



**Protección Universal
frente a las Enfermedades
Catastróficas**
Por el Dr. Federico Tobar



**El futuro
tiene canas**
Por el Dr.
Ignacio Katz



**Las crisis vuelven
conservadores a los
empleados**
Por el Dr. Héctor Barrios

Médicos

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Medicina Global

AÑO XIII - Nº 66 - Setiembre de 2011 - \$15

Salud en Uruguay

Una Reforma posible

La integración Público-Privada



Tabaré Vázquez, el ex presidente de Uruguay, viajó a Buenos Aires para exponer los fundamentos de la reforma del sistema de salud que llevó adelante durante su gobierno y que comenzó con la transformación del sistema anterior en uno que combina los esfuerzos del Estado y las instituciones privadas para garantizar a todos los ciudadanos el acceso a la atención sanitaria.

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

220 330 440
Planes de Salud

Con **universal assistance** tus afiliados disfrutan su viaje sin preocupaciones.



DISFRUTÁ TUS VIAJES CON

**universal
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO



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 0800 de Alcance Nacional
- Desarrollo de Proyectos a Medida
- Servicio de Área Protegida
- Cobertura en Grandes Eventos
- Contact Center
- Capacitación



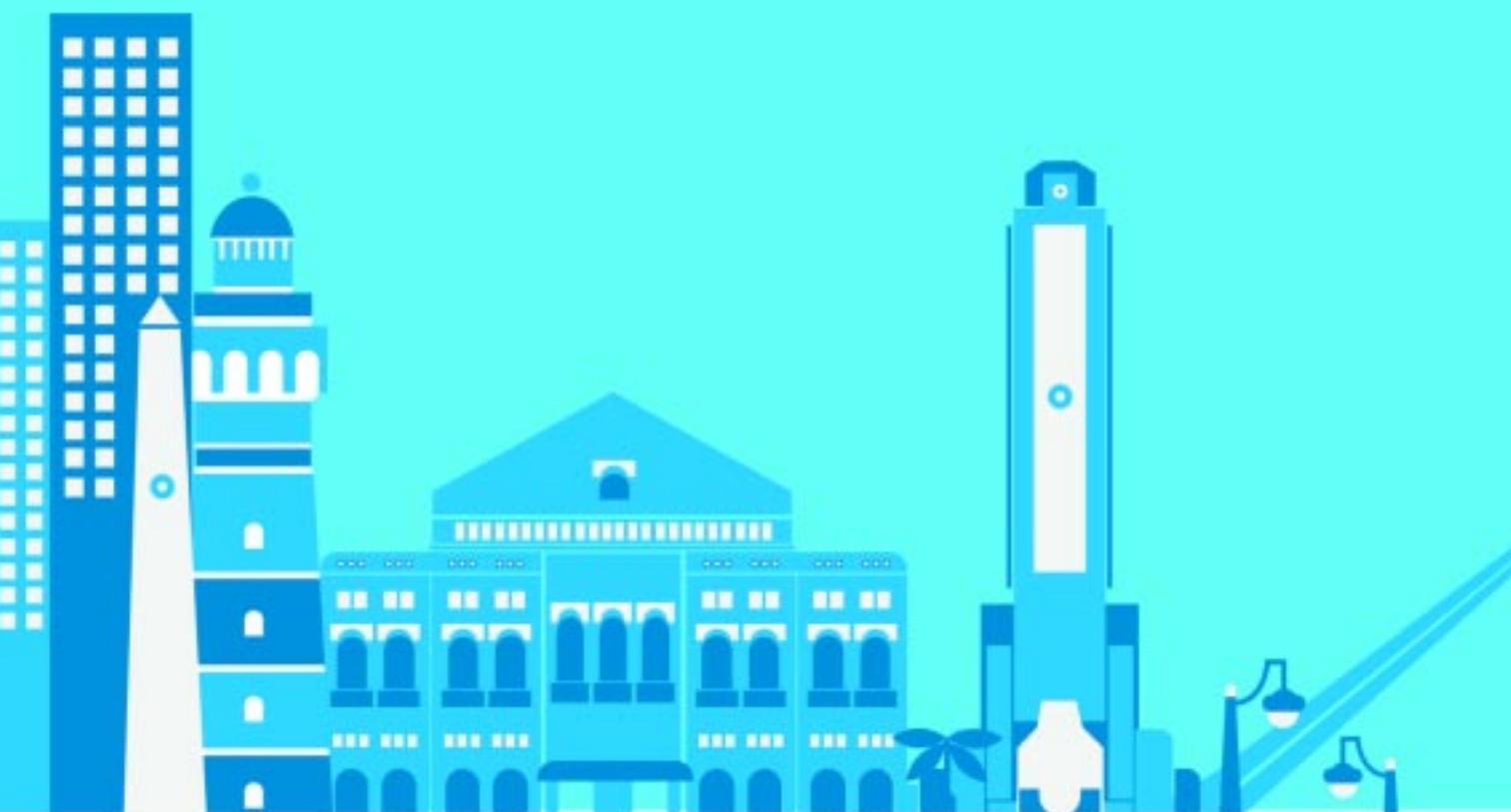
Capacitamos a nuestros prestadores
con la coordinación científica
de la Asociación Médica Argentina.



