en una época en que la discusión acerca de la necesidad de reestructurar los sistemas de cobertura de salud, cada día más costosos resulta fundamental.

El trabajo, a su vez, surge como resultado de un convenio entre el Sanatorio Güemes y la USAL, que propone promover los desarrollos teóricos, aportar a la formación docente y apostar a que las líneas de investigación acompañen las realidades y necesidades concretas del sector. En este sentido,

el libro aporta un análisis para poder calcular el costo del PMO a través de determinadas variables y su actualización constante.

Al respecto, el Dr. Héctor Pezzella afirmó que "hace 4 años que venimos trabajando con la Universidad para lograr la integración académica, el dictado de cursos, capacitaciones y otras diversas actividades. Este documento es parte de ello y creemos que es un aporte necesario para poder encontrar algunas respuestas y abrir el debate en torno a la Economía de la Salud".

En la presentación expusieron los autores sobre los puntos centrales del trabajo, y el Superintendente de Servicios de Salud, quien además de alabar la aparición de este tipo de estudios analíticos, valoró la importancia de poder recalcularse continuamente los costos del PMO y aportó las cifras que la entidad que dirige maneja al respecto.

## LA ACTUALIZACION PERMANENTE: UN DESAFIO

El doctor Ricardo Bellagio estuvo a cargo de la apertura del encuentro. Luego de felicitar a los autores por su trabajo, dejó en claro que la cuestión del PMO es de suma importancia para el sector y que se trata de un valor que dista mucho de ser absoluto: "Todos sabemos que el valor del PMO no es un valor absoluto porque que el PMO es un segmento que depende de las condiciones y de la regionalidad que tenemos en nuestro país", definió.

Presentó luego los valores del PMO que maneja la Superintendencia de Servicios de Salud, que mantiene un rango de valores que va desde los 80 hasta los 120 pesos, lo que implica una brecha amplia. Bellagio, entonces, expuso los factores que serían causantes de dicha brecha:

"La amplitud de esta brecha se explica por varios factores: por un lado, la poca oferta que existe en determinadas jurisdicciones, que es una variable predominante en el interior del país, y por el otro, el hecho de que nunca definimos una metodología para valorizar el PMO". Es justamente en este sentido que Bellagio festejó los logros del libro, al que valoró muy positivamente, sobre todo, por su propuesta metodológica. También se tomó el tiempo de realizar una autocrítica: "Necesitamos actualizar el PMO, y esta actualización tiene que hacerse a través de revisiones periódicas y no sólo cada tanto". Es por eso que, continuó,



**Bellagio, Van der Kooy y Pezzella.**



"en la Superintendencia estamos tratando de tomar una metodología de actualización y realizar una revisión del PMO cada seis meses".

A modo de repaso de su año de gestión en la Superintendencia, Bellagio destacó la creación del Departamento de Evaluación Tecnológica: "Necesitábamos un departamento de evaluación de tecnología y hoy lo tenemos en la Superintendencia. Desde allí, evaluamos permanentemente las incorporaciones y las excepciones que tiene el PMO, basándonos en evidencias y utilizando una metodología especial."

### UN APORTE METODOLOGICO PARA EL SECTOR

Para proseguir con la presentación del trabajo, el doctor Ernesto Van der Kooy comenzó evaluando por qué es tan importante contar con herramientas analíticas para poder contabilizar los costos del PMO. "Nos parece esencial analizar el gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio porque el PMO es, justamente, obligatorio; entonces, una metodología como ésta puede funcionar como una referencia para todos los sectores."

Pasó luego a detallar los tratados que, junto a sus coautores, utilizaron para elaborar la matriz. Según indicó, entendiendo al PMO como un listado de prestaciones que debe cubrir la seguridad social, "nosotros hemos utilizado como metodología para el análisis de su valor a las tasas de uso y a los precios de mercado". "Sabemos que hay otros métodos para valorizar al PMO", aclaró, "y seguramente en un futuro vamos a investigar algunos otros que puedan servir para mejorar los resultados que hemos obtenido." Sin embargo, consideró que las tasas de uso y los precios de mercado son formas más que adecuadas para realizar el cálculo del PMO.

Más tarde, detalló que la investigación se concentró en la población activa: "Todo el trabajo realizado se hizo sobre poblaciones activas; las poblaciones pasivas están fuera de este trabajo; por lo tanto los valores son para poblaciones de entre 0 y 65 años de edad". Además, señaló, a lo largo de la investigación han encontrado variables muy homogéneas y otras que, en cambio, tienden a la dispersión, como, por ejemplo, los valores que tienen que ver con las prácticas de diagnóstico. Específicamente, también, que los criterios elegidos para la cuantificación (las tasas de uso y los valores de mercado) son variables que se modifican según la región, lo que implicó que la investigación tomara como objeto de análisis a las zonas más pobladas del país: "Los indicadores de uso varían según las regiones porque tienen que ver con la oferta de servicios y con la posibilidad de poder acceder a tecnología o no. También los precios de mercado, sin duda, varían de región a región. Por eso analizamos las regiones más importantes en cantidad de habitantes."

