



OTRA VEZ LA DISCUSION
SOBRE LA DESREGULACION
DE LAS OBRAS SOCIALES
Por el Dr. Héctor Barrios



LA CONSTRUCCION DE UN
REASEGURO PARA
ENFERMEDADES CATASTROFICAS
Por Carlos Vassallo



LA SALUD EN LA
SOCIEDAD DE LA
INFORMACION
Por Jorge A. Barry

Médicos

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

AÑO XIII - N° 64 - Mayo de 2011 - \$15

Medicina Global

EDICION ANIVERSARIO

13 años



GALENO

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

220 330 440

Planes de Salud

Un médico con todos los diplomas tiene prestigio.

Un médico con todos los diplomas que lee desde
hace 13 años Revista Médicos tiene más respuestas.

Universal Assistance saluda
a **Revista Médicos** por sus **13 años**
al servicio de la calidad de vida.



www.universal-assistance.com
ASISTENCIA AL VIAJERO | CALIDAD ISO 9001 2008





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



Cobertura del Rally Dakar 2011

SIFEME cubrió etapas del Rally Dakar 2011.

Además, tuvo presencia en los siguientes eventos: Cumbre Presidentes Mercosur; Congreso Nacional Ciencias Políticas; Presidenta de la Nación Visita Provincial; Congreso Nacional de Historia; entre otros.





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

0810 555 OSDE (6733)



OSDE

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

Usted y Nosotros. **UNA SOCIEDAD SALUDABLE.**



Usted Nosotros

mejora su propuesta de servicio,
ofreciendo al usuario asistencia al viajero
y acceso a la mejor atención de salud en todo el mundo.

ofrecemos el respaldo y la experiencia
de la empresa líder mundial en asistencia al viajero,
con especial foco en salud privada y seguridad social.

LLAME HOY AL
0800 122 0102
y contacte a su ejecutivo ASSIST-CARD

**DIVISIÓN
SA+UD**
ASSIST-CARD

 **ASSIST-CARD**
THE TRAVEL CARE COMPANY

Sulpacha 1111 - Piso 9º - Ciudad de Buenos Aires - Argentina - CP 1008 - divisionsalud@assist-card.com.ar - www.assist-card.com - 0800 122 0102

Consulte condiciones de contratación en www.assist-card.com. Las condiciones generales a las que se limita ASSIST-CARD están a disposición del público en los locales de venta y se brindan al cliente en el momento de la compra. Las enfermedades preexistentes tienen exclusiones y limitaciones en los beneficios. Consulte las que corresponden al producto por usted elegido.

Más cerca de tu Salud



*Líder en medicina familiar
Sanatorio propio de alta complejidad
Centros médicos propios en todo el país
Tecnología de avanzada
Amplia cobertura*

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

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



CUIDAR LO MÁS VALIOSO.

Cuando la gente elige una compañía de medicina prepaga está pensando en el cuidado de lo más importante que tiene su vida.

Y lo que busca es la excelencia que ofrecemos todos los que formamos MAPFRE SALUD: el profesionalismo del equipo médico, la calidad de los centros de salud y el respaldo y la solidez de una compañía que está en todo el mundo.

mapfresalud@mapfre.com.ar | www.mapfresalud.com.ar



MAPFRE
SALUD

HEALTHHIMIS[®]

management solutions

SOLUCIONES TECNOLÓGICAS PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS





Primera etapa Billinghurst

Está naciendo una nueva Clínica Bazterrica.

Cuando cambiás por dentro, también se nota por fuera.



Nueva Maternidad con confortables habitaciones y Neonatología de Alta Complejidad.



Nueva Guardia de Emergencias y Urgencias para una atención más rápida y eficiente.



Nuevo Servicio de Diagnóstico por Imágenes, integrado en un mismo piso.

Billinghurst y Juncal • 4821-1600



NOVARTIS
1996-2006
10 AÑOS



Cuidamos y Curamos

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

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

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.



Clínica Santa Isabel

50 Años de Vida



**A LA INVESTIGACIÓN
LA ACOMPAÑAMOS CON PROTECCIÓN.**

COBERTURA PARA LA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA



RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL

PRUDENCIA
Seguros



**TODA LA SALUD PARA
LOS AFILIADOS,
GESTIONANDO DE
UNA MANERA
DISTINTA**

Florida 15 Piso 6º Piso
Línea Gratuita 0800-999-1656

www.ospat.com.ar - www.utta.org.ar



OSPAT

Obra Social del Personal
de la Actividad del Turf



Valores asegurados

En TPC sabemos que Confianza y Seguridad son valores irremplazables para construir su futuro profesional con tranquilidad.

TPC es la compañía especialista en **praxis profesional médica** que le brinda las coberturas y el servicio que usted necesita.

TPC es la compañía que asegura sus mejores valores.



COMPAÑIA DE SEGUROS

Av. Belgrano 634, Piso 9
1092AAT - Buenos Aires, Argentina.
Tel. (54.11) 4876.5300
Fax (54.11) 4876.5320
info@webtpc.com

CALIFICACIÓN



Excluidora
Latinoamericana S.A.



www.webtpc.com



Queremos estar cada vez más cerca

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

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

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



Comprometidos con la
salud y el bienestar

Casa Central | Av. L. N. Alem 690 1º Piso | Ciudad Autónoma de Bs. As. | (C1001AAO) | TE. 5254-5100 (Lr.)



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.

Plan Médicos

Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(*) Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica

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

Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a consultassmgseguros@smg.com.ar / www.smgseguros.com.ar

Tecnología y pensamiento estratégico coordinado para la atención de la salud

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



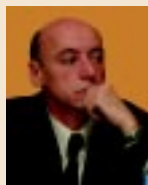
- ❑ profesionalismo
- ❑ innovación
- ❑ experiencia
- ❑ servicio personalizado



ADMIFARM GROUP
SISTEMAS GLOBALES DE SALUD

(5411) 4010-0200 / www.admifarmgroup.com
H. Yrigoyen 1628 Piso 1 Ciudad de Buenos Aires

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
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com

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: Sol Print Soluciones Gráficas, Araoz de Lamadrid 1920 - Capital Federal.

SUMARIO

20 Grageas

26 Obras Sociales

OSPAT renovó sus autoridades para el período 2011-2015



28 Primera Plana

Trasplantes: hacia un nuevo modelo de gestión



32 Columna

Armonía entre naturaleza y técnica



34 Columna

Acceso, efectividad clínica y sustentabilidad financiera: la construcción de un reaseguro para enfermedades catastróficas



36 Opinión

Otra vez la discusión sobre la Desregulación de las Obras Sociales



38 Columna

La Salud en la Sociedad de la Información



42 Columna

¿La responsabilidad civil médica ante el error diagnóstico?



44 Informe Especial

Los sistemas de salud en Latinoamérica y el rol del Seguro Privado



48 Columna

Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 (2ª Parte) (O inventando la pólvora)



50 Opinión

Avances & Retrocesos



52 Opinión

Nuestra vida está en juego, la suya también



El target de la Revista Médicos, Medicina Global es: Empresas de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Hospitales Públicos y Privados, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios Clínicos y de especialidades medicinales, Prestadores de servicios y Proveedores (Tecnología y Productos), Ministerios y Secretarías de Salud Pública (Nacionales y Provinciales), Empresas de Seguros ART, AFJP, y demás empresas e instituciones vinculadas al sistema de salud.





LA SALUD ES UNA CONDICIÓN BÁSICA PARA EL DESARROLLO EQUITATIVO E INCLUSIVO

**Somos 10.000 Centros de diagnóstico y tratamiento médico
15.000 Profesionales y 50.000 trabajadores
en todo el país**

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

UNIVERSAL ASSISTANCE PRESENTE EN EL I CONGRESO NACIONAL DE ENTIDADES SOLIDARIAS DE SALUD & FORO DE OBRAS SOCIALES



Universal Assistance participó del I Congreso Nacional de Entidades Solidarias de Salud & Foro de Obras Sociales que se realizó del 7 al 9 de abril en la ciudad de Mar del Plata, y fue organizado por la Obra Asistencial Mutual para los Agentes Municipales (OAM).

En dicho congreso, que contó con un importante número de acreditados y presencia de autoridades locales, se desarrolló un espacio de debate que tuvo como eje principal el abordaje de la salud pública argentina, y el rol que cumple el Estado nacional, las mutuales, las obras sociales y las prepagas.

También se trataron temas como la gestión de pacientes y marketing ético, programas de prevención, atención primaria y alianzas estratégicas.

Universal Assistance participó y auspició la primera edición de este congreso que propone profundizar el debate y ampliar el conocimiento sobre temas de suma importancia para la salud pública nacional. ■

LA FUNDACION DIAGNOSTICO MAIPU RECIBIO LA BANDERA DE LA PAZ



En una emotiva ceremonia, la organización Mil Milenios de Paz

entregó la Bandera de la Paz a la Fundación Diagnóstico Maipú por su constante compromiso con la comunidad y con la paz mundial. Por su parte, la Directora de la Fundación, la Dra. Graciela Fernández Alonso también fue distinguida como Embajadora de la paz por la misma institución.

La organización Mil Milenios de Paz cuenta con el apoyo de la UNESCO y del Ministerio de Cultura de La Nación y de Cancillería, entre otros y con la paz mundial. "Habrà paz en el mundo cuando haya Paz en el corazón de cada persona".

"Es un honor para la Fundación Diagnóstico Maipú y para mí personalmente recibir esta distinción. Nuestro compromiso es diario con quienes más lo necesitan, con la investigación y difusión de la salud, con la educación, la solidaridad, la cultura y el arte para la comunidad, comprometiéndonos hoy más que nunca en difundir la paz mundial, destaca la Dra. Graciela Fernández Alonso, Directora de la Fundación Diagnóstico Maipú y designada Embajadora de la Paz. ■

UNIVERSAL ASSISTANCE INVITO A SUS CLIENTES AL PRE-ESTRENO DE "UN TRANVIA LLAMADO DESEO"



Universal Assistance invitó a sus clientes al pre estreno de la obra "Un tranvía llamado deseo", estrenada oficialmente el pasado 20 de Abril. Directores y Ejecutivos de distintas empresas y compañías del sector de la salud participaron de este clásico de Tennessee Williams, que dirigió Daniel Veronese, y contó con la actuación protagónica de Diego Peretti y Erica Rivas. La cita fue el 14 de Abril en el Teatro Apolo de la calle Corrientes.

En línea con lo realizado en años anteriores, la compañía continuará invitando a sus clientes a disfrutar de más eventos deportivos y culturales a lo largo del año. ■



LA RED SOCIAL FUVU INAUGURO SUS NUEVAS INSTALACIONES

El pasado 29 de marzo la Red Social FUVU, inauguró oficialmente sus nuevas oficinas en la ciudad de Córdoba. En dichas instalaciones desarrollarán tareas la Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina (andar) y la Asociación de Viajantes Vendedores de la Argentina (AVVA), brindando diferentes servicios y actividades concernientes a la salud, asesoramiento gremial, turismo, capacitación y perfeccionamiento profesional.

Dicho edificio abrió sus puertas a todos los afiliados que mediante sus aportes hicieron posible este gran logro, y a todo aquel que quiera participar de las diversas actividades que se proyectarán en esta nueva etapa. Estuvieron presentes en el acto de inauguración, Luis María Cejas, Secretario General de la Federación Única de Viajantes de la Argentina (FUVU) y de la Asociación de Viajantes Vendedores de la Argentina (AVVA), Luis Carlos Cejas, Presidente de la Obra Social de Viajantes Vendedores de la Argentina (andar) y Fernando Crespo, Secretario de Actas, Prensa y Cultura (FUVU) y Juan Carlos Abuín, Delegado Regional del Sindicato de Viajantes Vendedores de Córdoba. ■

UNIVERSAL ASSISTANCE PRESENTE EN COPA DAVIS

La compañía Universal Assistance S.A. a través de su marca Travel Ace Assistance, estuvo presente en la primera serie de la Copa Davis por PNB Paribas, donde el equipo argentino consiguió un triunfo frente a la selección de Rumania.

Travel Ace Assistance, asistencia al viajero oficial de la Selección Argentina de Tenis, ofreció en dicho evento una carpa institucional donde los asistentes pudieron informarse sobre sus servicios y disfrutar la transmisión que los canales de TV, estaban realizando de dicha copa.

Con este resultado, el equipo nacional deberá enfrentar a la selección de Kazajistán en la segunda instancia de esta tradicional competencia. Dicho cruce se realizará nuevamente en la Argentina, durante los primeros días del mes de julio. Universal Assistance S.A., a través de su marca Travel Ace Assistance, volverá a estar presente. ■

NOTICIAS ADMIFARM GROUP



COCKTAIL PARA CLIENTES

En un restaurante de la zona de Palermo, el pasado 29 de marzo, Admifarm Group S.A., organizó un nuevo After Office para clientes y proveedores, tal como viene ocurriendo durante los últimos dos años. Todos los invitados han compartido un grato momento de relax y esparcimiento.

TORNEOS DE GOLF

El pasado 2 de abril, ADMIFARM GROUP organizó un nuevo Torneo de Golf en el Country Golf Banco Provincia de Buenos Aires. El evento contó con una gran participación de jugadores con un excelente nivel de juego. Felicitamos a todos los jugadores y a quienes hicieron posible el torneo.



CUMPLIMOS
20 AÑOS
Y NOS ENCANTARÍA
TIRAR LA CASA
POR LA VENTANA,
PERO COMO NO PODEMOS,
ORGANIZAMOS
UN CONCURSO
CIENTÍFICO.

Categoría 1: Enfermería en Internación Domiciliaria.

Categoría 2: Internación Domiciliaria.

Premio: \$5.000 para el primer puesto en cada categoría.

Envío de material: Cuba 1833, 5 piso, CABA (C1428 - AEA).

Cierre de inscripción: 1-10 -11

Para más información: info@encasa.com.ar



Internación Domiciliaria

LA CLINICA BAZTERRICA PRESENTO LA PRIMERA SALA HIBRIDA DE LA ARGENTINA



La Clínica Bazterrica, perteneciente al Grupo de Salud OMINT desde 2008, es la primera clínica en la Argentina en contar con una "sala híbrida" especialmente diseñada desde su concepción según los parámetros de la European Society of Cardiology, equipada con tecnología cardiovascular Philips, para intervenciones híbridas cardíacas y panvasculares. La sala híbrida comenzará a funcionar en el piso 8° de Clínica Bazterrica, destinado exclusivamente a Intervencionismo Endovascular, Unidad a cargo del Dr. Jorge Leguizamón, reconocido cardiólogo intervencionista argentino destacado por su trayectoria asistencial y académica. El Dr. Leguizamón es Director Asociado de la carrera de posgrado en Hemodinamia y Cardiología Intervencionista de la Facultad de Medicina de la UBA y del Colegio Argentino de Cardiólogos Intervencionistas, entrenamiento que se dicta bajo su tutela en la Clínica Bazterrica desde hace más de 15 años.

"Estamos orgullosos de contar con esta innovación tecnológica en la Clínica Bazterrica que permitirá incrementar la factibilidad y optimizar la seguridad y efectividad de estas prácticas, dado que la estructura y moderno equipamiento de esta sala unifica los requerimientos de una sala para intervenciones de la más alta complejidad mediante cateterismo con los

de un moderno quirófano cardiovascular", sostiene el Dr. Jorge Leguizamón.