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

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
0 800 122 2774
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 - divisionosalud2@assist-card.com.ar - www.assist-card.com - 0800 122 2774

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**



Primera etapa Billinghurst

Está naciendo una nueva Clínica Bazterrica.

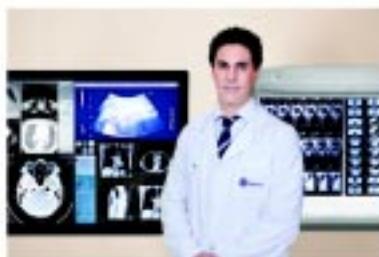
Cuando cambiás por dentro, también se nota por fuera.



Nueva Maternidad con confortables habitaciones y Neonatología de Alta Complejidad.



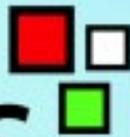
Nueva Guardia de Emergencias y Urgencias para una atención más rápida y eficiente.



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

Billinghurst y Juncal • 4821-1600



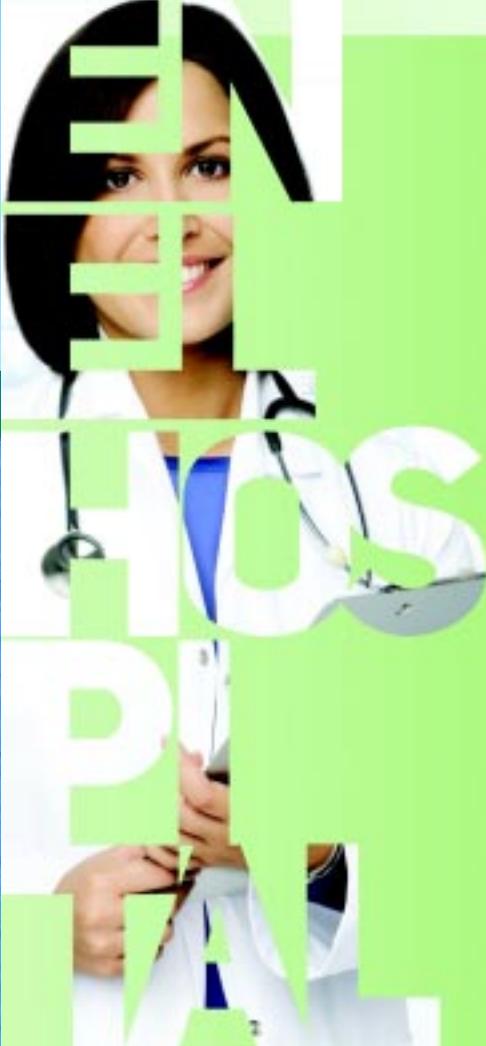


HEALTHHIMIS

management solutions

SOLUCIONES TECNOLÓGICAS PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS





DESARROLLÁ ETIQUETAS
Y BRAZALETES
A COLOR RÁPIDAMENTE
Y EN FORMA CONFIABLE.



Impresora SecurColor™ TM-C3400

- Versatilidad en impresión de varios tamaños para toda necesidad
- Impresión a color en etiquetas, brazaletes y otros medios
- Impresión rápida y personalizada según tus demandas

PERFORMANCE EN LA SALUD.

www.latin.epson.com



Tel: 6345-1000



Tel: 4877-7100



Tel: 4958-7309



Tel: 4831-2722



Tel: 4586-0707

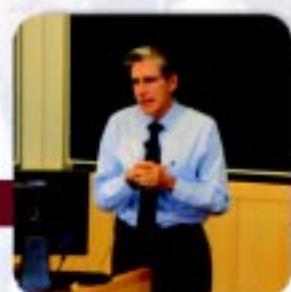
EPSON®
EXCEED YOUR VISION

"CREANDO EL PRESENTE,
CONSTRUYENDO EL FUTURO
DEL SECTOR SALUD LATINOAMERICANO"

SEMINARIOS INTERNACIONALES PARA DIRIGENTES Y PROFESIONALES DE SALUD

Coordinadores:

Lic. María Adela Contreras. Dr. Enrique M. Schiavon MD



PROGRAMA The Quality Promise

Auspicia



ALUMNI SILS

Seminarios, Encuentros,
Monitoreo Permanente de
Programas de Calidad en
Latinoamérica.