El trabajo dividió las prestaciones de salud en cuatro grupos: programas preventivos, prestaciones ambulatorias, prestaciones por internación y prestaciones especiales. Dentro de cada uno de ellos, explicó Van der Kooy, "el agrupamiento se ha realizado en relación a cómo se dan los diferentes niveles de atención." Para el cálculo que desarrolló, el trabajo consideró todas las prestaciones de salud listadas en el PMO; sólo dejó de lado los gastos de bolsillo, que no entraron al análisis propuesto por el libro. La última actualización de los datos obtenidos fue realizada en marzo de 2010, por lo que, consideró Van Der Kooy, "es muy difícil que las tasas de uso se hayan modificado, aunque los valores de mercado sí pueden haber sufrido modificaciones."

Para sintetizar los resultados del trabajo, el doctor presentó las cifras

a las que el estudio arribó para el caso de las poblaciones activas en marzo de 2010. El valor total del PMO calculado fue de 101,37 pesos. De ese monto, el seguro social debe financiar 88,26 pesos y 13,11 lo financia el gasto de bolsillo. 6 por ciento de ese total pertenece a los programas preventivos, 40 por ciento a las prestaciones ambulatorias, 30 por ciento a las prestaciones de internación, y 11 por ciento a las prestaciones especiales. El 13 por ciento restante, aclaró Van der Kooy, pertenece a los gastos de bolsillo.

Van der Kooy acordó con el Superintendente de Servicios de Salud en el hecho de que lo más importante del trabajo que llevaron a cabo es la pauta metodológica que propone y destacó para concluir "creo que es importante que el sector salud se movilice y que empiece a discutir sobre todos estos temas".

Para cerrar la presentación, la licenciada Laura Rosalía Lima Quintana detalló algunas de las preocupaciones que tuvo el equipo durante la realización del estudio. Luego de volver a aclarar que las variables que habían tomado eran válidas para el área metropolitana, especificó que uno de las problemáticas por las que atravesaron era la posibilidad de que se duplicaran los valores: "En las negociaciones que se hacen por módulo, hay prestaciones que después pueden aparecer también en las tasas de uso; por eso, para evitar que se dupliquen, se requiere una precisión en los registros, que es lo que vamos a intentar ir consiguiendo en los próximos análisis." Además, aparte de definir los objetivos con los que la investigación ya ha cumplido, tendió una mirada hacia el futuro y sintetizó cuáles son los próximos objetivos del trabajo: "Creemos que el estudio ya permite tener precios relativos y nuestro deseo es poder seguir avanzando para poder también hacer el ajuste por edad y por género". □



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



# Se multiplican las iniciativas legislativas prometiendo prestaciones médicas sin mayor financiamiento

## Reporte Económico FAOSDIR

Se han detectado en el Congreso Nacional aproximadamente 140 iniciativas legislativas, entre ambas Cámaras, proponiendo la incorporación al sistema de salud de nuevas prestaciones. En el 2009 se detectaron 57 iniciativas en la Cámara de Diputados y 42 en el Senado. En los 9 meses que van del 2010 ya se detectan 24 iniciativas adicionales en Diputados y 17 en el Senado. En términos muy simplificados, podría decirse que hay entre 2,8 a 4,8 iniciativas por mes proponiendo incorporar nuevas prestaciones o que hay entre 1,6 a 2,8 propuestas por año y por legislador miembro de las respectivas comisiones de salud proponiendo una nueva prestación.

Las propuestas son de todo tipo. Van desde problemas complejos como la infertilidad, conductuales como la bulimia, la anorexia, el alcoholismo, la ludopatía (adicción por el juego), prestaciones no convencionales como la acupuntura y la zooterapia (tratamientos a seres humanos utilizando animales), hasta aquellas tan simples como las dirigidas a combatir la pediculosis.

En algunos casos se estipula directamente que la prestación de referencia debe estar incluida en el Programa Médico Obligatorio (PMO) que es el conjunto de prestaciones que las obras sociales están obligadas a otorgar con los recursos que reciben de la seguridad social. En otros, la alusión es indirecta. Se pide reconocer a la prestación como una disciplina médica o se la declara dentro de un "programa nacional" con lo cual se incorpora dentro de las pres-

taciones que el sistema de salud en su conjunto debe otorgar. De esta forma, implícitamente y a la larga las obras sociales quedan obligadas a suministrar estas prestaciones cuando una nueva regulación así lo estipula o la justicia –a través de los amparos– así lo entiende.