Esta primera sala híbrida del país facilitará realizar procedimientos que no debieran ejecutarse de manera convencional, como por ejemplo el implante de válvula aórtica percutánea por vía transapical del ventrículo izquierdo; implantes de endoprótesis aórtica complementada con reinserción quirúrgica o by pass de los vasos carotídeos; implante de endoprótesis abdominal complementada con by pass femoro-femoral cruzado; cerclaje de ramas pulmonares, Stenting de ductus y septostomía auricular en niños con hipoplasia del ventrículo izquierdo; tratamiento del pie diabético isquémico combinando angioplastia y by pass y muchos otros.

Con estas incorporaciones edilicias y tecnológicas, la Clínica Bazterrica da un nuevo paso hacia su renovación integral, con beneficios concretos para los pacientes a través de procedimientos menos invasivos, más precisos y seguros. ■



MEDIFE EN EL MASTERS OF FOOD AND WINE LA EMPRESA DE SALUD FUE SPONSOR DE ESTE IMPORTANTE EVENTO GASTRONOMICO INTERNACIONAL

Del 31 de marzo al 3 de abril se realizó en Mendoza el Park Hyatt Masters of Food and Wine 2011, un evento gourmet organizado por la cadena hotelera que reunió lo mejor de la cocina internacional con la destacada vitivinicultura local.

Quince reconocidos chefs deleitaron a un centenar de turistas con platos exquisitos, que fueron servidos en las instalaciones de seis de las más importantes bodegas mendocinas. El programa incluyó activi-

dades de cata, prensado de aceite de oliva extra virgen, clases de cocina, espectáculos musicales, visita a "La Alborosa" -residencia del artista plástico Sergio Roggerone- y hasta una exhibición de polo, haciendo de ésta una experiencia para disfrutar con todos los sentidos.

A los turistas que participaron de la propuesta se sumaron cerca de setenta periodistas locales, nacionales e internacionales especializados -estos últimos proceden-

tes de Australia, Japón y EE.UU. entre otros-, así como más de treinta medios brasileños. La logística del evento demandó además la colaboración de unas 300 personas.

Para cuidar la salud de todos los asistentes, Medifé acompañó cada una de las jornadas con unidades móviles, dispuestas para atender cualquier dolencia urgente y/o realizar -de ser necesarios- traslados de emergencia desde los sitios visitados. ■

Premio Security 2010

EL DR. JULIO FRAOMENI FUE GALARDONADO COMO EMPRESARIO DEL AÑO 2010 EN EL RUBRO SALUD

La ceremonia se realizó en el Salón Juan Pablo II, de la Pontificia Universidad Católica Argentina, el 16 de Marzo de 2011. El Dr. Julio Fraomeni fue galardonado con el Premio Security por su labor como empresario del año 2010 en el rubro Salud.

Este reconocimiento se otorga a los empresarios, directivos, dirigentes o ejecutivos, en los diferentes rubros de actuación, que se hayan destacado- entre otros aspectos - por la equidad demostrada con los clientes, la excelencia en la prestación de los servicios y/o en la fabricación de los productos de la ética comercial puesta en evidencia.

Efectivamente, desde 1994 la empresa Galeno aspira a alentar y fortalecer principios tales como la ética, la excelencia, la integridad de los procedimientos y la vocación de servicio, con el único y excluyente propósito de destacar estos valores entre los Empresarios, Profesionales del Derecho y del Seguro, los exponentes de las distintas manifestaciones del Arte, la cultura y del quehacer nacional.

Este premio es también el reconocimiento para todo el Equipo de GALENO por su esfuerzo diario y por su profesionalismo entre los cuales están sus socios quienes eligen GALENO todos los días conformando así con su elección la Familia GALENO.

Entre otros destacados se premió a personalidades tales como el Ex Presidente de Uruguay Julio María Sanguinetti, el periodista Carlos Pagni de LA NACION, el Presidente de IDEA Lic. Gustavo Ripoll, y muchas más.

Próximamente GALENO estará inaugurando la Nueva Sucursal Concordia, Venado Tuerto y Mendoza en el Interior del País. De esta manera GALENO sigue marcando el rumbo en la calidad médica y continuará con una gran expansión nacional, en nivel de servicio, excelencia médica y en infraestructura sanatoria. ■



GALENO



Temp. public. 10/04/14

Cumplimos

nuestras promesas e innumerables objetivos.
Cumplimos con nuestros clientes y proveedores.
Cumplimos con la sociedad.
Construimos la empresa líder que
soñamos desde el primer día.

Cumplimos 10 años



VENTA, DISTRIBUCIÓN Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES

Av. Juan de Garay 437 - (C1153ABC) - Bs. As. - Tel/Fax: (011) 5554-7890 - Vtas. (011) 5554-7900
Scienza Responde: 0810-222-SCIENZA (7243) - scienzaresponde@scienza.com.ar
www.scienza.com.ar



ASE CELEBRO SU 34° ANIVERSARIO EN UNA EXCELENTE VELADA



los centros de salud de avanzada, resultará un aporte de ASE puesto al servicio de la mejor atención médica.

Ambos acontecimientos fueron celebrados en una cena realizada el 28 de abril pasado a la que asistieron los principales dirigentes de las empresas de Medicina Prepaga así como representantes tanto del Ministerio de Salud de la Nación, de la Superintendencia de Servicios de Salud y autoridades del Ministerio de Salud de la C.A.B.A, entre otros importantes funcionarios.

El presidente de la Obra Social ASE, José Carlos Piva expresó que constituye "un orgullo trabajar en este proyecto que significa ofrecer a la ciudad y en especial a nuestros beneficiarios un centro asistencial de excelencia en el cono sur. El apellido Finochietto nos llena de responsabilidad pero estamos convencidos de que haremos honor a su fama internacional".

Ubicado en el corazón del distrito médico de la Ciudad de Buenos Aires, el nuevo Sanatorio Finochietto - tendrá 12 plantas y un total de 14.600 metros cuadrados en Avenida Córdoba y Ecuador. El área de construcción se amplió con la adquisición por parte de ASE de espacios linderos y la obra avanzará en fases. Su inauguración está prevista para 2012.



Tendrá más de 130 habitaciones individuales para internación general y otras 27 habitaciones individuales en el área de cuidados intensivos de adultos. Contará con seis quirófanos, tres de los cuales "inteligentes". El sector de obstetricia tendrá dos salas de parto, dos quirófanos obstétricos y dos salas de parto. Contará además con 16 puestos destinados a cuidados intensivos neonatológicos. El proyecto fue desarrollado contemplando las necesidades funcionales de la actividad asistencial en instituciones de avanzada. Se han tenido en cuenta los más modernos conceptos de ecosustentabilidad que pondrán al Sanatorio Finochietto en la vanguardia de la ingeniería y la arquitectura hospitalaria. El uso eficiente de la energía y la disminución del impacto ambiental son ejes de trabajo fundamentales del nuevo proyecto.

ASE, Acción Social de Empresarios, nació en 1977 como una organización prestadora de servicios de salud que administra aportes y contribuciones del personal de dirección de empresas. ■

FUNDACIÓN MAPFRE

FUNDACION MAPFRE INICIA SU NUEVA CONVOCATORIA DE 60 BECAS DE FORMACION ESPECIALIZADA

A través de los Institutos de Prevención, Salud y Medio Ambiente, y Ciencias del Seguro la FUNDACIÓN MAPFRE convoca a las "Becas de Formación Especializada 2011", con el propósito de facilitar un período de formación de un mes en España a los profesionales iberoamericanos y portugueses que trabajen en la Administración Pública, Empresas Privadas, Universidades, Hospitales y Centros Sanitarios.

El importe de cada una de las becas convocadas será de 4.000 euros, divididos de la siguiente forma: 25 en el área de Prevención y Medio Ambiente, 25 en el área de Salud, 10 en el área de Seguros y Gestión del Riesgo.

Las becas se realizarán desde el 10 de octubre al 11 de noviembre de 2011, con la excepción del Programa de Formación Especializada en Seguros y Gestión de Riesgos, cuya duración máxima podrá ser de un año académico.

Los aspirantes deberán presentar sus solicitudes directamente a España (Paseo de Recoletos, 23. 28004 Madrid. España), hasta el día 31 de mayo de 2011, indicando la referencia del programa al cual aplican. El fallo se comunicará en julio a través de la página web. ■

ENCUENTRO TPC EN PUERTO MADERO

La Compañía de Seguros TPC especialista en praxis profesional, responsabilidad civil y caución, convocó el pasado 31 de marzo a sus Productores Asesores de Seguros junto a su Staff interno y a la prensa especializada de seguros, a celebrar el inicio del año 2011 con un evento diferente. En la tarde, zarpó el Galileo de Buenos Aires con los invitados y anfitriones a realizar un muy recomendable circuito por el Río de la Plata, desde donde pudieron disfrutar de un encuentro relajado.

El Dr. Fernando Gómez, CEO de la Compañía, dio oficialmente la bienvenida al año y compartió con los invitados algunas novedades: por un lado la apertura de dos nuevos Centros de Atención para Productores de Seguros que estarán en las oficinas del complejo Office Park Pilar, en zona norte, y otro más en Mar del Plata, cuyas inauguraciones serán el primero en el mes de mayo y el segundo para mitad de año. Por otro lado, nos dio a conocer la autorización por parte de la SSN para que TPC opere en el ramo Vida. También comentó los nuevos negocios concretados con compañías del exterior en el marco del Plan Latinoamericano de la aseguradora.

Finalmente, en su breve discurso, repasó el liderazgo en la rama de Responsabilidad Profesional Médica, el desarrollo permanente y equilibrado de la cartera y unas palabras de especial agradecimiento por el aporte que realizan cada uno de los grupos invitados para el crecimiento sostenido de la Compañía en el mercado. ■





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

OSPAT renovó sus autoridades para el período 2011-2015

El Día Mundial de la Salud, y en el marco de la Exposición Hípica argentina por excelencia, asumió el nuevo Consejo Directivo 2011-2015 de OSPAT. La Obra Social del Personal de la Actividad del Turf, celebró su institucionalidad con un acto en La Rural que reunió a muchas personas destacadas de la seguridad social así como de la actividad de origen de OSPAT, la hípica.

El Dr. Carlos Felice, Presidente de OSPAT, decía el 7 de abril: "Yo creo que el sindicalismo está viviendo momentos muy difíciles injustamente... Hay un dicho popular chino que dice "Ojalá vivas tiempos difíciles". Desde setiembre del año 2009 nosotros estamos viviendo injustamente tiempos difíciles. Sin embargo, nos guste o no, vivimos tiempos, para mí, interesantes. Son tiempos de peligro e incertidumbre, pero también son los tiempos más abiertos a la creatividad humana como nunca antes en la historia, con la única recompensa de tener nuestra conciencia tranquila." Y también: "Pocos cambiarán por sí mismos al mundo, pero estoy convencido de que en el rumbo de la historia cada uno de nosotros podemos empezar a cambiar una pequeña parte de los acontecimientos, y la suma de todos esos actos será la historia que escriba esta generación".

Se acercaron al Acto de Asunción, el Superintendente de Servicios de Salud, Ricardo Bellagio, el Presidente de la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, Adelmo Gabbi, representantes de entidades no gubernamentales y privadas del sector hípico y del sector salud, los prestadores de la red de OSPAT en toda la República Argentina, los representantes de los Jockey Clubs de las provincias, y destacados representantes de los medios y la prensa.

La nómina de las nuevas autoridades de OSPAT es la siguiente:

Consejo Directivo: Presidente: Carlos Daniel Felice; Vicepresidente: Juan Carlos Pérez; Tesorero: Luis Alberto Leguiza; Secretario de Actas: Elio Demartini; Secretario de Acción Social: Guillermo Taborda; Vocal Titular 1º: Ricardo Solaro; Vocal Titular 2º: Lucio Felice; Vocal Titular 3º: Rodolfo Guayama.



Dr. Carlos Felice, Presidente de OSPAT.

Comisión Revisora de Cuentas: Agustín Patricio de Iriondo; Fernando Daniel Igoillo; Norma Susana Betío.

"Salgamos entonces con esa conciencia tranquila a conducir los proyectos que amamos, pidiendo ayuda y bendición a Dios, pero conscientes de que su trabajo aquí debe ser realizado por todos nosotros, y en tanto en la vida los hombres estén

dispuestos a dar su vida por la libertad, la libertad ha de vencer". Con estas palabras, el Presidente de OSPAT cerraba el acto.

MODELO DE GESTION

El eje de la política sanitaria de OSPAT es conceptualmente antropológico y de gestión de calidad en la prestación de salud. La visión de OSPAT del sistema de salud es una visión filosófica, de valores, en la que el ser humano, nada menos, es el centro, el eje, de la política. La decisión que toma la conducción de la Obra Social OSPAT en certificar los procesos de gestión de la calidad de acuerdo a estándares internacionales ISO 9001:2008, va de la mano del modelo único que representa OSPAT dentro de su propio subsector. Su caso, es de un particular éxito: gestiona salud junto a los actores privados, particulares, redes de salud y a los actores del sector público, obteniendo como resultado un notable liderazgo en el marco de un sistema de salud solidario. □



Consejo Directivo de OSPAT.



Priority Home Care S.R.L.

Servicios Integrales de Salud Domiciliaria las 24 hs.

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

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

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

SERVICIOS:

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

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA:

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

NUTRICIÓN:

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

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

LOGÍSTICA:

Materiales descartables para todos los procedimientos a realizarse a domicilio.

RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN:

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

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD:

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

CONSULTORIAS:

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



Trasplantes: hacia un nuevo modelo de gestión

En el marco del ciclo de debates que organiza la Universidad ISALUD para celebrar su 20° aniversario, se realizó la “Jornada Internacional Trasplantes y Sistemas de Salud” que convocó al Dr. Carlos Soratti, Presidente del INCUCAI, quien ofreció un panorama acerca de los nuevos paradigmas para gestionar trasplantes. Además, la jornada contó con la presencia del Director Gerente del Hospital San Carlos de Madrid, el Dr. José Soto Bonel, quien presentó el modelo con que su Hospital encara el proceso de donación y trasplante.



La apertura contó con las presencias de Eugenio Zanarini, vicerrector de Universidad ISALUD; Carlos Alberto Soratti, presidente del INCUCAI; Gabriel Yedlin, viceministro de Salud de la Nación y el rector de la Universidad ISALUD, Carlos Garavelli.

Como parte del ciclo Debates Saludables que organiza la Universidad ISALUD, se realizó la Jornada Internacional Trasplantes y Sistemas de Salud, que contó con la presencia de Eugenio Zanarini, Vicerrector de Universidad

ISALUD; del Rector de la Universidad, Dr. Carlos Garavelli, del Viceministro de Salud de la Nación, Gabriel Yedlin, del Presidente del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implantes (INCUCAI), Dr. Carlos A. Soratti, y del Director

Gerente del Hospital San Carlos de Madrid, Dr. José Soto Bonel.

Los Debates Saludables funcionan, explicó el Dr. Garavelli, como un autohomenaje de la Universidad que, este año, está festejando su vigésimo aniversario y que sigue



teniendo muy en claro su objetivo central: "Crecer sin apartarnos de nuestra meta: formar gente para mejorar la calidad de vida". El trabajo que la Universidad ISALUD realiza juntamente con el INCUCAI se verá coronado con la creación de una Diplomatura en Gestión de Trasplantes, que se desarrollará, según destacó Garavelli, "para seguir formando a nuestros expertos tanto técnica como académicamente". Fue con el mismo espíritu que la Universidad organizó la jornada sobre trasplantes, para poder así intercambiar experiencias y modelos con referentes tanto de Latinoamérica como de Europa.