AGENDA 2011 – 2012

III VISITA ACADEMICA A SAN PABLO, BRASIL Septiembre 2011. Sistema Modular*

Módulo I:

Modelos de Gestión Hospitalaria y Responsabilidad Social.
19 al 21 de Septiembre de 2011.

Módulo II:

Modelos de Educación Médica e Innovación Sanitaria.
22 y 23 de Septiembre de 2011

**(Los participantes pueden inscribirse en uno o ambos módulos.
El módulo II se bonifica por inscripción temprana).*

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH Seminarios en Boston, Ma, EEUU *Vacantes Limitadas*

GESTION DE SALUD EN EL SIGLO XXI
(traducción simultánea al castellano).
12 al 16 de Marzo de 2012.

GESTION ESTRATEGICA DE CALIDAD PARA ORGANIZACIONES DE SALUD
(clases en español o con traducción simultánea al castellano)
14 al 17 de Mayo de 2012.

Bonificación por Inscripción Temprana

Solicitar Entrevista de Admisión al **Dr. Enrique Schiavon MD**
enriquemschiavon@gmail.com



INFORMES:

www.lidersaludhsph.com.ar info@lidersaludhsph.com.ar Tel. (00 54) 11 15 4949 4775 / 15 6127 8913

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



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

Una Clínica en permanente crecimiento e innovación:

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



Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar
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

14 Grageas

20 Voces

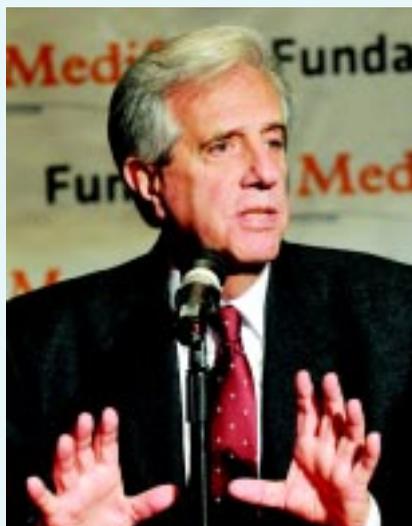
Algunas premisas para mejorar los servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires

22 Opinión

Protección Universal frente a las Enfermedades Catastróficas

24 Salud en Uruguay

Una Reforma posible
La integración
Público-Privada



30 Columna

El futuro tiene canas

32 Opinión

Estudio Global 2010-2011:
Las crisis vuelven
conservadores a los empleados

34 Opinión

¿Una complicación médica
es mala praxis?

38 Debates

Hacia un financiamiento sustentable



42 Reportaje

El error médico



44 Columna

MUERTE DIGNA

Legislemos con buena técnica
y para todos

46 Opinión

FACTORIAL:
el segundo paso



48 Opinión

Políticas de salud:
los nuevos desafíos

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



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

ASSIST-CARD ARGENTINA DIVISION SALUD: NUEVOS CLIENTES



ASSIST-CARD: Informa que entre los meses de agosto y setiembre dio de alta dos nuevos convenios con las siguientes empresas: **COOPERATIVA AGRICOLA MIXTA MONTE CARLO (Misiones), OSPELSYM - Obra Social del Personal de Empresas de Limpieza Servicios y Maestranza de Mendoza (Mendoza)**. Dichas empresas contarán con el Servicio Nacional y Regional (Países Limitrofes) para todos sus prestigiosos afiliados. Un tercer convenio para la extensión del servicio internacional con: **AAPM-Asociación Agentes de Propaganda Médica (Capital Federal)**. Estamos muy felices de incorporarlos a nuestra prestigiosa red de clientes. ■

10º ANIVERSARIO DE SCIENZA ARGENTINA

Líder en la comercialización, distribución y gerenciamiento de medicamentos para tratamientos oncológicos, antirretrovirales, trasplantes y terapias especiales en general, Scienza Argentina, una empresa que marca tendencia, ha invertido más de 15 millones de dólares desde sus inicios, cuenta hoy en día con más de 280 empleados y apuesta a nuevas inversiones y desarrollos para seguir consolidando su liderazgo.

Con muy pocos empleados, un centro de distribución de no más de 400 m² y el deseo de brindar mejores servicios, tranquilidad, transparencia y calidad al sector farmacéutico local; un grupo de profesionales de la industria formó Scienza Argentina en el año 2001.