### El problema no es la incorporación, sino el financiamiento

Proponer incorporar nuevas pres-

taciones a la cobertura de las obras sociales no es cuestionable. Lo es proponer incorporarlas sin prever recursos adicionales. Esta conducta legislativa exacerba la escasez de recursos del sistema. Con esto, genera riesgos de negación de servicios, deterioro en la calidad y una floreciente litigiosidad de la minoría que presiona a través de amparos judiciales por recibir preferencialmente prestaciones que se terminará negando a la mayoría. Así, la aspiración de mayor acceso a los

**Cuadro 1**  
Cantidad de iniciativas legislativas que solicitan la incorporación de prestaciones

	2009	2010 (a junio)
<b>Cantidad total de proyectos</b>		
Diputados	57	24
Senadores	42	17
<b>Promedio por mes</b>		
Diputados	4,8	4,0
Senadores	3,5	2,8
<b>Por miembros en la comisión de salud</b>		
Diputados	1,6	1,4
Senadores	2,8	2,3

Fuente: FAOSDIR en base a [www.diputados.gov.ar](http://www.diputados.gov.ar) y [www.senado.gov.ar](http://www.senado.gov.ar)

servicios médicos (que es lo que es dable pensar que motoriza las propuestas de incorporación de prestaciones) termina provocando una alta inequidad.

La regla de oro para la equidad en los seguros sociales es generar promesas de prestaciones consistentes con los recursos disponibles. Priorizar un conjunto bien definido y limitado de prestaciones, consistente con los recursos, hace posible garantizar a todos el mismo trato y nivel de accesibilidad. Un ejemplo concreto es la Ley de Garantías Explícitas en Salud de Chile (Cuadro 2).

En el país vecino se explicita cuáles son los recursos per capita disponibles. Luego, en base a protocolos, estudios de costos y análisis de prioridad y efectividad, se elige un número limitado de patologías con definición de la cantidad, calidad y tiempo en el que se brindarán las prestaciones respectivas. Proponer nuevas prestaciones implica respetar esta metodología.

Ciertamente que muchas patologías y prestaciones quedan fuera de la cobertura obligatoria. Esto es porque el criterio prevaleciente no es prometer prestaciones sin sustento presupuestario, sino prometer lo que

es financiable, para todos, por igual. De esta forma, en la Argentina se promete, pero en los hechos se termina excluyendo gente de la cobertura. En el criterio de las Garantías Explícitas de Chile se excluyen presta-

ciones, pero las que se prometen se brindan en las mismas condiciones a toda la población. Por eso, antes de seguir multiplicando promesas no financiables, cabe hacer un prudente llamado a la reflexión. □

## Cuadro 2 CHILE: Ley de Garantías Explícitas en Salud

- ◆ 56 patologías o condiciones de salud que serán atendidas con la *Prima Universal* (promedio de recursos per capita que dispone el sistema de salud).
- ◆ Nuevas garantías no pueden generar un costo esperado individual promedio significativamente diferente a la *Prima Universal*.
- ◆ Dicho costo debe estimarse en base a protocolos del Ministerio de Salud.
- ◆ Las propuestas de nuevas garantías deben presentar estudios con:
  - ✓ la prioridad en función de la situación de salud de la población,
  - ✓ la efectividad de las intervenciones propuestas,
  - ✓ su contribución a la extensión o a la calidad de vida,
  - ✓ su relación costo efectividad.

Fuente: FAOSDIR en base Ley 19.966 de Chile.

**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





# “Acerca del fin del modelo de bienestar”

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

En el número anterior de la *Revista Médicos* <sup>(1)</sup>, sobre esta misma cuestión y haciendo una previa referencia a los modelos del Estado Benefactor de ocurrencia –fundamentalmente– en Europa, ahora circunstancialmente en crisis, su autor expresaba: ...“deben reducirse los déficit 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”...

Obviamente la referencia es válida en términos generales, pero omite que resulta excesiva si intenta comparar circunstancias, contexto, políticas y organización de los sistemas de salud europeos con el caso argentino. (Tampoco es el caso de discurrir en éste sobre las causas, consecuencias y evolución de la crisis europea).

Es más, él mismo se encarga de aclarar más adelante las dificultades que atraviesa nuestro sistema de salud. “¿Atraviesa?” eso haría suponer que nuestras dificultades son circunstanciales, lo que no es verdaderamente así pues tienen larga data.

En primer lugar nuestro sistema de salud -que en un todo depende de las políticas que en el mismo se implementen- está (y ello no es de ahora) fragmentado (casi diría atomizado), segmentado, con pérdida creciente de su calidad y todo ello enmarcado en un creciente y vergonzante desfinanciamiento. ¿Es posible entonces pensar en “disminuir los gastos”?