La Jornada reunió a especialistas de la región con profesionales del ámbito internacional, quienes pudieron intercambiar experiencias, opiniones y modelos para aportar un diagnóstico acerca de las problemáticas implicadas en el proceso de trasplante: la formación, la gestión y el compromiso. Fue el Viceministro de Salud de la Nación, Gabriel Yedlin, quien dio inicio a la Jornada; recorrió en detalle los últimos días de la agenda oficial del Ministerio para evidenciar así la relevancia que la temática de trasplantes posee en ese ámbito. Además, valorizó emprendimientos como los de la Diplomatura en Ges-

ción de Trasplantes, que apuntan a una formación de excelencia y que aportan herramientas idóneas para el manejo de estos temas.

Más tarde, el Presidente del INCUCAI, doctor Carlos Soratti, presentó la conferencia introductoria "Cambio de paradigma en los sistemas de salud: de la gestión de la procuración y trasplantes a la gestión de programas para enfermedades crónicas tratables a través de trasplante de órganos, tejidos y células". En su ponencia, Soratti recordó hitos centrales de la historia del proceso de trasplantes, a la vez que delineó las problemáticas particulares de nuestro país y trazó los nuevos modelos que pueden entrar en acción para la gestión de estos procesos. Por su parte, el Dr. Soto Bonel expuso el funcionamiento del Hospital San Carlos de Madrid, un ejemplo de eficiencia en lo que hace a donación y trasplantes, y subrayó el rol de la generosidad y el compromiso para obtener un modelo funcional.

UN TEMA CENTRAL EN LA AGENDA OFICIAL

La exposición del Viceministro de Salud dejó en claro la relevancia que el tema trasplantes tiene en el ámbi-

to del quehacer ministerial. Así, y sólo en unos pocos días de agenda oficial, el Ministerio formó parte de numerosas actividades vinculadas con la temática de donación y trasplantes. En materia edilicia, Yedlin destacó la reforma del quirófano del Hospital San Martín, de Paraná, que fue realizada con recursos del INCUCAI. Además, el Viceministro se refirió al trabajo de discusión en gabinete, que apunta a "achicar la cantidad de pacientes en diálisis, para que puedan ingresar en lista de espera para trasplantes". Por otra parte, el Programa de Seguimiento Postrasplante, diseñado conjuntamente con la ANMAT y que ahonda en la investigación sobre inmunosupresores, evidencia también la relevancia que este tema viene sumando en el último tiempo.

Para enfatizar aún más la posición destacada de la temática de trasplantes, Yedlin puntualizó algunas de las actividades que, este año, tendrán como eje la donación y los trasplantes. A los festejos por el Día del Donante de Células le seguirá una reunión con directores de hospitales de alta complejidad en la que, remarcó el Viceministro, "hablaremos sobre gestión y sobre



OSIM Obra Social
de Actividades
Empresarias

la opción de cambio

Montevideo 373, 4° piso
C1019ABG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(011) 4010-OSIM
(6746)

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



la organización de los hospitales donantes". Además, en noviembre de 2011, tendrá lugar, en nuestro país, el Congreso Internacional de Donación de Órganos, que constituirá "una fantástica oportunidad de trabajo". El Día Mundial del Donante de Sangre, según Yedlin, será también "un aporte a la sensibilidad". "Este año, tenemos una oportunidad extraordinaria para seguir creciendo en este tema", destacó el Viceministro, "pero para esto hay que seguir capacitándose". Fue en este sentido que enfatizó la importancia del lanzamiento de la Diplomatura en Gestión de Trasplantes.

HACIA UN NUEVO MODELO EN LA GESTIÓN DE TRASPLANTES

Como introducción a su conferencia, el doctor Soratti remarcó cuán importantes son los encuentros profesionales "que nos llevan a aprender y a posibilitar un crecimiento para generar respuestas al tema de los trasplantes". A la vez, enfatizó el carácter internacional de la convocatoria, que incluyó referentes tanto latinoamericanos como del ámbito europeo.

Más tarde, Soratti presentó un recorrido histórico en el que fue explicando los hitos en las investigaciones y desarrollos sobre trasplantes. Recordó que fue en 1901 que se hizo concreta la viabilidad de los trasplantes, a partir de los experimentos en animales. De allí en más, señaló, "se abrió un ca-

La Jornada reunió a especialistas de la región con profesionales del ámbito internacional, quienes pudieron intercambiar experiencias, opiniones y modelos para aportar un diagnóstico acerca de las problemáticas implicadas en el proceso de trasplante: la formación, la gestión y el compromiso.

pítulo de investigación que se extendió hasta 1950: medio siglo de búsqueda." El primer hito de la historia del trasplante tuvo lugar en 1954, con el primer trasplante, realizado entre gemelos, en la ciudad de Boston. Y aunque en los sesenta se realizaron los primeros trasplantes de todos los órganos, Soratti puntualizó que fue "una década signada por la experimentación, con resultados pobres porque los recursos de la inmunosupresión todavía eran escasos". Fue en la década del ochenta que se produjo el salto cualitativo

y cuantitativo más importante. Con ese crecimiento, también surgieron nuevos interrogantes sobre cuestiones tanto médicas como bioéticas: la escasez de órganos, los criterios de asignación para ese recurso escaso, la regulación y los registros de cada trasplante. En cambio, la década del noventa, comentó Soratti, estuvo signada por temas ligados a la organización: "Son temas que postulan un desafío real para el sistema sanitario". "El trasplante de órganos puede entenderse como la gran aventura del Siglo XX", sintetizó Soratti: se trató, según el doctor, del evento más revolucionario en la ciencia médica y abrió un nuevo capítulo en la historia de la humanidad: "Es un logro antinatural en el que la intervención humana, tras muchas investigaciones, viola una ley natural".

Soratti pasó luego a presentar algunas cifras que atestiguan el estado actual del proceso de trasplantes. Según la OMS, en 2008 se realizaron más de 100 mil trasplantes en el mundo, de los cuales un 70% fueron renales. De esa cantidad, 12 mil corresponden a América latina, también con una marcada predominancia de trasplantes renales. A partir de estos datos, Soratti remarcó la magnitud que la enfermedad renal crónica ha adquirido en los últimos tiempos. "En el caso de la Argentina, si no se interviene, de aquí a diez años tendríamos 35 mil pacientes en diálisis", advirtió. "El problema es que conocemos sólo la punta del iceberg de la enfermedad renal crónica, por la cantidad de pacientes que dializamos". La incidencia de esta enfermedad es tal que, señaló Soratti, en 2006 el 2,7% del gasto nacional total en salud fue en diálisis. "La sobrevivencia con diálisis es más baja que la del paciente trasplantado y, a la vez, los costos del trasplante, con el tiempo, son menores", subrayó.

Este panorama en relación con la enfermedad renal crónica lleva a plantear varios nudos críticos, como el déficit de un abordaje integral, la falta de detección temprana y prevención secundaria y los obstáculos en la accesibilidad. Ante esta situación, Soratti sugirió que "la única forma de abordar este tema es pensar que la enfermedad renal crónica es



Carlos Alberto Soratti, presidente del INCUCAI.



un problema de salud pública". De allí la importancia de trabajar para un modelo integral: "El abordaje tiene que ser integral, orientado hacia una articulación interprogramática que genere una interrelación cada vez más importante", concluyó el Presidente del INCUCAI.

EL MODELO DEL HOSPITAL SAN CARLOS

El doctor José Soto Bonel, quien hace diecisiete años está al mando del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, presentó la dinámica con la que, en su Hospital, se maneja todo lo concerniente a donación y trasplantes. "Desde el momento de la detección del donante hasta el trasplante, hay una cadena que involucra a más de 110 profesionales", señaló. El éxito que el Hospital San Carlos tiene en este área forma parte también de un accionar nacional que, el 28 de marzo de 2009, llevó a España a romper su récord de trasplantes diarios: ese día, se realizaron 32, en un evento que incluyó a 13 donantes, 23 hospitales, 2 servicios de urgencias y a más de 500 personas.

Parte de estos logros pasa por un enfoque analítico, pues, como explicó Soto Bonel, "el costo de un trasplante renal se amortiza en 2 o 4 años con lo que se ahorra en diálisis". Además, también cuenta en esta ecuación el aumento en la calidad de vida. Una encuesta realizada entre la población general reveló, comentó Soto Bonel, que para la gente lo más importante en un trasplante no es el ahorro en los costos, sino "el aumento de la calidad de vida y el poder vivir más tiempo". La incidencia de la donación y los trasplantes en la expectativa de vida resulta así espectacular: "En promedio, con cada donante que dona todos sus órganos se ganan 30 años de vida para la población", indicó el director.



José Soto Bonel, director gerente Hospital Clínico San Carlos.

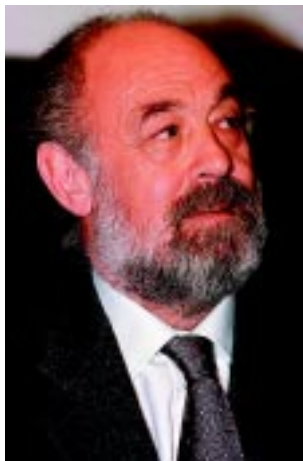
La donación, sin embargo, es un proceso que también presenta sus trabas. "Hoy en día se ve un descenso en el número de donantes que surgen de muerte encefálica, por lo que la cantidad de donantes baja". Además, señaló el doctor, también está en aumento la edad de los donantes. En este panorama, fue en 1989 que el Hospital San Carlos realizó la primera extracción de órganos de donante con corazón parado. "Hoy por hoy, tenemos muchos más donantes a corazón parado que por muerte encefálica", puntualizó Soto Bonel. Son 553 los donantes conseguidos por su Hospital hasta el día de hoy, lo que lo pone a la cabeza de su país.

"Lo que garantiza la continuidad es que el Programa de Trasplantes se convierta en un motivo de orgullo

para los profesionales involucrados", destacó Soto Bonel. En este sentido, la recompensación monetaria pierde importancia frente a la motivación por el liderazgo: "Si cada vez el presupuesto es menor, la única forma de mantener el programa es tener el reconocimiento por el liderazgo en nuestra actividad", sintetizó. Además, corroboró el director, también resulta necesario perfeccionar la organización: "Lo que funciona bien es lo primero que hay que retocar porque es lo que puede mejorar aún más la productividad". Según concluyó Soto Bonel, el éxito del modelo español, en este sentido, no está vinculado a una mayor cantidad de dinero invertido, sino al "dinero invertido de otra manera", y a la importancia del liderazgo y de la generosidad de los donantes. □


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





Armonía entre naturaleza y técnica

Por el Doctor Ignacio Katz

“Si queremos vivir en armonía con los demás seres vivos del planeta, debemos aprender a pensar como piensa la naturaleza”

Gregory Bateson

Por estos tiempos, las noticias nos traen situaciones que vuelven a poner en escena la necesidad de aunar el desarrollo científico y técnico con la moral. No se trata de rechazar los avances que la ciencia nos brinda para mejorar la calidad de vida, sino de saber combinarlos con una perspectiva humanitaria y responsable. Necesitamos ingresar en una etapa de maduración racional, para dejar de lado tanto el fundamentalismo que se obsesiona con el uso sistemático de la tecnología, como con aquellos que reniegan de las conquistas que el ser humano ha logrado en materia de conocimiento y aprovechamiento de los recursos.

De lo que se trata, en suma, es de emplear a la ciencia para el desarrollo y la organización de la vida. El caso de Fukushima muestra señales de advertencia a la humanidad, sobre la necesidad de volver a encarrilar el conocimiento científico en un esquema compatible con los valores sociales. Ya expertos japoneses advierten sobre la presencia de radioactividad en peces y en ciertos cultivos de la zona cercana al desastre. En este sentido, recordemos que se han detectado niveles de yodo y cesio próximos a la costa japonesa que son superiores a los considerados normales. Estos días nos traen la noticia que las autoridades japonesas piensan “sellar” áreas de la región afectada por el problema nuclear. Esa manera de actuar es apenas una “aparición de progreso”, una fachada. Las radiaciones no respetan barreras físicas ni regiones creadas artificialmente. Su naturaleza no se moldea con sellados, ya que tiene otra composición. La contaminación no respeta fronteras.

Fukushima no es solamente Fukushima. Desde hace más de 60 años se vienen desarrollando pruebas nucleares en distintas partes del mundo, y la reflexión sobre esas prácticas ha ido silenciándose. En Estados Unidos, se realizan ejercicios atómicos en el desierto de Nevada, a 100 kilómetros de Las Vegas, por no hablar de las pruebas nucleares francesas en los atolones de Mururoa, también llamado Moruroa, del Pacífico. Valga el significado del término Moruroa en la lengua mangareva: “Isla del Gran Secreto”.

Ante “lo sucedido”, la encrucijada no pasa por anular el desarrollo nuclear, sino por la honda preocupación, por su empleo irresponsable.

DESCORRIENDO EL VELO

La energía nuclear no tiene que ver únicamente con reactores nucleares. Hablar de ella es también hablar de sus benéficos usos en medicina. Cuando suceden ciertas catástrofes, aparece la “cuestión nuclear”, ¿pero qué representa ese tipo de energía en el campo sanitario? ¿Cuánto sabemos y cuánto ignoramos?

Comencemos por el término “milisievert”. ¿Qué significa? Es la unidad de medida de la radiación nociva en el cuerpo humano. Radiografías y tomografías (estas últimas especialmente) y otros estudios generan radiación que absorbe la persona que es sometida a esa práctica. ¿Están realmente los médicos compenetrados acerca de los riesgos de indicar estos estudios reiteradamente? ¿Sabemos los límites tolerables por el organismo?

Debemos contemplar también que la exposición a determinados niveles de radiación puede generar dos tipos de reacciones: la considerada “directa” y la “estocástica”. La primera, menos frecuente, es consecuencia de la exposición a muy altas cantidades de radiación, y causa desde quemaduras hasta la muerte, en muy poco tiempo.

La segunda, más silenciosa, actúa por acción residual, que depende de la vida media del elemento radiactivo, no genera un daño inmediato en nuestros cuerpos pero sí en 10 o 20 años, cuando pueden surgir sus consecuentes efectos. Vale decir: si no hay un control y un uso racional de ciertos estudios médicos basados en la medicina nuclear, aumentan las posibilidades indeseadas, en mediano o el largo plazo.

No se trata de ser apocalípticos, sino de ser responsables. La ciencia está a nuestro servicio, y está bien que así sea. Es inevitable aceptar los avances que de ella obtenemos, para mejorar nuestra calidad de vida. El alarmismo y el sensacionalismo con el que algunos suelen abordar estos temas no deben tener cabida en un enfoque racional del fenómeno.

La aplicación de la energía nuclear tiene una gran importancia en la actividad médica, tanto a nivel del diagnóstico como de lo terapéutico. Ese tipo de energía, correctamente empleada, y con criterios científicos, ayuda a mejorar la calidad de vida.

Sabemos que el manejo de los antibióticos y antivirales de manera inadecuada nos lleva a que microbios y virus se acostumbren a aquellos y consoliden su resistencia. Por lo tanto, ya es conocido que hay que hacer un uso racional y responsable de ese tipo de medicamentos, para no terminar reforzando las enfermedades en vez de combatirlas. Lo mismo vale para el uso de la energía nuclear. Un manejo racional y responsable es condición fundamental para evitar el efecto contrario al deseado.