Hoy, y después de 10 años de continua inversión, constancia, transparencia e innovación; la empresa líder en la comercialización, distribución

y gerenciamiento de medicamentos para tratamientos oncológicos, antirretrovirales, trasplantes y terapias especiales, cuenta con un importante capital humano formado por más de 280 empleados, una estructura edilicia de más 4.500 m² y proyectos de inversión y desarrollo de nuevos productos con el fin de seguir innovando en el mercado. Entre las ventajas diferenciales que ofrece a los pacientes y a sus familiares se encuentra un servicio de atención al cliente único e innovador, que les permite acceder a información sobre el envío de los medicamentos y su legitimidad a través de diferentes canales como: Scienza Responde (centro de atención y respuesta telefónica); verificación de trazabilidad (los afiliados pueden verificar la legitimidad del producto que han recibido); y también se puede realizar el seguimiento on line del producto que se ha solicitado a su prestadora de salud. Los procedimientos que le permiten a la compañía garantizar la seguridad de los medicamentos que distribuye se hallan encuadrados dentro de la norma ISO 9001 y son auditados y certificados por la consultora BVQ1. ■



GALENO CONSOLIDA TODA LA INFORMACION DE SUS PACIENTES Y OPTIMIZA LOS SERVICIOS ONLINE

Mediante tecnología de IBM, la prepaга a través con éxito un recambio tecnológico, consolidó todas sus bases de datos y realizó mejoras en el sitio web para Socios y Prestadores. Galeno, empresa líder en medicina prepaга del país, implementó soluciones de IBM Argentina para optimizar su tecnología, llevar adelante la migración de sus sistemas y unificar sus bases de datos luego de afrontar varias fusiones.

Al mismo tiempo se realizaron mejoras en el sitio web para socios y prestadores. Con esas modificaciones, los prestadores disponen de información online y actualizada sobre sus liquidaciones y procesos de pago. El asociado también puede acceder a información sobre autorizaciones de prácticas, seguimiento detallado de reclamos y accesos interactivo a las cartillas.

Ahora la Gestión Administrativa, Contable y Comercial de más de 500.000 socios aumentó la calidad de su servicio ampliamente. Además, se optimizó la atención de Urgencias y Emergencias con alta prioridad y velocidad de respuesta que opera 7x24, así como se perfeccionaron los sistemas contables de seis sanatorios Galeno. ■



NUEVAS DESIGNACIONES



Nos es grato anunciar que Daniel R. J. Piscicelli, ha sido designado como Gerente Regional de América Latina, para División Salud de ASSIST-CARD INTERNACIONAL. Dicha designación, se llevó a cabo en el mes de abril, del corriente año, y el propósito de Assist-Card Internacional es, además de abrir nuevos mercados en Latinoamérica, replicar el exitoso modelo de División Salud Argentina, y se estima un crecimiento que superará el 25%, con respecto al año 2010.

Toda su gestión comercial, su experiencia y su conocimiento de la compañía serán de gran aporte para este nuevo desafío. ■

EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES PRESENTA SU INSTITUTO DE MEDICINA CARDIOVASCULAR (IMC)



El Hospital Italiano de Buenos Aires presentó su Instituto de Medicina Cardiovascular (IMC), que reúne en un mismo espacio físico y bajo una misma sinergia los servicios de Cardiología, Hemodinamia y Cardiología Intervencionista y Cirugía Cardiovascular. En estos tres servicios, el Hospital Italiano cuenta con más de 50 años de intensa dedicación y grandes logros. Este nuevo bloque interdisciplinario atiende a pacientes con diversas patologías cardíacas y les brinda asistencia para la prevención en sus nuevas instalaciones, con equipamiento de última tecnología y con un grupo de profesionales de amplia trayectoria y experiencia. El completo equipamiento tecnológico del IMC está conformado por: Simulador de intervencionismo endovascular, Angiógrafo 3D, Laboratorio multiimagen, Sala híbrida, Tomógrafo de 64 pistas y PET, Robot da Vinci y Laboratorio angiográfico experimental, entre otros.