“La salud” no se encuentra en la agenda de nuestros gobiernos (salvo cuando se trata de los discursos o de financiar sus campañas) y las políticas de salud no se pueden desvincular de las políticas de gobierno.

Los sistemas de salud público/estatales –en todos sus niveles– y tal como expresa: ...“El Hospital Público está colapsado. No podemos decir que la atención en el Hospital Público sea un modelo de nada, ni para nadie” (Ibid.)... a lo que yo agregaría que sólo en muy pocos casos las asignaciones nacional, provinciales o municipa-

les, son suficientes para proveer servicios –como sería de esperar– adecuados, aunque una alta proporción de la población carece de la posibilidad de recurrir a otras alternativas.

Solamente algunos pocos del conjunto poblacional tenemos la posibilidad de contar con un seguro privado de suficiente jerarquía y nivel prestacional (dentro de la multiplicidad de seguros de este tipo que existen en el país), ya que una gran parte son solo un mecanismo para mejorar los ingresos de algunas empresas locales de salud.

La seguridad social (Obras Sociales Nacionales y Pami) en términos generales paga cápitas que le permiten desentenderse de la atención, sistema que conduce a la subprestación –entre otras– por limitaciones en el acceso impuestas por los monopolios y “redes” de prestadores (se trata de empresarios de la salud “de buen pasar”, con pobres empresas de salud), finalmente los únicos perjudicados son los beneficiarios.

Mientras estos mismos subsistemas, permiten facilitar y financiar las actividades sindicales (bajo los criterios de la denominada “lógica sindical”) y los del gobierno de turno.

En los dos subsistemas “los profesionales se muestran disconformes y se sienten maltratados económica y profesionalmente” (ibid.), acosados además por una judicialización creciente, de fallos frecuentemente erróneos y cuando no: poco justificados.

Las Obras Sociales provinciales constituyen en este momento el principal medio de sustento de los profesionales del ámbito privado en el interior del país (en muchos casos mayores al 50% de sus ingresos), lo que permite mantener baja conflictividad, pues lo que no obtienen en el ámbito hospitalario lo logran en su actividad privada. Salvo un importante (y creciente) número que solo accede a desempeñarse como empleados con salarios menores (múltiples) en las empresas prestadoras. Este recorrido conduce finalmente a un

**“Los gobernantes dejados a su propia elección, no tienen suficientes incentivos para hacer que el gasto público sea eficiente y constituya una inversión en las cuestiones necesarias a la gente, sino obtienen de ello algún rédito personal o político.” <sup>(2)</sup>**

inevitable deterioro de la calidad asistencial.

Todo esto quiere decir que únicamente en el discurso "tenemos un sistema fantástico que todo lo cubre y todo lo puede" (Ibid.), pero no decimos que casi el 50% (del gasto total en salud) es "gasto directo" y lo pone la gente de su bolsillo.

En realidad tenemos en lo macro un sistema político de discurso fácil sobre la salud, en lo meso una carencia absoluta de gestores que vean más allá de sus intereses inmediatos y en lo micro un sistema de atención sobrecargado por condiciones de pobreza y exclusión que condicionan la demanda, por lo que debe resolver cuestiones sanitarias que hubieran debido no ocurrir.

Los ganadores en estas condiciones son unos pocos, pero de lo poco que existe.

Los resultados en salud de nuestro país así lo demuestran y debieran ser un llamado de atención para todos.

En segundo lugar cuando hablamos del "fin del estado de bienestar" debiéramos suponer que efectivamente hemos tenido uno que brindó todo lo que el mismo supone, es decir: desarrollo que implica ahorro e inversiones, crecimiento que ofrezca oportunidades a cada cual según sus capacidades con las que logre alcanzar su propio proyecto de vida, incremento del capital humano y disminución subsecuente de las desigualdades.

Y en vez de ello nos encontramos con una permanente y creciente serie de subsidios directos e indirectos, que tienen como consecuencia sostener el "statu quo" para beneficio de los que otorgan dádivas y prebendas (muchas veces discrecionalmente y con implícito rédito político) y a los otros les permite apenas (y a veces) llegar a comer.

Mientras, la desigualdad de oportunidades se incre-

menta. ¿Es este el que suponemos Estado de Bienestar?

"Los gobernantes dejados a su propia elección, no tienen suficientes incentivos para hacer que el gasto público sea eficiente y constituya una inversión en las cuestiones necesarias a la gente, sino obtienen de ello algún rédito personal o político" <sup>(2)</sup>, ... su herramienta principal es el aumento permanente del gasto público, ... parten del supuesto que el poder les pertenece por derecho propio, ...

Si esto es así no hemos llegado al fin de nada, ... solo sostenemos de manera sesgada "los derechos humanos" y nos olvidamos de construir un país con posibilidades para "la mayor parte" sino todos los ciudadanos, situación que se perpetúa porque "el conocimiento en la población se encuentra disperso" <sup>(3)</sup>, mientras que el poder político es monopólico".