El equilibrio entre las necesidades de diagnóstico y el valor intrínseco de la vida es el centro de la cuestión.

De lo que se trata entonces es de hacer confluir armónicamente el progreso con el humanismo. No habría avance científico en un planeta hipotecado a corto plazo, como tampoco salud en un paciente al que se lo somete a estudios sin control.

EL TURNO DE LOS MEDICOS

Es necesario subrayar la importancia que significa hoy contar con una medicina nuclear que posibilite abordar investigación, diagnóstico y tratamiento con un margen de certeza como el actual. Sin embargo, algunos profesionales del campo sanitario parecieran no tener en cuenta las consideraciones relacionadas con la exposición de los pacientes a los estudios basados en dicho recurso. En este sentido, se registran casos de indicación sistemática de tomografías, cuando bien sabemos que éstas deben realizarse cuando se consideren estrictamente necesarias. Por momentos, quizá fascinados por las innovaciones tecnológicas, se elige ese camino en vez de recurrir a otros métodos que, con menos riesgos, también nos aportarían información para realizar el diagnóstico adecuado.

Luego, es fundamental la capacitación y entrenamiento permanente del personal involucrado en medicina nuclear, radiología y diagnóstico por imágenes. Por último, y no por eso menos importante, hay que difundir los criterios de "protección radiológica del paciente" en la comunidad asistencial, en particular entre las autoridades, asociaciones médicas, obras sociales y prepagas.

Hay numerosos actores que tienen que coordinar sus esfuerzos para garantizar esta aplicación que combine moral y avance científico. En primer lugar, la Autoridad Regulatoria Nuclear, que es el organismo del Estado Nacional que se encarga de velar por el buen uso de ese tipo de energía en nuestro país. En segundo término, los profesionales de la salud, agrupados tanto en asociaciones, colegios y gremios, ya que son quienes solicitan o están involucrados en ese tipo de estudios. En tercer lugar, las entidades no gubernamentales y universidades, para que se hagan cargo de esta problemática desde una perspectiva humanista y científica, ya sea a través de investigación y docencia como también por medio de campañas públicas para informar seriamente a la ciudadanía de las implicancias, beneficios y riesgos de los estudios basados en la medicina nuclear. Ante indicios de un uso desmedido de estos estudios por parte de ciertos profesionales, es hora de que la ética se combine con la ciencia.

Este escrito procura reflexionar sobre cómo progreso y humanismo no son antagónicos, siendo su clara muestra la medicina nuclear, en cuyo campo se han desarrollado técnicas como la tomografía por emisión de fotón único (SPECT) o la tomografía por emisión de positrones (PET). Y a la vez intenta señalar cómo, a partir de una catástrofe natural a la que se le adiciona un desastre tecnológico, se desencadena una siembra radiactiva, que obliga a reconocer no sólo las lesiones focales y la expansión de la contaminación, sino también las consecuencias estocásticas de las mismas.

Por último, recordemos lo expresado por el pensador Georges Canguilhem: "equivocarse es humano; perseverar en el error, es diabólico". □

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)



DIPLOMATURAS Y CURSOS CORTOS Presenciales y a Distancia

- Gestión de Obras Sociales
- Economía y Gestión de la Salud
- Almacenamiento, Distribución y Transporte de Medicamentos
- Cuadro de Mando Integral en Salud
- Auditoría Médica
- Práctica Procesal para Peritos Profesionales de la Salud
- Costos y Facturación en Salud
- Diseño de Proyectos en Discapacidad
- Emprendimientos en Salud
- Protección Civil, Emergencia y Ambiente
- Planificación en Salud, Estrategias y Proyectos
- Recursos Humanos y Capital Intelectual
- Gestión de Calidad

POSGRADOS AGOSTO 2011

- **Maestría en Gestión de Salud Ambiental**
Res. N°1853/08 MECyT. Proyecto aprobado por CONEAU
- **Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria**
Res. N° 584/09 MECyT. Proyecto aprobado por CONEAU

5239.4045/22/33
www.isalud.edu.ar - informes@isalud.edu.ar

Venezuela 931 - Venezuela 75B - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



www.isalud.edu.ar/facebook



[Twitter@UISALUD](https://twitter.com/UISALUD)





Acceso, efectividad clínica y sustentabilidad financiera: la construcción de un reaseguro para enfermedades catastróficas

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

Las enfermedades financieramente catastróficas constituyen una fuente creciente de preocupación en aquellos sistemas de salud parciales y fragmentados.

Las enfermedades catastróficas pueden definirse desde la bibliografía especializada como aquellas que tienen:

- a) bajo impacto sobre la carga de enfermedad (incidencia baja y el tratamiento en muchos casos es paliativo dado que no existe alternativa de curación).
- b) alto costo de los tratamientos por que requieren intervenciones de alto costo en algunos casos y en otros requieren tratamientos repetitivos y prolongados en el tiempo (cáncer, cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedades mentales, discapacidades, etc.).¹
- c) generan severos daños en la salud y la economía familiar de quien las padece.
- d) Una parte importante de los gastos están destinados a medicamentos.

Las enfermedades raras son un grupo de patologías que afectan a un número reducido de personas, 1 cada 2.000 habitantes.² En países con cobertura universal e integral el pool de riesgo (toda la población del país) permite compensar los riesgos individuales con los colectivos. En los sistemas mixtos donde conviven público, privado y seguridad social los fondos aseguradores que tienen una escasa cantidad de afiliados no pueden manejar los riesgos. Por ejemplo una familia hemofílica rompería el equilibrio actuarial existente.

El cáncer se fue convirtiendo en la principal causa de muerte en el mundo, superando las dolencias cardíacas y matando más gente que el Hiv-Sida, malaria y tuberculosis juntas. En el año 2030 el mundo tendrá 27 millones de enfermos y estará obligado a sepultar 17 millones de personas por año afectados por esta dolencia.³ Los especialistas plantean que el cáncer será en breve una epidemia. El paciente crónico complejo y/o frágil supone un 5% de la población y consume el 65% de la totalidad de recursos sanitarios.⁴

Como bien señala Federico Tobar⁵ "los países que lograron un modelo universal y único de protección social en salud, las catastróficas sólo presentan el desafío de una evaluación tecnológica adecuada y de protocolización de los tratamientos para lograr que los pacientes tengan respuestas homogéneas en calidad".

Como bien es sabido en la Argentina convivimos con un esquema de cobertura fragmentado que genera serios problemas a los fondos de enfermedad al no poder alcanzar un pool de riesgo de equilibrio donde los riesgos buenos primen sobre los malos. Cuando el riesgo se divide en millones de beneficiarios no hay pacientes caros. Por ejemplo tratar a un paciente con Enfermedad de Gaucher puede costar más de u\$s 300.000 dólares al año, esto compromete a un fondo pequeño pero resulta insignificante repartido entre 40 millones de habitantes.⁶

La fragmentación política e institucional conduce a una situación de mercado, donde cada asegurador intenta resolver las necesidades de su población en forma individual sin contar con mecanismos solidarios e institucionales.

Las obras sociales sindicales y empresariales a partir del decreto 1615/1996 tienen un instrumento que es la Administración de Programas Especiales, cuya competencia y financiamiento se extraen de la Superintendencia de Servicios de Salud. Fue creado con el objetivo de descargar a las OO.SS. (fondos de enfermedad) de aquellas patologías menos frecuentes y más costosas pero ha carecido durante todos estos años de una gestión técnica sólida en el campo de lo actuarial y médico además de los problemas consabidos de transparencia en la asignación de recursos. Financiar prestaciones y/o tratamientos farmacológicos en base a historias clínicas inexistentes es un hecho muy grave que muestra los problemas de ausencia de controles y sanciones.

Por otra parte y en lo que constituye el mayor fondo de enfermedad del país, el INSSJP quien tiene a su cargo 4,2 millones de personas y cuenta con un nivel de ingresos (más de 15.000 millones de pesos anuales) que le permiten un mayor margen de maniobra para financiar prestaciones especiales incluso para darse el lujo de

1-Propuesta para un sistema de Cobertura de Enfermedades catastróficas en Argentina. Jorge Colina. Fundación MAPFRE Estudios de Madrid.

2-Enfermedades raras: la organización disminuye la complejidad y mejora resultados Carlos Vassallo y Esteban Lifschitz.

3-Estas son conclusiones del Informe 2008 World Cancer Report divulgado por la Organización Mundial de la Salud.

4-Son los datos que aportó David Baulenas, director médico del Consorcio Hospitalario de Mollet del Vallès, a la mesa de debate sobre colaboración interprofesional en el entorno sanitario, celebrada en Barcelona en el marco del Congreso Europeo de Farmacia, Infarma 2011.

5-¿Qué aprendimos de las reformas de salud? Evidencias de las experiencias internacionales y propuestas para Argentina. Federico Tobar. Fundación Sanatorio Guemes. 2010.

6-Idem cita 5



financiar en forma irracional determinadas prestaciones no siempre costo-efectivas.

Las obras sociales provinciales que están financiadas por los gobiernos provinciales y los empleados públicos se encuentran ante una variedad de casos de diversa dificultad, aquellas más pequeñas no pueden cubrir con los recursos y los gobiernos tienen que financiar o bien recurrir a mecanismos como la lotería provincial para poder realizar trasplantes y otras prestaciones complejas. Las más grandes tienen un margen mayor no obstante están buscando alternativas que les permitan compensar riesgos y coberturas ampliadas. Durante el año 2005 una obra social provincial con aproximadamente 450.000 personas beneficiarias de las cuales sólo 12.000 de ellos gastaban el 36% del total de los recursos. Desde la Presidencia de la COSSPRA se intenta avanzar en el dictado de una ley nacional que encuadre como políticas públicas a ciertas enfermedades de baja incidencia y alto costo.⁷

La demanda de salud (tecnologías y medicamentos) no puede ser dejada en libertad de albedrío para que se coordine en forma espontánea por proveedores y pacientes. La asimetría informativa y los incentivos mal ubicados terminarán descargando sobre los fondos de enfermedad los mayores costos por comportamientos oportunistas del prestador y/o del paciente. La ausencia de criterios de regulación y una interpretación sin límites del derecho a la salud abierto con la reforma constitucional de 1994, están impactando progresivamente en el gasto sanitario.

Los seguros requieren programas de seguimiento de los pacientes más riesgosos (diabéticos, hemofílicos, fibroquísticos, etc.) con un sistema de alertas para el mantenimiento de la salud. Identificar grupos de riesgo que son los que requieren más presupuestos y que están sujetos a prescripciones y tratamientos no siempre costo efectivos. Los nuevos modelos de gestión de la enfermedad sin embargo no pueden controlar ni reducir el impacto de enfermedades catastróficas o de baja incidencia que se ven beneficiadas por los desarrollos de la biotecnología y la medicina genómica.

La Argentina como consecuencia de la alta inflación y de la inseguridad jurídica que ya arrastra varios años no tiene un desarrollo del sistema de seguros y reaseguros de salud.

El reaseguro constituye un esquema de superposición de la protección de los riesgos otorgando mayor estabilidad y solvencia al asegurador, que es quien, frente a sus beneficiarios asegurados, tiene la obligación de asumir el costo de las reclamaciones por eventos cubiertos por la cobertura legal. En los últimos tiempos asistimos también a un proceso de judicialización de la medicina como consecuencia de no haber sometido al Programa Médico Obligatorio a un debate más técnico, más amplio y analizando la sustentabilidad de lo finan-

ciero y costo efectividad de las prestaciones que allí se incluyen.

Con el Reaseguro se tiende a homogeneizar los valores asegurados y se limitan las responsabilidades asumidas, con lo que se permite el control de la frecuencia de siniestros (probabilidad de ocurrencia), de la intensidad del siniestro (alcance) y de su importe (cuantía), todo lo cual favorece una mayor capacidad y oferta de seguros para poder asumir un mayor espectro de riesgos. En términos sencillos y entendibles podríamos definir al reaseguro como "el seguro del seguro". En el caso de la cobertura de salud que nos ocupa intentaré explicar cómo funciona un reaseguro de un plan de salud.

Se trata de un contrato que suscribe la empresa aseguradora de salud con otra compañía (la reaseguradora), para que cubra parte (o la totalidad) del costo de determinados siniestros de muy baja incidencia pero con un alto costo particular. Es la manera que tienen las entidades aseguradoras de asumir riesgos más elevados, como los que se van a ir presentando cada vez con mayor frecuencia considerando los desarrollos científicos tecnológicos en el área de la medicina, en particular el avance de la biotecnológica, la genómica, la nanotecnología y la informática aplicada a resolver problemas de salud muy complejos.

Los fondos de enfermedad (prepagas y obras sociales) han construido sus empresas sobre la base de un paradigma que comienza a tener serios problemas. Asegurar a personas sanas, jóvenes y brindar la prestación cuando la misma es solicitada o reclamada por el asociado correspondiente. Son muy extraños y limitados los casos de aseguradoras que gestionan la salud de la población, que trabajan en prevención, en educación para salud y promoción y que se anticipan a la enfermedad.

Más allá de las prevenciones respecto del incremento de los costos por innovaciones tecnológicas, reclamos judiciales y mayor demanda de los pacientes me permito ser optimista respecto a que en los próximos años asistiremos al desarrollo de instrumentos de reaseguros que permitan gestionar el riesgo sanitario en forma sustentable y superar este serio inconveniente que comienza a impactar cada vez más en las asignaciones presupuestarias de los fondos de enfermedad. La población sana que es la que menos demanda comenzará a tener dificultades para "mantener" su salud si los fondos no toman medidas con premura.

El camino de la racionalidad implica buscar instrumentos que permitan agrupar los riesgos de la población y diluirlos evitando los riesgos de seguir administrando en forma dispersa y fragmentada. □

7-Los nuevos paradigmas de las obra sociales provinciales. Declaraciones del Dr. Antonio La Scaleia. Presidente COSSPRA. Baires Salud.



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





Otra vez la discusión sobre la Desregulación de las Obras Sociales

Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Towers Watson

I A qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de la Desregulación de las Obras Sociales?
A la libertad de cualquier afiliado que, no conforme con las prestaciones que le brinda la Obra Social de su actividad gremial específica, decide cambiarse a otra Obra Social que presta servicios, ya sea en forma directa o a través de empresas de medicina prepaga.

Veamos algunos números para conocer el fenómeno:

- Sobre un total de 245 Obras Sociales del sistema –Obras Sociales Gremiales, de Dirección y por Convenio– 25 de ellas, es decir prácticamente el 10%, concentran la gran mayoría de las opciones de cambio realizadas.
- Desde que comenzó a operar la desregulación más de 2.600.000 opciones tuvieron como destinatarias a alguna de las 25 Obras Sociales comentadas.
- Es decir que aproximadamente 200.000 personas al año y algo menos de 17.000 por mes, prefieren estas entidades a sus Obras Sociales de origen.

Ahora bien, para entender el porqué de este proceso, trataremos seguidamente de señalar, en líneas generales, qué es lo que diferencia a la mayoría de las Obras Sociales de los gremios respecto de las empresas de medicina prepaga.

Previamente deben hacerse dos salvedades:

- 1) Cuando hablamos de Obras Sociales gremiales estamos describiendo lo que es habitual encontrar en la mayoría de ellas y en la seguridad que probablemente exista más de una entidad que no se encuadra en la descripción general.
- 2) Cuando hablamos de empresas de medicina prepaga nos referimos a lo que es la práctica dominante en el mercado para las cuatro organizaciones (Galeno, Medicus, Omint y Swiss Medical) que nuclean a la mayoría de los asociados de este tipo de servicios. A esta nómina podría perfectamente sumarse OSDE –receptora de una parte importante de la desregulación– con la aclaración que se trata de una Obra Social y no de una empresa de medicina prepaga.

Veamos entonces las principales diferencias:

- La mayoría de las Obras Sociales gremiales tienen un Plan Médico único, no importa cuál sea el aporte del beneficiario. En las empresas de medicina Prepaga el diseño del Plan Médico está en relación directa con el precio que la persona paga (ya sea por aportes y contribuciones, como por el pago de una cuota mensual).
- Las cartillas médicas de las Obras Sociales son en general acotadas, es decir de menor accesibilidad. La atención se hace mayormente en “Policonsultorios” debiendo en la mayoría de los casos, salvo urgencia, aguardarse varias semanas para obtener un turno. En las empresas de medicina Prepaga el socio cuenta con una cartilla donde puede elegir el profesional que lo atenderá en su consultorio. La espera está en directa relación con el prestigio que ese profesional tiene.
- La nómina de instituciones sanatorias en las Obras Sociales es en general reducida y no incluyen las Clínicas y Sanatorios de mayor prestigio. Las empresas de medicina prepaga cuentan con las entidades de mayor prestigio y cada una de ellas es titular de tres o más instituciones (aquí debemos exceptuar a OSDE, que no cuenta con “camas propias”, según la jerga de la industria).
- La cantidad de farmacias donde se pueden comprar medicamentos con descuento es sumamente más importante en las empresas de medicina prepaga que en las Obras Sociales Sindicales. En muchos casos, la relación es 10 a 1. Es decir que la accesibilidad para obtener el beneficio es claramente diferente.
Por otra parte, en no pocas Obras Sociales existe lo que se denomina “Vademecum”. Esto significa que solo los medicamentos y marcas incluidas en ese listado están cubiertos. Naturalmente, el resto debe ser abonado en su totalidad por el afiliado.
- En materia odontológica ocurre algo similar a la atención médica. La atención en las Obras Sociales sindicales se realiza en Clínicas Odontológicas, en tanto que en las empresas de medicina prepaga, además de esas Clínicas, incluyen listados de odontólogos con atención en sus consultorios.
- En las Obras Sociales sindicales muchas veces la atención Médica y la cobertura Odontológica gene-



ral se encuentra arancelada en tanto que en las prepagas es, como regla general, sin cargo alguno.

Naturalmente, podríamos continuar señalando más diferencias, pero nuestro objetivo es solo señalar las más importantes, o sea aquellas que han llevado, como ya señalamos, a más de 2.600.000 personas a solicitar un cambio de cobertura, es decir a "desregularse".

¿De qué podemos acusar a la gente que ha hecho uso de su opción de cambio? Sólo de querer contar con una mejor cobertura médica a partir del principio de equidad: aportan más dinero que ellos y por lo tanto sienten que deberían tener más beneficios que el promedio. No aceptan la "solidaridad" que le quieren imponer porque iguala para abajo.

¿Qué la desregulación podría haberse hecho mejor? Probablemente. Pero decididamente la solución no es suprimirla.

Se ha creado una falsa anti-nomía de "prepagas versus obras sociales", dando así la sensación que defender la Des-regulación, es defender a las empresas de medicina prepa-ga. Lo que estamos defendiendo es un modelo en donde se pueda elegir libremente, de forma tal

que nadie sea cautivo de una Obra Social, porque fue precisamente esa cautividad que alguna vez supo tener el sistema, la que generó los peores resultados en materia de servicios.

Por último un "par de líneas" y la exposición de mi posición con respecto a la idea que se encuentra circulando en estos días respecto de eliminar la Administración de Programas Especiales -APE- y transformar el actual modelo de seguro en uno donde el Estado sea el proveedor como único comprador.

¿No está probada ya la eficacia del Estado a través de la gestión que hace del Hospital Público?

El modelo social europeo del que tanto se ha hablado, donde el Estado es el efector y quien concentra la prestación del servicio, es viable a partir de que quienes lo administran son Franceses, Alemanes, Ingleses, etc. etc. ¿Supongo que no debo aclarar nada, verdad?

Imagine usted amigo lector que requiere una prótesis quirúrgica urgente y se la debe proporcionar un organismo del Estado, comprada por el Estado...

¿qué pasará con su salud?

Por favor, pongamos la energía en pensar cómo mejorar el sistema, no en empeorarlo. □

En las empresas de medicina Prepagas el socio cuenta con una cartilla donde puede elegir el profesional, que lo atenderá en su consultorio. La espera está en directa relación con el prestigio que ese profesional tiene.

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).

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.



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





La Salud en la Sociedad de la Información

Por Jorge A. Barry – Presidente de Health Management Solutions S.A. - Producto SaludSoft

La Sociedad de la Información tiene un rol primordial para contribuir a resolver la problemática actual de los sistemas sanitarios, que no es solo económica sino conceptual y estructural. El sistema sanitario no importa su modelo, es una organización que está compuesta por distintos sistemas y subsistemas, interdependientes y la comunicación que intercambian entre ellos si es transformada en información cierta, permitirá el fortalecimiento de cada uno a través de la razonabilidad en la utilización de los recursos, humanos, económicos y tecnológicos. De esta manera el conjunto actuará coordinadamente estableciendo una armonía entre las partes, que le permitirá establecer un sistema óptimo para la utilización de los recursos existentes. Al no intercambiar comunicación a través de información cierta se establecerá el caos yendo unos contra otros, produciendo un desequilibrio en la distribución de los recursos el que seguramente desembocará en el colapso del sistema. Las capacidades actuales del estado de la tecnología son un elemento clave en el camino hacia la sociedad de la información.

Uno de los factores determinantes en las organizaciones que deben atender tanto sanitariamente como financieramente a las distintas poblaciones, es el intercambio de la correcta información entre todos los actores y partes de los sistemas sanitarios.

La comunicación y la información como "cuajados en la idea de organización neguentrópica-geno-fenomenica de naturaleza informacional-comunicacional" es el desafío para el sistema de salud. Será estableciendo cómo el manejo de la comunicación entre las partes y su transformación en información sujeto de cada subsistema y generador de nuevas comunicaciones-informacionales, interactúa y genera a su vez información que conforma parte del todo y colabora en la solidificación del sistema de salud y en su objeto: mejorar la calidad de vida del hombre.

CAMBIO DE PARADIGMA – GLOBALIZACION / SOCIEDAD DE LA INFORMACION

Estamos participando de un cambio de paradigma, de una transformación de los criterios básicos con los que comprendemos la realidad: Durante muchos siglos se conocieron discursos (religiosos, culturales, políticos y científicos) que la pretendieron unificar; siempre se propuso una explicación que redujera lo que sucede a un solo principio: lo que Derrida llamó "logocentrismo" y en palabras de Gilles Deleuze, se podría denominar "monológica".

La lógica virtual, la lógica informática, la presencia de Internet, ya se está instalando como aquel criterio en el que se disuelve toda idea de centro.

El objeto del sistema es el hombre y su calidad de vida, esto nos lleva definir al sistema sanitario como una organización para el monitoreo permanente de la salud y su conservación, tanto en la prevención como en el tratamiento, mediante la utilización de recursos económicos finitos.

Conectividad (Internet), intercambio de información, interacción de las partes e interoperabilidad, tableros de comando, monitoreo y seguimiento de políticas, serán el desafío tecnológico del futuro que garantizará una mejor calidad de vida al hombre asegurando una mejor utilización de los recursos disponibles dentro del sistema sanitario, garantizando el equilibrio entre todas las partes tanto públicas como privadas, equilibrando sus contradicciones y potenciando sus cualidades.

La información que intercambien las partes será en algunos casos determinante de acciones de distinto tipo por cada uno de los actores y los sistemas que integran. Pero en la medida que esta información circule como una unidad entre las partes y las acciones que determinen puedan ser monitoreadas y cuantificadas y su resultado dimensionable en calidad de vida y viabilidad de aplicación económica, el sistema tenderá a la fortificación y cada una de las partes se beneficiará, pero de continuar por el camino en que están hoy los sistemas sanitarios la entropía es inevitable y la consecuente disolución o dispersión de cada uno de los subsistemas que la integran será un hecho.

Este es el gran desafío de la tecnología y el único camino que tienen por seguir aquellos que están solo interesados en mejorar la calidad de vida del hombre y sus organizaciones y sistemas.

LA (IN)EVOLUCION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION

La problemática en la generación y obtención de información en los sistemas sanitarios tanto en prestadores como en los organismos financiadores (Estado, Obras Sociales, Prepagas, etc.), no es nueva. De hecho el empeño puesto en los procedimientos y procesos orientados a garantizar el correcto funcionamiento tanto administrativo, económico y de procedimientos médicos ha sido indispensable en la gestión sanitaria.

Esta problemática inclusive es anterior a la implementación de estos procesos en medios electrónicos.



Justamente la evolución tecnológica y el afán de ordenamiento en la administración de la información sanitaria son en parte los causantes de las deficiencias actuales en la administración de la información. En un afán de las empresas de tecnología de insertarlas en ámbitos tan importantes como el sanitario, han derivado en el desconcepto que era más importante la tecnología que el procedimiento y la información sanitaria, perdiendo de vista para qué se desarrollaban esas nuevas tecnologías, diluyendo el centro verdadero de la administración sanitarias que es "el hombre".

La cantidad de actores del sistema sanitario y los distintos intereses han predominado frente al bien común.

La secuencia en la producción de sistemas de información ha ido de lo operacional administrativo-económico a la utilización de técnicas más avanzadas de sistematización centrando la problemática en las interacciones y flujos de información que sucedían en el ámbito sanitario.

Consecuencia de este desorden ha producido los siguientes inconvenientes:

- Múltiples repositorios de datos: Pacientes, beneficiarios, prestadores, centros de atención, etc.
- Circuitos y procedimientos administrativos orien-



tados y alineados con los sistemas informáticos. Las organizaciones alineadas al servicio de los sistemas de información y no al revés.

- Inexistencia de centros codificadores (vocabularios, glosarios e identificadores).
- Integración de aplicaciones punto a punto, propietarias y específicas para dicha integración.
- Falta de patrones de diseño de sistemas informáticos sanitarios. Modelos de datos y atributos comunes: Lenguaje común.

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.

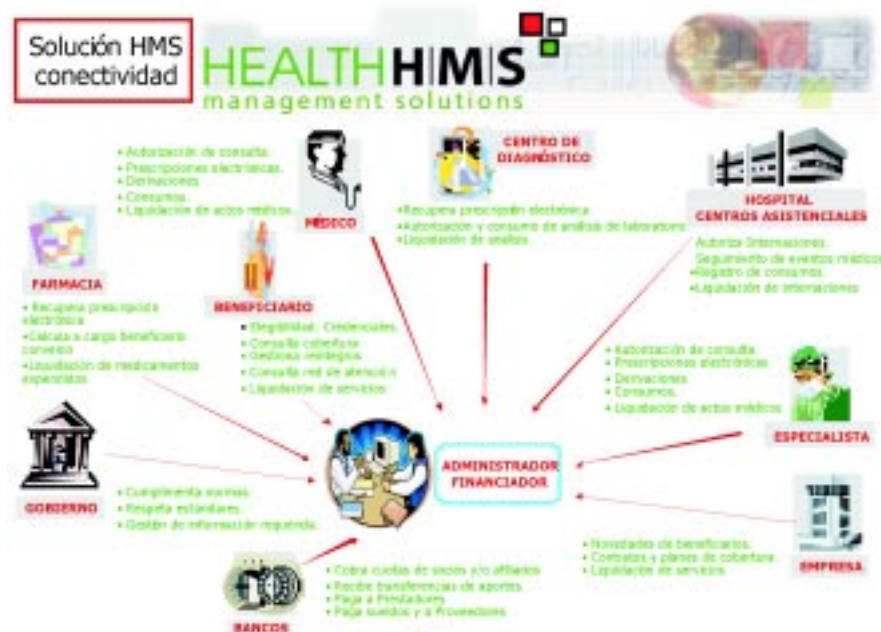


MEDICAL SYSTEM

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

www.codigo-publicidad.com.ar





- ✓ Industria de información intensiva.
- ✓ Gasto elevado e ineficiente.
- ✓ Situación económico / financiera comprometida.
- ✓ Falta de políticas integrales y estándares.
- ✓ Escasa inversión en tecnología.

Es importante destacar el rol central que tienen los factores económicos dentro de esta interoperabilidad y el papel preponderante que juegan las organizaciones financiadoras y el gobierno como factores de equilibrio entre calidad y distribución de salud.

La evolución del sistema sanitario hace pensar que estamos frente a una problemática de demanda infinita y recursos limitados y es aquí donde estas organizaciones tienen

- Falta de estándares y de políticas de administración e intercambio de información sanitaria.

Por lo tanto entender la controversia determinada por la gran cantidad de actores en el sistema sanitario y los distintos intereses de los mismos ha frenado o cuanto menos lentificado la evolución en la producción de información neguentrópica clave para evolucionar hacia la sociedad de la información en salud.

Lo expresado no sólo se limita a los sistemas de información y tecnología orientada a la salud sino que también lo ha sido en otras áreas. Quizás el gran avance en compartir e interactuar con información ha sido el modelo financiero/bancario que ha sabido ir evolucionando en el concepto de intercambio de información, preservando los intereses de las partes.

SISTEMA SANITARIO: ACCESO GLOBAL Y COMUNICACIONES

Sistema Sanitario: Actores, Roles, Interoperabilidad y flujo de información.

Dentro del sistema sanitario podemos destacar la gran cantidad de actores que necesitan intercambiar información y lo atomizado del mismo.

Las características de este sistema son:

- ✓ Los actores están ligados por razones médicas prestacionales, administrativas y económicas-financieras.
- ✓ El nexo común es el Paciente (Beneficiario).
- ✓ El factor impulsor del consumo de servicio es el Profesional Médico.
- ✓ El administrador, controlador y gestor de los programas médicos es el financiador. Responsable de observar y hacer observar la prestación de servicios.
- ✓ Las partes del Sistema tienen un alto nivel de Interdependencia.

El nivel de interoperabilidad, dependencia y atomización nos llevan a concluir el siguiente diagnóstico del estado actual del sistema de salud:

- ✓ Sistema Sanitario atomizado con muchos intermediarios.

la responsabilidad de administrar y distribuir en toda la población el derecho a la salud.

La responsabilidad de las entidades financiadoras y del gobierno en sí mismo como garante exclusivo para el acceso a la salud es clave. Por lo tanto la correcta administración de salud nos permitirá contar con un acceso más democrático al sistema sanitario, garantizando que la utilización de los recursos sanitarios permita que los mismos no se agoten antes de lo debido. Se debe establecer la utilización de los recursos en forma pareja y estable en toda la población a lo largo del tiempo.

A partir de estos conceptos es donde la "Sociedad de la Información" tiene su gran oportunidad y desafío de ser aplicada.

ACCESO GLOBAL A LA INFORMACION

Las comunicaciones favorecen el intercambio y la interacción democrática de la información, permitiendo si se utiliza correctamente, sinergia y crecimiento entre las distintas partes y actores que acceden a ella, eliminando, probablemente, intereses particulares de las partes. Compartir y regular la información permite auditar y controlar las actividades de los distintos actores del sistema sanitario.