En la degradación de la calidad institucional se encuentran las mayores causas de nuestro presente.

De esta forma nuestro sistema de salud no puede seguir un camino diferente, ni aspirar a un destino mejor. □

---

<sup>1</sup> "¿Estamos frente al fin del modelo de bienestar?", Dr. Héctor Barrios, Director de Towers Watson. Rev. Médicos N° 60, Julio 2010

<sup>2</sup> Buchanan, J. "The Theory of Public Choice". The University of Michigan Press, 1984.

<sup>3</sup> Hayek, F. "Economics and Knowledge", 1936 & "Individualism and Economic Order", Chicago University Press, 1980.

**METRO**  
RED ARGENTINA

**artear**

**INTELEXIS**

Conducen  
**Dr. Guillermo Capuya**  
**Prof. Guillermo García Callendo**

jueves 19 hs.  
[intelexis@fibertel.com.ar](mailto:intelexis@fibertel.com.ar)





# Médicos: ¿Trabajadores o profesionales independientes?

Por el Dr. Floreal López Delgado  
Abogado y asesor sanatorial

## UN POCO DE HISTORIA

La cuestión de la "laboralidad", o no, del trabajo del profesional médico es tan antigua como el Derecho del Trabajo.

En 1945 el poder ejecutivo dictó el decreto ley 22.212/45 que establecía un estatuto especial para los médicos, que incluía categorías (desde médico auxiliar a médico jefe) carrera hospitalaria concursos obligatorios, estabilidad, planteles mínimos por cantidad de pacientes, que también se aplicaba a los establecimientos privados y asumía que todos se desempeñaban en relación de dependencia (aunque la relación de dependencia en aquellas épocas no era tan cara como ahora).

Nunca fue derogado por lo que, en teoría, sigue vigente pero cayó en una suerte de "desuetudo": nadie lo aplica ni lo invoca, ni siquiera la Corte Suprema.

Salvo los que trabajan en los hospitales públicos y tienen cargos la "no laboralidad" es la norma.

Desde la sanción de la Ley de Contratos de Trabajo las cosas cambiaron algo: periódicamente algún que otro médico se da cuenta que en realidad era un trabajador y demanda al sanatorio.

Esos juicios esporádicos generaron una serie de pautas para determinar si un médico podía ser considerado dependiente o no.

## LAS PAUTAS

La jurisprudencia ha elaborado ciertos principios que pueden orientarnos:

El principio de la "predominancia de la realidad sobre las formas": no importa que el profesional emita facturas y recibos y que realice aportes a la Caja de Autónomos; si el "conjunto de las características de la relación" indican que es un trabajador, el fondo (la realidad) primará sobre las formas y podrá obtener una sentencia favorable.

La ley de contratos de trabajo, art. 23 sienta el principio de que "El hecho de la prestación de servicios hace presumir la existencia de un contrato de trabajo, salvo que por las circunstancias, las relaciones o causas que lo motiven se demostrase lo contrario".

Cuando se aplica a los médicos este principio se relativiza y la presunción se atenúa (pero no desaparece).

## CUANDO SI

Exclusividad: si el profesional preste toda, o la mayoría de su actividad a un solo establecimiento, en la sede del mismo es un signo de dependencia. Una prueba clave es la numeración sucesiva de los recibos.

La forma de retribución: las sumas fijas repetidas mes a mes o la retribución por tiempo (hora o día) con independencia de los pacientes que atienda son claros

signos de trabajo dependiente, un ejemplo son los médicos de guardia que si tienen una mínima continuidad suelen ganar sus juicios.

La no "asunción del riesgo": cuando el sanatorio abona al profesional su trabajo con independencia de que lo cobre o no de terceros es un rasgo de trabajo dependiente.

Subordinación jurídica y funcional "clara": Si el médico recibe instrucciones de un superior o el establecimiento puede imponer sanciones al profesional o si éste se desempeña como auditor médico y representa a la institución ante terceros, necesariamente siguiendo instrucciones de algún superior, se trata de situaciones laborales al revelar dependencia jurídica y funcional.

## CUANDO NO

La no exclusividad: cuando el profesional se desempeña en varias instituciones simultáneamente es un rasgo de no dependencia.

La asunción del riesgo económico financiero: cuando el profesional cobra cuando el financiador paga, máxime si la retención que efectúa el sanatorio es baja suele considerarse no laboral.

La discontinuidad: cuando el profesional no atiende permanentemente en el establecimiento sino que concurre irregularmente crea una presunción de no dependencia.

Si el profesional atiende en su propio consultorio es un rasgo fuerte de no dependencia (salvo que lo haga para Pami).