La tecnología, los sistemas informáticos y las comunicaciones son el factor impulsor de este intercambio. La capacidad de los distintos sistemas que procesen dicha información, serán fundamentales y permitirán procedimientos cualitativamente superiores, debido al acceso a dicha información y a la posibilidad de interactuar en línea sobre los diversos sucesos del sistema sanitario.

Finalmente la responsabilidad de las empresas de tecnología como proveedores calificados de sistemas acorde a las necesidades emanadas de esta concepción fortificadora del sistema sanitario es fundamental para la correcta aplicación del mismo. □

*** Jorge A. Barry – Presidente de Health Management Solutions S.A. - Producto SaludSoft**



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

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



10 DE CRECIMIENTO.
AÑOS GESTIONANDO SU RIESGO MÉDICO LEGAL TODOS LOS DÍAS.
SUMANDO SERVICIOS Y BENEFICIOS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN.

Ha sido posible GRACIAS al apoyo de nuestras mas de
500 INSTITUCIONES y 4000 PROFESIONALES ASOCIADOS.

Tucumán 1668, 3º piso (C1050AAH) | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas)
lamutual@lamutual.org.ar | www.lamutual.org.ar



¿La responsabilidad civil médica ante el error diagnóstico?

Por el Dr. Jorge Piriz, Gerencia de Administración de Riesgo, SMG Seguros

La Responsabilidad "Civil" consiste en la obligación que tiene un sujeto de resarcir (reparación pecuniaria; indemnizar) todo daño, perjuicio o menoscabo "injustamente" causado a otro, ya sea porque el resultado dañoso es producto de su propio comportamiento, o porque fue quien aportó las condiciones idóneas para que el daño se consumase, y por lo tanto, se entiende que es "económicamente" justo que lo repare. El artículo 1.109 de nuestro Código Civil hace referencia a una regla fundamental del Derecho Civil: "todo el que ejecuta un hecho que por su culpa causa un daño a otro, está obligado a la reparación del perjuicio."

La Responsabilidad Civil "Médica" puede definirse como "la obligación que tienen los profesionales de la salud de reparar pecuniariamente a sus pacientes y/o derechohabientes, por los daños injustamente cometidos durante el ejercicio de su actividad", o también como "el deber de reparar los daños ocasionados a otros como producto de conductas contrarias a sus obligaciones científicas, éticas y jurídicas."

EL ERROR MEDICO:

El instituto de medicina de los EE.UU. (IOM) define al "Error Médico" como la falla de una acción planeada para ser completada según la intención (error de ejecución), o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento). Otros autores lo han entendido como una conducta inadecuada o desacertada de parte del galeno, que causó o que podría haber causado un daño o perjuicio en la salud del paciente.

Los errores ocurren en todos los órdenes de la vida y son inherentes a la condición humana. Si a esto sumamos que la medicina no es una ciencia exacta y que su práctica diaria se encuentra llena de incertidumbres y aleas, vemos que el médico está frecuentemente expuesto al riesgo de cometer errores. Por lo tanto, los errores diagnósticos o terapéuticos no excluyen a la profesión médica.

¿LOS ERRORES DIAGNOSTICOS GENERAN SIEMPRE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA?

La respuesta a esta pregunta definitivamente es "no", y los fundamentos de ello son los siguientes:

- El hecho de cometer un error diagnóstico no determina necesariamente la ocurrencia de un daño, y la presencia de este último es requisito indispensable para hablar de responsabilidad civil. El "daño" debe ser cierto y objetivamente demostrable. Por lo tanto, si el error diagnóstico no generó un resultado dañoso, estaría faltando el "presupuesto clave" de este tipo de responsabilidad, puesto que sin él no hay acto ilícito punible y no puede suscitarse ninguna pretensión resarcitoria.
- Siempre deberá demostrarse científicamente el "nexo causal" adecuado entre el error diagnóstico y el daño final que se reprocha. Es decir, si no se comprueba una inobjetable relación de causa-efecto entre la conducta médica cuestionada y el perjuicio sufrido por el paciente, el profesional no incurre en responsabilidad.
- Cuando se analiza la responsabilidad civil del médico la justicia deberá tener en cuenta si existió "culpa" al errar en el diagnóstico. El hecho de demostrar si el médico actuó en forma negligente, imprudente o imperita, o incumplió los deberes a su cargo, es una de las condiciones indispensables para que éste último incurra en responsabilidad. Así las cosas, si el profesional logra demostrar que actuó con la diligencia y prudencia debida, y que siguió las recomendaciones de la ciencia médica actual (cumplió con la *lex artis*), no verá comprometida su responsabilidad aunque el diagnóstico haya sido erróneo y se hubiese generado un daño. Esto último es lo que la doctrina y jurisprudencia ha determinado que se trata de un "error excusable", ya que al médico no le era exigible actuar en forma diferente a la que llevó a cabo, y que bajo las mismas circunstancias, dicho error pudo haber sido cometido por la media de los profesionales de la misma especialidad. El artículo 929 C.C. contempla el hecho del error verdadero, cuando hay razón para errar y no es producto de una negligencia culpable:
"El error de hecho no perjudica cuando ha habido razón para errar, pero no podrá alegarse cuando la ignorancia del verdadero estado de las cosas proviene de una negligencia culpable".
El error "no excusable", en cambio, es el error grave y culposo. Es el error cometido por el médico



por no seguir los caminos dictados por su ciencia. Se lo llama también "error injustificado", al ser el resultado de una conducta negligente, imprudente o imperita. En realidad, más que un error, es un acto "culposos" pasible de sanción.

- La postura mayoritaria de la doctrina y jurisprudencia considera que "los médicos" tienen obligaciones "de medios" y no "de resultados". Es decir, al médico sólo se le exige que actúe en forma diligente, prudente y acorde a la *lex artis*, desplegando aquellas medidas que "habitualmente" conducen al resultado esperado pero sin prometer o garantizar la obtención del mismo. Se ha tenido en cuenta que tanto la ciencia médica como todas las ciencias biológicas están cargadas de aleas e imponderables (hechos de difícil manejo y previsión), por lo que nadie podría asegurar un resultado. Sumado a esto, tanto el Código de Ética médica de la AMA, el Código Penal (artículo 208) y la ley 17.132 que regula el ejercicio de los profesionales de la salud, impiden prometer la curación o resultados concretos. Por lo tanto, en base a estas premisas, resulta científica, ética y jurídicamente inadecuado que se le reclamen "resultados" (Ej: certeza en el diagnóstico) al profesional médico.
- Los doctrinarios y juristas han considerado que el médico goza de lo que se ha llamado "Discrecionalidad científica". Esto significa que ante un paciente enfermo, para llegar al diagnóstico o para determinar el tratamiento, el profesional posee una amplia libertad para optar entre distintos caminos alternativos, científicamente posibles y aceptados por la ciencia médica, teniendo en cuenta la adecuación de los mismos con la naturaleza de la enferme-

dad, las características del paciente y los recursos materiales en cada caso particular. Una misma enfermedad puede ser objeto de varias formas de encarar su diagnóstico o su tratamiento, y no puede exigírsele al profesional la sujeción a un método en particular. Lo importante es que el método diagnóstico elegido, sea uno de los aceptados por la ciencia médica actual, y del cual pueden esperarse determinados resultados.

- Cada vez que se le intente atribuir responsabilidad civil a un médico, éste tendrá la posibilidad de liberarse de la misma si logra demostrar su "falta de culpa" (demostrando lo explicado *ut supra*), o si logra acreditar que el daño causado no fue consecuencia de su conducta sino de una "causa ajena", la cual podría ser: a) "la culpa del paciente" (Ej: el error diagnóstico se debió a que el paciente ocultó información crucial al médico, o porque no cumplió las indicaciones del mismo); b) la culpa "de un tercero" por quien no deba responder (Ej: el médico de cabecera erró en el diagnóstico porque el especialista en neuroimágenes se equivocó en el informe escrito); y finalmente, c) el caso fortuito (aquel que no ha podido preverse, o que aún previsto, no se ha podido evitar).

Así las cosas, los peritos y jueces deberán saber diferenciar entre los errores diagnósticos groseros, "culposos" e injustificados, producto de conductas negligentes e imprudentes ("errores inexcusables"), de aquellos errores factibles que pueden ocurrir a pesar de la experiencia del médico y de un accionar idóneo, prudente y diligente ("errores excusables"). No hacer esta diferencia implicaría exigirles "infalibilidad" a los profesionales de la salud. □



**Calidad en el servicio,
es calidad de vida.**

**Una nueva opción
en equipamiento médico
hospitalario**

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

www.enh-argentina.com.ar



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




VENTA Y ALQUILER DE EQUIPAMIENTO





Los sistemas de salud en Latinoamérica y el rol del Seguro Privado

La Fundación MAPFRE realizó un encuentro en el que Manuela Villar, colombiana, especialista en evaluación y consultora del Banco Mundial, presentó una investigación sobre los sistemas de salud latinoamericanos y el rol que el seguro privado tiene en ellos.



Diego Sobrini destacó la labor de Fundación MAPFRE.

En el marco de la novena edición del informe sobre mercado asegurador latinoamericano que, año tras año, organiza la Fundación Mapfre, tuvo lugar la disertación de la consultora colombiana del Banco Mundial, Manuela Villar, invitada especialmente para exponer sobre los sistemas de salud latinoamericanos y el papel de los seguros privados. Su presentación fue el resultado de un estudio realizado en coautoría con Ursula Giedion, economista especializada en salud y consultora del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial y Adriana Ávila, economista y actuaria, y especialista en el Sistema General de Seguridad Social de Colombia. Dicho estudio forma parte de la

Colección Cuadernos de la Fundación.

Esta investigación, realizada entre julio de 2009 y setiembre de 2010, ofrece un completo análisis de las características principales de los sistemas de salud de 18 países y proporciona una visión global de la legislación vigente, el papel de los distintos actores y de entidades privadas.

En la jornada estuvo presente el Presidente de la Fundación Mapfre y Presidente Ejecutivo de Mapfre Argentina, Diego Sobrini, quien abrió el evento con sus reflexiones acerca de la importancia que posee la investigación y el desarrollo de actividades que, como las que realiza la Fundación que preside, apuntan a incrementar la calidad del seguro privado. "Con estas actividades apor-

tamos nuestro grano de arena a una institución que está creciendo con bases sólidas y de forma dinámica, para contribuir a llevar mayor cultura aseguradora, muy positiva para los países de la zona", destacó.

En relación al lugar del seguro privado, Sobrini aseguró que queda todavía mucho por hacer para que la industria aseguradora se desarrolle en todas sus posibilidades: "Todavía nos queda un camino muy largo que recorrer para poder lograr que la industria aseguradora adquiera la importancia que tiene en países desarrollados; nuestro norte tiene que ser una mayor calidad aseguradora, y es en este sentido que este tipo de reuniones puede contribuir", manifestó.

Más tarde, el Presidente de la Fundación Mapfre explicó los alcances y objetivos de la Fundación que, hoy por hoy, invierte alrededor de 50 millones de euros al año en actividades de profesionalización e investigación. "La Fundación, corroboró Sobrini, es independiente del grupo asegurador y las actividades que realiza las organiza pensando en el bien público". Un ejemplo de este tipo de acciones es el estudio desarrollado que presenta hoy Manuela Villar que, como señaló Sobrini, "es de gran valor por su originalidad y por resultar inédito".

LOS SISTEMAS DE SALUD DE LATINOAMÉRICA Y EL SEGURO PRIVADO

La presentación que realizó Manuela Villar, Técnica en Salud es-



pecializada en temas de evaluación, se basó en el libro que desarrolló con el apoyo de Fundación Mapfre: *Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Rol del Seguro Privado*, para el que se recogieron datos de dieciocho países de la región, a cada uno de los cuales el libro dedica un capítulo especial. En su exposición, Villar se refirió, en primer lugar, a los motivos que llevaron a desarrollar su escrito, como así también a la información y los datos que éste recaba. Más tarde, la especialista repasó el contexto socioeconómico general de Latinoamérica y los indicadores de salud de cada uno de los países para poder postular los desafíos centrales que los sistemas de salud de la zona tienen por delante. Por último, Villar explicó las estructuras de los sistemas de salud de cada país e indicó en qué medida dicha estructura otorga un rol determinado al sector del aseguramiento.

DATOS ORIENTADOS A LA COMPRENSION

En la primera parte de su presentación, Villar detalló los motivos que llevaron a la elaboración de su trabajo sobre los sistemas de salud latinoamericanos: "Lo que nos llevó a pensar en este proyecto es la pregunta de cómo se puede llegar a la cobertura universal de salud en América latina", enfatizó. Para esto, resultó vital comprender el papel del sector privado: "Era importante entender el rol de éste ya que la mayoría de los países latinoamericanos tienen un gasto de bolsillo muy alto y mucha participación del sector privado, a diferencia de otros países del mundo". Es por eso que, según sugirió la especialista en salud, para llegar a

una cobertura universal "se tiene que acudir al sector privado, por razones de eficiencia y por razones de política de salud".

Para lograr un conocimiento profundo de cada uno de los sistemas de salud es que Villar se embarcó en la investigación, que viene a cubrir un vacío de datos y de cifras concretas: "La motivación principal fue la ausencia de un documento que incluyera cifras actualizadas de todos los países; no existía un estudio que proveyera una estructuración

LOS SISTEMAS DE SALUD, PAIS POR PAIS

Según el estudio que llevó adelante Villar, se reveló la influencia de los bajos ingresos en la baja penetración de los seguros privados de salud, para el caso particular de América latina. "En Latinoamérica el ingreso per cápita es en general bajo: está por debajo de los 7.000 dólares". Este índice, sin embargo, no es el mismo en todos los países, en materia de pobreza la región presenta desigualdades. A este problema se suma el de la falta de equidad, y ambos se reflejan en los roles limitados de los aseguramientos en salud: "América latina es el continente con más desigualdad, lo que es muy importante porque varios relevamientos han demostrado que la penetración baja de los seguros privados se debe a la pobreza y a la inequidad", aseguró Villar.

Según la especialista, mientras que el gasto gubernamental en salud varía mucho de país en país, no ocurre lo mismo con el gasto de bolsillo: "El gasto de bolsillo, que no está asegurado ni previsto y que es un gasto que lleva a la pobreza, tiende a ser alto". Pero es justamente este gasto el que, señaló Villar, "habilita a pensar que se puede hacer lugar para una inversión en seguros privados". Por ejemplo, comentó, esto se evidencia en el caso de la Argentina, cuya distribución es algo mejor que en otros países, y donde la incidencia de los seguros privados es mayor y el gasto de bolsillo más bajo. La importancia de reducir el gasto de bolsillo, señaló Villar, es central: "Todos estos datos son muy importantes porque se ha demostrado que hay altos niveles de gastos catastróficos: casi el 6% de los hogares en



gráfica de los distintos sistemas de salud de cada país". En este sentido, el libro que Villar presentó está estructurado de forma tal que pueda brindar todos estos datos, pues incluye no sólo una sección por cada país, con un contexto socioeconómico detallado, sino también mapas de cada sistema de salud, la estructura organizativa de cada uno de ellos, y también la descripción de los sistemas privados en cada caso. Además, señaló Villar, el documento "incluye datos para poder explicar hacia dónde van a evolucionar cada uno los países en materia de sistemas de salud".

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 EMPRESARIAL

www.osdo.com.ar



Manuela Villar, una de las coautoras del estudio sobre sistemas de salud en LATAM.

América latina sufre este tipo de gastos, que conllevan la posibilidad de empobrecimiento”.

Más tarde, Villar también se detuvo en la demografía de la cobertura de salud, que también presenta grandes variaciones en los diferentes países de la región. “En todos los países hay disparidades muy grandes entre el aseguramiento de la población rica y el de la población más empobrecida: entre los ricos, es mayor el porcentaje de asegurados y mayor la posibilidad de recibir atención médica”, alertó. Lo mismo ocurre con el gasto público en salud que, paradójicamente, tal como indicó Villar, termina en el sector de mayores ingresos. Es a estos datos, señaló, que hay que prestar atención si se quiere saber dónde hay que invertir en seguros de salud para fomentar la equidad de los sistemas.

Por otra parte, también es clave comprender que estas problemáticas ocurren en un contexto de cambios biológicos y demográficos que está sufriendo la región: “Cada vez hay más enfermedades crónicas y cada vez se distingue más entre enfermedades de países ricos y enfermedades de países pobres; todas causan dificultades en materia de financiamiento”, analizó Villar. En este sentido, sintetizó la consultora del Banco Mundial, los dilemas y los desafíos que enfrentan los sistemas de salud de la región son múltiples: “¿Cómo proveer un ase-

guramiento universal para toda la población, cómo lograr el acceso equitativo y el cumplimiento del derecho universal a la salud, cómo llegar a que los países que tienen bajos recursos para salud puedan mejorar, y cómo brindar aseguramiento universal cuando las circunstancias son adversas”? Dar respuesta a todos estos dilemas es de suma importancia para “poder construir un sistema fuerte de aseguramiento universal”.

UNA CUESTION DE ESTRUCTURA

Por último, Villar expuso los diferentes modelos de estructuración de los sistemas de salud que presentan los distintos países de América latina. Distinguió entre dos modelos: un sistema integrado, que se encuentra limitado a unos pocos países, y un sistema fragmentado, más preeminente. “En el sistema integrado, las poblaciones acceden a la salud enteramente a través del sistema público; en el sistema fragmentado, las poblaciones están segmentadas y las funciones se encuentran acotadas entre los subsectores”, explicó Villar. Ejemplos del primer tipo de sistema se encuentran en el Caribe Inglés, en Cuba y en Costa Rica, mientras que el sistema segmentado se extiende en el resto de los países, por ejemplo en México, la Argentina, Guatemala, etc.

En el modelo fragmentado, además, se percibe una palpable segregación de la población por nivel económico: “La población de trabajadores formales tiende a estar asegurada; la población pobre tiende a no estarlo y se atiende en el sector público; el sector de clase alta, por último, se atiende en el sistema privado”, puntualizó Villar.

Es para equilibrar esta inequidad que, según mostró la especialista, “algunos de estos sistemas han ido integrando seguros privados, orientados a trabajadores formales o a la población más pobre”. En este sentido, indicó, “la tendencia de los sistemas es hacia la integración de las poblaciones y de las funciones”, ya que esta integración podría garantizar que todos tengan acceso a la salud. En este nuevo tipo de modelo, al que los sistemas parecerían tender, señaló Villar, “se apunta a que exista un financiamiento en el que se cruce el riesgo entre los pobres y los ricos, y a que los servicios se presten tanto a través del sector privado como del público”.

EL ROL DEL ASEGURAMIENTO PRIVADO

En este panorama, detalló Villar, existen tres tipos de roles para el seguro privado en los diferentes sistemas. “Estos pueden duplicar, complementar o suplementar los sistemas preexistentes”. En el primer caso, se trata de seguros que se limitan a ofrecer, por otras vías, los servicios que ya existen. En el caso de los seguros complementarios, ayudan con su financiamiento, por ejemplo, a pagar los copagos del sistema. Los seguros suplementarios, por su parte, son los que ofrecen servicios más allá de lo que cubren otros sectores, explicó.

A la hora de las conclusiones, Villar sintetizó los resultados de su análisis y de su investigación: “Con este estudio hemos concluido que para la extensión de las coberturas hay que incorporar al sector privado y entender cómo funciona y qué roles puede jugar”. Esta transformación, sin embargo, necesita de modificaciones a nivel global, que se ajusten a los objetivos y a las agendas de cada país: “Esto requiere cambios en las legislaciones de cada país, cambios que se entiendan con las metas de cada uno de los países”. □



López Delgado & Asociados

estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Seguros
- Capacitación
- Cobro a financiadores
- Defensa en juicio
- Contratos

- Políticas de prevención, desde la primera consulta
- Obligaciones del paciente
- Consentimiento informado
- Responsabilidad Civil y Penal
- Asesoramiento pericial

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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



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 / Q**
Av. Belgrano 1683, 3º piso
Capital Federal, C.P. (1093)
(011) 4371-1095 (líneas rotativas)
info@socdus.com.ar www.socdus.com.ar
Consultorios Propios
Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)



Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2ª Parte) (O inventando la pólvora)

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

¡O Libertad, cuántos crímenes se cometen en tu nombre!
(Madame Roland 8 de noviembre de 1793 frente a la guillotina)

En el número anterior comenzamos con el análisis de la ley de Salud Nacional Mental destacando el peligro de considerar al psiquiatra como represor y la falta de financiación de las prestaciones necesarias a partir del "día 31".

¿QUE HACE LA LEY?

Pese a la proclamación de "modificar los paradigmas en salud mental" la ley no trae cambios de fondo, sólo de forma. No suprime las internaciones, ni la declaración de incapacidad; ni la inhabilitación.

Sólo confunde al dar nuevas denominaciones para las viejas situaciones, transfiere iguales funciones a nuevos organismos y sobre todo es confusa, por su mala técnica legislativa. Paradójicamente diluye la responsabilidad de los psiquiatras.

LOS DERECHOS Y SU "RECREACION"

Es malo "recrear" derechos y procedimientos existentes si realmente no se modifica el fondo.

Los derechos declarados en las leyes son procesados por la jurisprudencia que, a su vez, recibe los aportes de varias disciplinas y sobre todo: la suprema prueba: su aplicación a los casos concretos.

El proceso genera así nuevas conductas sociales que se tornan habituales para los cumplidores y facilitan la sanción de los incumplidores.

Algo así como el método hegeliano de tesis/antítesis/síntesis.

La tesis es la situación previa, la antítesis la nueva ley y la síntesis son las nuevas conductas que se generan. Este proceso dialéctico lleva un tiempo.

De ahí el peligro de reinventar lo existente: crea confusión y por esa vía se cometerán graves errores.

Hasta que la generalidad de los jueces y prestadores de salud comprendan y sistematicen los nuevos procedimientos, presagio que, por temor a sufrir sanciones, algunos psiquiatras, psicólogos (o enfermeras y trabajadores o sociales) darán altas prematuras, así quedarán en la calle pacientes que deberían estar internados y ya sabemos el resto: se dañarán a sí o a terceros o, al menos, interrumpirán un proceso terapéutico que les es beneficioso.

Habrán muertos.

No por exceso de electroshock, latigazos, estereotaxia, ni ahogamiento.

Morirán por sobredosis, heteroagresión y sobre todo: suicidios.

Me pregunto si el redactor sabrá que entre los derechos humanos se encuentra también el derecho a la vida y sus correlatos: a la integridad física y a la salud.

O libertad...decía Madame Roland.

EL DIA 31 Y LO MEJOR DE LA LEY (PERO INCOMPLETO)

Lo mejor que tiene la ley es el artículo 37 que ordena a "la Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud" "promover" la cobertura en salud mental por las obras sociales "en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos".

Buena idea, mal instrumentada.

Las "instrucciones" al Poder Ejecutivo suelen no ser cumplidas.

Y si no lo son el único remedio es el juicio político al Presidente y su destitución por "mal desempeño".

Si el Congreso realmente quería que las obras sociales cubrieran las prestaciones más allá del "día 31" (ver LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657 1ª Parte en el N° 63 - Revista Médicos) debió obligar a los financiadores a cubrirlos sin depender de ninguna coordinación con órganos del Poder Ejecutivo.

Así lo hizo con los tratamientos del HIV y adicciones en la ley 24.455 de 1995: simplemente ordenó financiarlos.

LOS PRINCIPIOS CIENTIFICOS Y EL "NUEVO PARADIGMA"

Postula que los tratamientos deben ser administrados por equipos interdisciplinarios, que las internaciones limitadas a lo estrictamente necesario, los tratamientos deben tender a la resocialización, que los hospitales de día, las casas de medio camino, los talleres protegidos pueden ser eficaces herramientas y que si es posible atender por vía ambulatoria éste deberá ser el método de elección.

Si el legislador quiso ser novedoso alguien debería recordarle que los métodos que postula son los mismos que la ortodoxia psiquiátrica tiene por buenos desde hace, al menos, treinta años.

LOS "NOVEDOSOS" DERECHOS DEL PACIENTE: INVENTANDO LA POLVORA

Como correlato del "nuevo paradigma" otorga a los pacientes los siguientes derechos:

No ser diagnosticado por sólo "convicciones políticas, religiosas...."

Recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

Recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades.

A recibir un tratamiento personalizado.

A ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

A no ser medicado como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico.

A la internación más breve posible, y como un recurso terapéutico de carácter restrictivo.

Si el lector pertenece al sector "psi" ya lo habrá advertido.

Si no le cuento: todos y cada uno de estos novedosos



derechos ya existían, y todos los profesionales del sector debían adecuarse a ellos porque no hacerlo constituía (antes y después de la ley) un acto de "mala praxis" y en los casos de diagnóstico sólo por convicciones políticas o religiosas, o "medicación punitiva" hasta delitos penales.

OTROS "NUEVOS" DERECHOS

"No ser sometido a trabajos forzados".

Ya estaba prohibido quizás desde la asamblea del año XIII y ciertamente desde la sanción de la constitución de 1853, ambos del siglo XIX.

"A no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente".

Los protocolos de investigación del ANMAT ya lo establecían desde años atrás con el sólido fundamento de tratados internacionales (normas supraleales) a los que nuestro País adhirió.

Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; ya lo prohibía la ley 23.592 (antidiscriminación).

"NUEVOS DERECHOS" DURANTE LA INTERNACION

Derecho a ser asistido por abogado, familiar, o allegado... a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.

A la supervisión periódica por el órgano de revisión.

La ley 22.914, de internaciones psiquiátricas, derogada por la que comentamos estableció (hace muchos años) el control de las internaciones psiquiátricas por la Justicia Civil, asistida por el Cuerpo Médico Forense. Como consecuencia del sistema implementado por ésta, cualquier persona: designada o no por el paciente sea abogado, médico, ingeniero o aun analfabeto siempre pudo denunciar la incorrecta o innecesaria internación. Si además fuesen su allegado o abogado podían tomar contacto con su historia clínica y sobre todo a solicitar la

opinión del Cuerpo Médico Forense, la operativa que creó la práctica diaria permitía que fueran examinadas por un psiquiatra de parte o por el mismo interesado.

"A que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable".

Otra "novedad": La declaración de incapacidad o inhabilitación siempre fueron revisables.

La ley no crea ningún derecho nuevo a favor del paciente, pero sí lo disminuye en un caso (ver el siguiente capítulo).

DERECHOS DISMINUIDOS POR LA LEY

Con la derogada ley 22.914 toda internación psiquiátrica era supervisada desde el primer día por el Juez, con el consejo del Defensor de Menores e Incapaces y la asistencia técnica del Cuerpo Médico Forense.

La nueva ley distingue entre internaciones "voluntarias" e "involuntarias". Las primeras, ahora, sólo son supervisables cuando exceden los 60 días.

Este período sin supervisión permitiría que un psiquiatra medique al paciente "voluntario" con drogas que le hagan perder su libre albedrío y someterlo a su perversa voluntad durante dos meses sin que nadie lo controle. En ese plazo pueden pasar muchas cosas con la psiquis y los bienes del paciente. La vieja ley no lo permitía, la nueva sí.

SINTESIS

Nada nuevo hay bajo el sol.

Sólo confusión por mala técnica legislativa que causará muertes.

A este paso algún legislador va a proponer abolir la esclavitud o la pena de muerte por causas políticas o la confiscación de bienes y a atribuírselo como "conquista".

Quedan varios temas por analizar, en el próximo número seguimos. □

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



artear

INTELEXIS

Conducen

Dr. Guillermo Capuya

Prof. Guillermo García Caliendo

jueves 19 hs.

intelexis@fibertel.com.ar





Avances & Retrocesos

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

En América latina, los estamentos políticos consideran a la "salud pública" como un gasto, pasible de ser recortado, manipulado, y/o adaptado a sus antojos presupuestarios, para nada estratégicos, mucho menos coincidentes con planificación social alguna. Ello ha colocado a la mencionada "salud pública" de rodillas, reclamando por cuestiones meramente legítimas sobre las que no existen dudas, pero que a ojos del poder son licencias inaceptables y por ende inconcebibles. Es así que se fabrican realidades contradictorias que enfrentan a los actores, por caso a los pacientes con sus médicos y a éstos con aquéllos, generando una división imprudente que da como consecuencia final un claro divorcio de finalidades y objetivos, virtual y circunstancial pero divorcio al fin.

Curiosamente, este mismo criterio se traslada a las coberturas sociales y se instala el concepto que los tratamientos crónicos o de alta complejidad, producen daños al presupuesto, los que deben ser evitados a ultranza creando un maremágnum de demandas contenidas que finalmente se traducirán en una catástrofe económica y financiera, esencialmente dañina para el sistema marco. En ese mismo mundo político, nadie ha descubierto aún que este mecanismo es una fábrica de exclusión ya que siempre habrá un argumento falaz para repeler una necesidad cierta.

En tal sentido puede aseverarse que, más allá de la generalizada creencia política sobre el aumento progresivo de la participación de la salud en el gasto social, asistimos masivamente a un retroceso presupuestario que está lejos de cubrir las necesidades de las personas, tengan o no cobertura social. Lo dicho afecta a todas las instituciones participantes en la actividad asistencial y consecuentemente hacen lo propio con sus actores, sometiéndolos a un "burn out" creciente que arrasa con sus voluntades y deforma sus esfuerzos. No obstante ello, los ámbitos de decisión se ubican cada vez más lejos de las gentes y sus reales demandas.

La conducta descripta es factor común en Iberoamérica donde la salud retrocede, cediendo espacio significativo a la enfermedad. En el caso de existir recursos económicos personales suficientes (privados), se sortearán algunos de los inconvenientes pero ello no modifica el paisaje global, ya que el conjunto de los excluidos supera largamente a los de los denominados "incluidos", y ello mal que pese a quien sea se define como "inequidad".

En medio de esta calamidad social latinoamericana, Estados Unidos de Norteamérica no logra superar las disparidades históricas que impuso su modelo de segu-

ros de salud que obligó a numerosos segmentos sociales a quedar al margen de atención sanitaria de mínima alguna. Simultáneamente, Europa se debate entre el impacto de la crisis económica de la Unión, que ha obligado a un replanteo estructural altamente peligroso de cara al futuro inmediato, al tiempo que ha instalado un valor agregado que promete cambiar el curso de la historia de las franjas sociales usualmente indefensas.