## CUANDO NI

El trabajo en consultorios externos del sanatorio retribuido por "acto médico" en el que no existe asunción del riesgo financiero pero sí económico (pueden asistir muchos, pocos o aun ningún paciente) y la no reclamación durante largos años (más de diez) de que le sea reconocido su estatus de trabajador dependiente y seguir emitiendo facturas mes a mes suele ser considerado como un rasgo no laboral hasta por la Corte Suprema, pero no por todas las salas de la Cámara del Trabajo lo que nos lleva al siguiente problema.

## LA TRIBUNAL DEPENDENCIA

Uno de los problemas más difíciles de explicar a los clientes es la llamada "tribunal dependencia" que significa: según que sala de la Cámara de Apelaciones del Trabajo o qué Tribunal de Trabajo (de la Provincia de Buenos Aires) resulte sorteado el resultado será tan diferente como que en iguales condiciones uno admitirá la demanda y el otro la rechazará. En particular existen tres salas de la Cámara del Trabajo donde siempre ganan

los médicos porque entienden que trabajar dentro de una estructura (el sanatorio) realizando tareas propias de la actividad principal (prestaciones médicas) crea la presunción de laboralidad, cualquiera sea la forma de retribución y aunque se trate de un servicio concesionado.

Cuando el cliente nos pregunta irónicamente ¿la ley de la Sala X es distinta a la de la Sala II? La respuesta del abogado es "no pero sí" que significa no, es la misma ley pero la interpretan tan diferente que pareciera que aplican leyes distintas, lo que nos lleva a la tradicional máxima "la ley es lo que los jueces dicen que es".

### PERO: ¿QUE OPINAN LOS MEDICOS?

La mayoría tienen la convicción de que son trabajadores independientes y no piensan en hacer juicio. Los que litigan son muy pocos si lo comparamos con la cantidad de médicos que se desempeñan en la capital y el conurbano, pero, con las indemnizaciones aumentadas por las leyes 24.013 y 25.323 los montos demandados son altos.

La excepción son los que trabajan para el Pami, en su propio consultorio que generan casi el 30 % de las sentencias (casi siempre favorables a los médicos) de la Cámara del Trabajo de la Ciudad de Buenos Aires.

Por ello se da la paradoja de que pese a tener un ámbito judicial favorable los litigios contra sanatorios privados son escasos.

Los médicos son poco litigantes (en lo laboral) pero...

### ¿QUE OPINA LA AFIP?

La segunda paradoja: el recaudador es mucho más "pro relación laboral" que los médicos.

Los inspectores, sin que medie reclamo del profesional, suelen "determinar deuda" intimando a empresas del

sector a realizar los aportes previsionales, con más multas y recargos (siempre mucho dinero), si advierten ciertos elementos de los ya referidos: habitualidad, provisión de materiales de trabajo, asunción del riesgo por la empresa, numeración corrida de facturas, pago de sumas constantes a lo largo del tiempo, horarios fijos, etc.

Tan pro-laboral fueron que motivaron un fallo de la Sala I de la Cámara Federal de la Seguridad Social, que revocó una estimación de aportes previsionales. El Tribunal dijo: a) es el Fisco Nacional el que debe probar la relación de dependencia; b) esta prueba debe ser asertiva y convincente; y c) no rige en materia previsional la presunción del art. 23 de la Ley de Contrato de Trabajo. Pero, el procedimiento fiscal hace que no sea fácil impugnar una determinación de oficio.

### LA ECUACION ECONOMICA

Es quizás la parte más delicada: si la empresa paga los honorarios usuales, le suma las "cargas sociales" y los compara con lo que pagan los financiadores los números no cierran.

### CONSEJOS

No alarmarse, ocuparse: los profesionales que se descubren como trabajadores, siempre fueron una minoría: no hay una "industria del juicio laboral médico".

Precavarse de no dar el perfil que busca la AFIP para determinar de oficio.

En este, como en tantos otros de la actividad médica, deberemos vivir la contradicción. □

Para consultas o sugerencias al Dr. Floreal López Delgado, escriba a [estudiojuridico@lopezdelgado.com](mailto: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 HQ**  
Av. Belgrano 1683, 3º piso  
Capital Federal, C.P. (1093)  
(011) 4371-1096 (líneas rotativas)  
[info@socdus.com.ar](mailto:info@socdus.com.ar) [www.socdus.com.ar](http://www.socdus.com.ar)

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





Opinión

# Metamorfosis, el reverso de la evidencia (2<sup>da</sup> Parte)

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

**D**etrás de la medicina basada en la evidencia y la consecuente evidencia que sus pautas estratégicas no mueven ni tampoco conmueven a los actores políticos, aparece un segundo problema de no menor importancia, el que aún es soslayado bajo el criterio de no otorgarle el carácter de prioritario.

Existe un estado de metamorfosis, percibido técnicamente por aquellos que participamos activamente de la salud, en toda su expresión (sentido de...) y extensión. ¿Por qué metamorfosis?, porque la medicina está asistiendo a un cambio de paradigma que empuja definitivamente a que la misma asuma el alcance de "universal", "global", sin verse limitada por fronteras, mucho menos por banderas. ¿Por qué un cambio de paradigma?, porque la puerta que abrió el Proyecto Genoma Humano en 1992 (aproximadamente) ha ido variando el ángulo de los conocimientos científicos, por ende ha modificado el método, éste ha influido en el desarrollo de nuevos procesos industriales (técnicamente incopiables), y consecuentemente ello ha dado lugar a un nuevo enfoque en las investigaciones clínicas, haciendo referencia a apenas una pequeña parte de toda esta historia.

El cambio es de tal magnitud que bien podría decirse que la medicina que está naciendo con fuerza, poco o nada tendrá que ver con la que nos ha regido la salud por milenios. Este nuevo enfoque de las ciencias médicas, demanda capacidades fundamentales en campos de la bioingeniería, la biología molecular, la genética, la genómica, la epigenética, y muchos otros que no incorporo para no agravar el cuadro que intento presentar (la nanomedicina, es una de ellas). Este cambio de paradigma se relaciona con que aquello que sabíamos, que hemos estudiado, que ha sido la base de la clínica, se está enfrentando a nuevas visiones, nuevas vías de abordaje, nuevas soluciones terapéuticas, nuevas tecnologías, etc.

Quizás la pregunta que venga a la mente, justo en este momento, sea: ¿cuándo comenzó a revelarse esta transformación en la práctica médica?, y existen momentos precisos, el primero fue el hallazgo de los anticuerpos monoclonales, casi simultáneamente lo fue el desarrollo terapéutico de los complejos enzimáticos, detrás de ello la aparición de los inhibidores de las quinasas, y pegando un salto cualitativo de significancia, el Nobel 2009 otorgado a la investigación de los telómeros ha dado el golpe de gracia a la historia, habilitando a una nueva era en las ciencias médicas. Hago referencia a algunos hitos, ya que incluir aquí los puentes evolutivos de este proceso es técnicamente imposible. No obstante esto, ruego no perder de vista el crecimiento en las técnicas de trasplantes de órganos, las células madre, y una concepción novedosa en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

¿Dónde se sitúa el ángulo fundamental de la metamorfosis?... en que la medicina cultivada como ciencia por siglos se ha enfocado en los agudos, mientras que estamos asistiendo al nacimiento de una medicina -ya es un bebé que camina- que efectivamente deberá fundarse en el "antes de...". Pero sucede que la metamorfosis está arrastrando consigo procesos que nadie había considerado. ¿Cuáles son?, mencionaremos algunos:

1. el modelo económico que ha sustentado a la medicina enfocada en los "agudos" ha fenecido y de allí la incoherencia de los presupuestos, donde los pacientes crónicos se asumen como un daño al sistema, y donde las patologías atípicas (muchas) son asumidas como catastróficas, al tiempo que las nuevas tecnologías (necesarias) son una mala palabra, y la metamorfosis es negada a ultranza. La consecuencia de estas fuerzas en pugna es relativamente simple: el sector salud es un motor de economías quebradas o que han perdido sus respectivos puntos de equilibrio, por lo tanto dichas economías generan anticuerpos que intentan destruir un modelo que le exige un cambio de fondo, y uno de dichos anticuerpos son mecanismos de control inaceptables en su esencia por estar reñidos con la ética médica, con sus criterios, con sus marcos de procedimientos. El resultado global de lo antedicho es que cada vez hay menos personas incluidas en las coberturas universales (más excluidos), y al mismo tiempo se impone una competencia al sector salud que es desintegradora...

2. detrás de lo expuesto en 1, aparece una nueva realidad terapéutica tras medicamentos que no existían y que ahora sí lo hacen, guardando entidad propia, bien distintiva de lo conocido. La Industria Farmacéutica está al menos diez pasos por delante del cambio de paradigma, por lo tanto está padeciendo a pleno la "metamorfosis", la ha comprendido, la digiere como puede, pero su capacidad de reacción proyecta un cambio que sucede en este preciso momento. ¿Cómo se traduce lo antedicho?, las agencias reguladoras trabajan hoy junto a la Industria Farmacéutica, y ambas junto con las escuelas de medicina en todo el mundo. Aquellos que niegan esta realidad, están cada vez más lejos de poder comprender el cambio y su capacidad de daño ante la inmovilidad de los sistemas. Separar las partes hoy, es técnicamente imposible, científicamente demencial, éticamente aberrante. Desde luego que hay piezas que no encajan, pero aquí la inteligencia reside en hacerlo, con prudencia, pero hacerlo, sin atenuantes.