La Unión Europea ha instrumentado una directiva sobre asistencia transfronteriza que contempla los derechos de los pacientes, anteponiéndolos a sus propios estados. La legislación se ocupa de la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia transfronteriza y persigue la eliminación de los obstáculos que dificultan a los pacientes poder buscar tratamiento en otro estado miembro. Esto es de especial importancia para los pacientes de enfermedades raras que no pueden encontrar diagnóstico a nivel local o quieren acceder a un centro especialista con base en otro país.

En una declaración, John Dalli, el Comisario Europeo de Sanidad y Consumo dijo que la Directiva servirá para "ayudar a los pacientes que necesiten un tratamiento especializado, por ejemplo aquellos que buscan un diagnóstico o tratamiento para una enfermedad rara ya que algunas de ellas no están ni siquiera reconocidas en algunos países, por ende menos tratadas."

Los pacientes que requieren asistencia en otro país, lo que implica la internación en un hospital altamente especializado y costoso, necesitarán solicitar permiso a las autoridades sanitarias nacionales para el reembolso. "Sin embargo, el gran avance que contiene esta directiva es que la previa autorización no puede ser negada o pospuesta de manera indefinida," explica Flaminia Macchia, directora de Asuntos Públicos Europeos de EURORDIS. "La buena noticia es que no pueden denegar el viaje para obtener un tratamiento de una enfermedad rara que no esté disponible en el país de afiliación."

El texto final (adjunto, ver al pie), se refiere varias veces a las enfermedades raras e incluye una definición de la UE de una enfermedad rara, en sí misma una consolidación de la política de la UE sobre enfermedades raras. El artículo 12 de la directiva establece que "la Comisión apoyará a los estados miembros en el desarrollo de redes europeas de referencia entre los profesionales sanitarios y los centros de expertos en los estados miembros, en particular en el área de las enfermedades raras".

La Comisión Europea estima que el coste de la nueva norma con la que la Unión Europea acotará los derechos de los pacientes que viajan para recibir tratamiento en



otro país comunitario será muy limitado. Como máximo, y "contando con que los Estados miembros sean muy generosos, de unos 30 millones de euros", lo que, según fuentes comunitarias consultadas, es un impacto "muy limitado, frente a los 10.000 millones que suma en la actualidad el gasto público anual en la UE para los cuidados médicos transfronterizos".

En medio de este notable avance tendiente a resolver inequidades, muchos países miembros de la UE enfrentan recortes impuestos a partir de la crisis económica. Esta paradoja pone en tela de juicio evidencias sobre las que no cabe duda alguna ya que su especificidad y costo-eficiencia (antes que eficacia) han sido sobradamente demostradas a lo largo de muchos años en diferentes ámbitos y en realidades a escala, lo cual ha permitido establecer un modelo eficiente en sí mismo, aun cuando sea pasible de mejoras y adaptaciones.

Tanto pacientes, sociedades de ellos sobre distintas enfermedades, médicos, sociedades científicas, unidades académicas, miembros del equipo de salud, advierten sobre las nefastas consecuencias que podrían tener las salvajes limitaciones impuestas a partir de los falaces argumentos que se esgrimen por la crisis. Del otro lado nadie escucha, nadie atiende, nadie comprende, y los valores oportunamente agregados pasan a ser restados y desintegrados. Las consecuencias esperables son socialmente dañinas, como así también enseñan una involución en las consideraciones sanitarias que comienzan a limitar las demandas producidas a partir de la movilidad de las personas y de la propia globalización. Cabe preguntarse cómo enfrentarán los estados aquello que pretenden omitir y cuya inversión potencial se geometrizará hasta límites insospechados.

El mundo enfrenta una clara estrategia política de exclusión y de recorte de las coberturas. Los resultados esperables se traducirán ya no sólo en la caída del gasto social genuino sino además en un tsunami de demandas contenidas que agravarán las necesidades de recursos, los que se multiplicarán a medida que se acumulen sin recibir soluciones prudentes. El mundo no tiene espacio para la degradación sistemática de los sistemas de salud. El concierto económico-político habla de derechos y hace extensos discursos sobre el particular, sin embargo parece no entender que cuando pacientes y médicos (por mencionar algunos) se convierten en variables de ajuste, la salud pública no muere, se la asesina. □

Fuentes:

Texto completo de la Directiva de la UE sobre los Derechos de los Pacientes en la Asistencia Transfronteriza: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/11/pe00/pe00006.en11.pdf>

Derechos de los Pacientes en la Asistencia Transfronteriza: EUROPA - Press Releases - Q&A: Patient's rights in cross-border Healthcare <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/1132&format=HTML&aged=0&language=en&guiLanguage=en>
Asistencia Transfronteriza | Directiva de la UE sobre la Asistencia Transfronteriza | www.eurordis.org

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2011-04-14. Copyright by Cerasale, 2011.

Derechos reservados. Exclusivo para Revista *Médicos, Medicina Global*.

<http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com>

CIENCIAS MEDICAS NEWS®

<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>

CIENCIAS DE LA HERENCIA®

<http://saludequitativa.blogspot.com>

GESTION EN SALUD PUBLICA®

SECCION SALUD

CONDUCTOR

CARLOS ABAD

LUNES 18: 30 HS.
EN VIVO


CANAL 13
CABLEVISIÓN : MULTICANAL

 
MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500

www.seccionsalud.tv





Nuestra vida está en juego, la suya también

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

Abril de 2011. Un hombre ingresa a un hospital público y ante la mirada de los presentes apuñala a otro y se va. No es un cuento es lo que pasa en los hospitales porteños a diario, la inseguridad ha ganado terreno y ante la falta de personal policial lamentablemente nuestra profesión se ha tornado de riesgo y los pacientes tampoco se sienten seguros.

Desde la Asociación de Médicos Municipales hemos denunciado este tema desde hace mucho tiempo y el año pasado hemos salido a la calle a informarle a la sociedad lo que estaba pasando. No es un tema político, es gremial. Las guardias de los hospitales son inseguras, salir a una emergencia es inseguro, y si a esto le sumamos la falta de policías estamos ante un escenario dramático.

Atento a los acontecimientos de dominio público referidos a la situación de la seguridad en los hospitales, los Centros de Salud y las ambulancias del SAME, y a la necesidad de que exista un escenario seguro para brindar una atención a la población que preserve a los pacientes y a los miembros del equipo de salud, exigimos soluciones rápidas y viables que permitan encauzar la situación planteada y asegurar la continuidad del servicio de salud en el sector público de la Ciudad.

La falta de custodia policial agravó la inseguridad poniendo en riesgo la vida de quienes cuidan la salud de la población.

Con todo cabe destacar que la violencia ha aumentado de manera vertiginosa en los últimos años y la inseguridad ha ganado las calles de una manera preocupante. Hoy existe una descomposición social que pone en riesgo la vida de profesionales y trabajadores de la salud. Los más grandes deben recordar que hace treinta años, por ejemplo, uno estaba de guardia, entraba a esos barrios con la ambulancia, atendía al paciente y después se iba acompañado hasta la salida y hasta incluso agradecido por los propios vecinos. Hoy, a esos mismos barrios, no se puede entrar si no es con un móvil policial. Ahí se ve reflejada la descomposición social: la pérdida del respeto, el aumento de la violencia, de la drogadicción. Cualquiera puede dar fe de lo que digo. Las ambulancias son atacadas, los médicos y enfermeras insultados, amenazados, bajo esas condiciones de estrés no se puede trabajar, por eso resulta absurdo escuchar la discusión que se plantea.

La presencia policial es algo que no puede ser discutible. Desde la AMM vamos a seguir exigiendo que los policías estén en los hospitales; que haya seguridad para los profesionales de la salud y para los pacientes. Esto lo veníamos denunciando desde hace tiempo y lamentablemente nadie nos escuchó. Parece que hace falta una muerte para que se pongan a trabajar. No nos oponemos a las decisiones que adopte el gobierno nacional en materia policial, aunque las medidas deben ser graduales.

Para aquellos que aún no nos creen queremos refrescarles la memoria y brevemente demostrarles taxativamente que no hablamos ahora, sino que nuestra preocupación viene desde hace años.

- Agosto de 2007: Paro médico ante hechos de violencia.
- Mayo de 2009: Otra vez la violencia y la inseguridad ponen en riesgo la vida de nuestros colegas.
- Abril de 2010: La violencia contra los médicos, la realidad social y los poderes públicos. El poder judicial obliga a ingresar a las ambulancias a las villas.
- Octubre de 2010: Los médicos se movilizaron contra la violencia.
- Diciembre de 2010: Carta enviada al Ministro de Justicia y Seguridad del Gobierno porteño pidiendo mayor seguridad. Petición de escenario seguro ante los hechos del Indoamericano.
- Abril de 2011: Paro en todos los hospitales por un escenario seguro para el ejercicio de la profesión.

La AMM no emite juicios de valor sobre competencias y facultades de los gobiernos Nacional y Local, y resulta ajena y prescindente en cualquier especulación política que pudiera tejerse en torno a la situación planteada; pero sí expresa que no puede ser prescindente cuando se trata del peligro de vida y la integridad física de sus representados, ni cuando el trabajo médico se desenvuelve en condiciones que atentan contra los miembros del equipo de salud y de los pacientes.

Por lo tanto, de no contar con los medios que nos garanticen este escenario seguro profundizaremos las medidas gremiales. □

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
Radiocirurgia
Radioterapia Estereotáxica
Acelerador Lineal
Total Skin.
Total Body.



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001: 2008



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

PRAXIS MÉDICA: AVANCES QUIRÚRGICOS, MÁS RIESGOS

La CEO Dra. Christine Tomkins de la Medical Defense Unión (MDU) del Reino Unido nos cuenta los riesgos que traen las nuevas cirugías bariátricas.



Un análisis del Sindicato de Defensa del Profesional Médico del Reino Unido (MDU) realizado sobre las demandas de mala praxis por cirugías bariátricas demuestra que dichas demandas aumentaron de manera alarmante en los últimos dos años.

El MDU especifica que, si bien la cantidad de demandas por este tipo de cirugías informadas por sus miembros se mantiene relativamente baja (35 casos notificados desde 2003), más de la mitad de dichos casos fueron notificados entre 2006 y 2009.

Estas son demandas sobre un nuevo tipo de cirugía, en la cual se pone una banda o bypass alrededor del estómago para que los pacientes que padecen obesidad pierdan peso. No todos estos casos tendrán como resultado necesariamente el pago de una indemnización, ya que seguramente muchos de ellos no seguirán su curso, pero el MDU ha identificado algunos puntos en común entre los casos que pueden servir para que los cirujanos se eviten problemas.

El presidente ejecutivo de MDU, la Dra. Christine Tomkins, dijo lo siguiente: "Estamos comenzando a ver las primeras demandas de mala praxis médica en relación a cirugías bariátricas, informadas por los cirujanos miembros de sindicato, quienes se desempeñan en forma particular. Esto era esperable, ya que este tipo de cirugías son relativamente nue-

vas y existe un lapso de tiempo entre la ocurrencia de un incidente y la interposición de la demanda.

Sin embargo, dado que es muy probable que este tipo de cirugías alcancen mayor popularidad en el futuro cercano, queremos intentar de alguna manera ayudar a nuestros miembros a evitar algunos de los problemas más comunes que detectamos al analizar las situaciones". Entre algunos de los problemas más comunes que surgieron del análisis del MDU se encuentran las complicaciones post-operatorias, como las infecciones; también los deslizamientos o pérdidas de la banda colocada que no se diagnostican en tiempo y forma; las dificultades y complicaciones al ajustar las bandas; la imposibilidad (alegada) de conseguir el consentimiento de los pacientes, por ejemplo en relación a los posibles riesgos y a la dieta post operatoria requerida.

Si bien la mayoría de los problemas no representan un riesgo de vida para el paciente, en algunos de los casos los resultados fueron bastante severos para los pacientes. En, al menos, uno de los casos el paciente falleció a causa de una infección, que se dice fue causada por una perforación del intestino. En otro caso, debió colocarse un respirador a un paciente a causa de una infección causada por una pérdida después de realizarle un bypass gástrico. La mayoría de estas demandas están aún en proceso y en muchas de ellas probablemente no haya indemnización para el paciente, pero el valor estimado de las demandas en proceso actualmente está entre £ 2500 y £ 500000.

El MDU dio consejos sobre gerenciamiento de riesgo a sus miembros del Reino Unido que realizan cirugías bariátricas. Entre esos consejos están los siguientes:

- Es preciso darles a los pacientes información de manera que les resulte clara y entendible, sobre los riesgos conocidos del procedimiento, la dieta que deben seguir después de la

operación y la cantidad de peso que es esperable que pierdan.

- Si el cirujano delega en otro colega la tarea de obtener el consentimiento del paciente, dicho colega debe ser idóneo y debe tener la suficiente experiencia para comprender el procedimiento a realizarse, sus riesgos y cualquier posible complicación, de tal manera que pueda responder cualquier pregunta que le formule el paciente al respecto.

- Si ha pasado un lapso de tiempo desde el momento en que se informó al paciente y la fecha de realización de la operación, es importante asegurarse de que el paciente aún presta su consentimiento al procedimiento y que aún es pertinente la realización del mismo.

- El consentimiento debe quedar documentado.

- Los cirujanos deben conocer las normativas clínicas reconocidas a nivel nacional, y deben estar preparados para justificar su accionar en el caso de que se aparten de dichas normativas.

- Los cirujanos deben asegurarse de haber obtenido la capacitación necesaria para realizar cirugías bariátricas y de que quienes los capacitaron son, a su vez, profesionales idóneos en el tema.

- El equipo quirúrgico debe estar compuesto por personal con la experiencia e idoneidad necesaria para participar de este tipo de procedimientos, y resulta aconsejable que haya protocolos que establezcan los estándares de cuidados apropiados así como también las tareas y responsabilidades que cada uno tendrá durante la operación.

- Los pacientes deben recibir información adecuada sobre las expectativas que deben tener en relación a tiempos de recuperación y proceso, los problemas que podrían surgir y cómo actuar si tienen algún tipo de dificultad. Debe mantenerse informado al médico clínico o de cabecera del paciente.

ESTIMADO LECTOR PROFESIONAL:

Ud. podrá obtener información de novedades, cursos y jornadas de su interés, tanto nacionales como internacionales, además del acceso a nuestra biblioteca especializada en Responsabilidad Profesional.

Suscribase para recibir lo que necesita saber

Contáctenos:
info@rpnews.com.ar

DIAGNOSTICAMOS HOY, CON LA TECNOLOGÍA DEL MAÑANA.



- **RM 3T de última generación de Philips Medical Systems.**
Obtención de imágenes con mayor resolución anatómica.
- **TC Multislice ICT 256 cortes de Philips Medical Systems.**
Reducción de la dosis de radiación hasta en un 80%.
- **CAMARA GAMMA MILLENIUM MG – SPECT doble cabeza de GE Healthcare.**
Rápida adquisición de las imágenes gracias a software de última generación.
- **PET/CT de General Electric Discovery STE 16.**
Adquisición simultánea de ambas modalidades (PET/CT) y fusión automática.

4837 7777 (turnos) • 4837 7555
www.diagnosticomaipu.com

*Institución afiliada a la Facultad de Medicina
de la Universidad de Buenos Aires.*

**DIAGNOSTICO
MAIPU** 

andar

29 DELEGACIONES

Más allá de la distancia,
Su salud nuestro compromiso.



Obra Social de Viajantes Vendedores
de la República Argentina

0800-345-andar (26327)
www.andar.org.ar