3. del punto 2 se extrae que el negocio farmacéutico, tal fue conocido, ha muerto. Esta realidad impone crear y/o adaptar estructuras, desarrollar habilidades y capacidades, crear un nuevo esquema de competencias. Pensar hoy en empresas sustentadas en monoculturas



farmacéuticas focalizadas en una aspirina o un antibiótico tradicional sintetizado, es imposible y las circunstancias están demostrando cuánto es así. Esto exige a los participantes crear una cultura (lo han hecho *algunos*) de medir calidad y excelencia, comparando los parámetros a ultranza, permitiendo descubrir de forma secuencial errores que demandan mejoras permanentes.

4. a este nuevo modelo se suman ahora los pacientes, en forma activa (pro). Pensar una medicina como ésta es imposible sin el paciente, ya que ella ha sido creada justamente a partir de realidades nunca antes detectadas, ni siquiera pensadas, por ende no investigadas. Ello da lugar a una corresponsabilidad que aún no se ha legislado, pero que sí ha demostrado la falacia de la mala-praxis observada como un hecho jurídico que afecta lo individual o el equipo, invadiendo sus criterios y sus momentos, pero peor aún poniendo en tela de juicio conocimientos científicos fundados en evidencias previas. A esta falacia se suma una nueva, la de imponer tratamientos experimentales a partir de "recursos de amparo", donde jueces que nada saben de medicina, demandan la administración de tecnologías cuyos resultados están en la etapa de lo "incipiente" (potencial). Cada vez son menos los países con capacidad regulatoria para poder intervenir y opinar sobre tecnologías que son dominadas por pocos.

5. lo expresado en el punto 4 revela la necesidad imperiosa de "formar" a los pacientes en el conocimiento de sus enfermedades. ¿Para qué?, para que se conviertan en colaboradores del nuevo modelo, colaboradores del sistema, trabajando codo a codo con sus respectivos equipos de salud (quienes los tratan), nutriéndolos de todo aquello que fue desechado por años y que ahora se torna imprescindible conocer. Si optimizo la adherencia terapéutica, minimizo el costo incidental de la etapa aguda...

6. intentando construir el rompecabezas, aparecen aportes angulares relacionados con que existen numerosas patologías nunca antes atendidas que demandan terapias ciertas, justamente para evitar los dramas consecuentes a agudos que invaden guardias donde pocos descubren qué movilizó al paciente a llegar ahí. Pensar hoy en un servicio de salud pública desconociendo a sus usuarios genuinos es impensable, tanto como creer que se pueden evitar coberturas consecuentes a patologías ciertas. Junto con ello, sostener un modelo de servicios de salud excluyente de usuarios se transforma en una entelequia propia de las incoherencias de un sistema que declama en una dirección, pero actúa en otra diametralmente opuesta. Léase, una medicina condicionada por carencia de recursos económicos, dará lugar a un daño social de tal magnitud que inmediatamente impondrá la realidad, temible por cierto, de las "demandas contenidas", cuyos costos (vale la pena recordarlo) serán geométricos, por clara omisión.

Seis puntos para focalizar los ángulos de la metamorfosis. Indudablemente son muchos más, ya que al tiempo que uno necesita hacer foco en complejidades, proyecciones heredables, etc. todo debe ajustarse rápidamente a esa "medicina proyectiva" nunca antes pensada, mucho menos reflexionada, ni qué hablar de atendida. Por eso, esta historia no concluye aquí. □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2010-07-28. Copyright by Cerasale, 2010. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos*, Medicina Global. <http://elbiruniblogspot.com.blogspot.com>  
CIENCIAS MEDICAS NEWS®  
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>  
CIENCIAS DE LA HERENCIA® 1  
<http://saludequitativa.blogspot.com>  
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®

## López Delgado & Asociados estudio jurídico

### DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Capacitación
- Defensa en juicio
- Seguros
- Cobro a financiadores
- 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](mailto:estudio@lopezdelgado.com)



# 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 Tridimensional

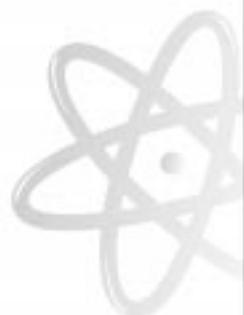
Radiocirugía

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](mailto:info@vidtcm.com.ar)  
Web-site: <http://www.vidtcm.com.ar>



## Queremos estar cada vez más cerca

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

Contamos con 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](http://www.ospesalud.com.ar)**



**OSPe**

Comprometidos con la  
salud y el bienestar



**Nuestro compromiso con el cuidado de su salud  
empieza por la prevención**

# andar

**Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina**

**0800-345-26327**  
**[www.andar.org.ar](http://www.andar.org.ar)**