Entre sus actividades, resaltan el tratamiento de personas con afecciones coronarias a través de procedimientos endovasculares, cirugías convencionales y miniinvasivas y la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca o con patologías vasculares periféricas. Se destaca científicamente en Sudamérica por el sistema de cirugía robótica, con mínima tasa de infecciones e incisiones de escasos centímetros. Además, el IMC brinda asistencia para la prevención de enfermedades cardíacas. El prestigio y la confianza obtenidos por el HOSPITAL ITALIANO se basan en sus 158 años al servicio de la salud. Su capacidad de internación es de 750 camas (200 de cuidados críticos); además, cuenta con 600 camas de medicina domiciliaria. ■



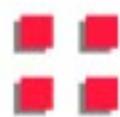
Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

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



COMPAÑÍA DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS OBTUVO LA CERTIFICACION DE CALIDAD ISO 9001:2008 PARA SU UNIDAD FARMA

Esta certificación alcanza tanto el Sistema de Gestión de Calidad de compras, como el de almacenamiento, recepción y preparación de pedidos, y el de la entrega y facturación de productos farmacéuticos para el tratamiento de patologías de alta complejidad a Obras Sociales y Prepagas.

Por otro lado, es el resultado de un proceso de trabajo conjunto llevado a cabo entre Compañía y el Instituto Argentino de Normalización y Certificación (IRAM).

En abril de 2007 la empresa incorporó los procesos de Trazabilidad que permiten la identificación unívoca de todos los productos distribuidos por nuestra Unidad Farma.

La implementación de estas herramientas de gestión reafirma el compromiso cotidiano asumido con los financiadores de salud, generando prestaciones farmacéuticas con los rasgos distintivos que avalan 29 años de trayectoria: profesionalismo, confianza y seguridad. ■

PREMIO VECINO SOLIDARIO DE LA FUNDACION DIAGNOSTICO MAIPU



Con motivo de la celebración de sus 10 años con la comunidad la Fundación Diagnóstico Maipú instituyó el Premio Vecino Solidario. El mismo está destinado a agradecer a vecinos, instituciones y empresas que se destacan por su colaboración y actitud con la Campaña Solidaria ConVIDAR, dedicada permanentemente a recolectar elementos de necesidad para hogares e instituciones carenciadas. Las donaciones recibidas han sido desti-

UNIVERSAL ASSISTANCE INAUGURO UNA OFICINA EN EL AEROPUERTO INTERNACIONAL DE EZEIZA



Universal Assistance S.A. realizó la apertura de una nueva oficina en la recientemente inaugurada Terminal C del Aeropuerto Internacional de Ezeiza.

La empresa, que ya contaba con locales de atención al público en las terminales A y B, ahora cuenta con este nuevo espacio para que sus clientes puedan realizar consultas sobre sus productos y servicios.

Para mayor información, ingrese a www.universal-assistance.com y www.facebook.com/universal.assistance ■

UNIVERSAL ASSISTANCE JUNTO A LA SELECCION ARGENTINA DE BASQUETBOL



Universal Assistance, asistencia oficial de la Selección Argentina de Básquetbol, acompañó a dicho seleccionado durante su participación en el Preolímpico de Mar del Plata, donde se decidieron dos plazas americanas para competir en los Juegos Olímpicos de Londres 2012.

Asimismo, Universal Assistance fue sponsor en los encuentros que el seleccionado disputó en las ciudades de Salta, Rosario, Córdoba y Buenos Aires como parte de la gira preparatoria para el Preolímpico. Este importante torneo, se llevó a cabo en la Ciudad de Mar del Plata, del 30 de agosto al 11 de setiembre. ■

DESTACAN CREACION DE UNIDADES PROVINCIALES DE PROMOCION DE LA SALUD



Las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 65 por ciento de las causas de mortalidad en la Argentina, por lo

que la creación de las Unidades Provinciales de Promoción de la Salud "es una estrategia clave para implementar políticas de prevención en todo el país", aseguró la subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación, Marina Kosacoff.

La funcionaria hizo estas manifestaciones al inaugurar el I Encuentro Nacional de Referentes Provinciales de las Unidades de Promoción de la Salud, organizado por la cartera sanitaria nacional. En la reunión, que se desarrolló en Buenos Aires diferentes referentes y promotores de salud de todo el país consensuarán estrategias para la promoción y prevención de la salud en los ámbitos locales. ■

LIBROS: TE VOY A ACOMPAÑAR HASTA EL FINAL

Vivir con cuidados paliativos

Tiempo atrás, la muerte era tomada como un hecho natural que sucedía en la casa, en familia, incluyendo niños y amigos. Hoy las cosas han cambiado: se oculta la muerte y todo aquello que nos la recuerde, se aconseja la discreción, nos da miedo y por eso no se habla de ella, ni con los demás ni con nosotros mismos.

En los años 60, la médica, enfermera y trabajadora social inglesa Cicely Saunders promovió la atención especial de los pacientes con enfermedades en etapa terminal y generó el concepto de Cuidados Paliativos: una respuesta profesional al sufrimiento propio de ese momento de la vida.

La doctora Vilma Tripodoro, que fue presidenta de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos y es miembro de Pallium Latinoamérica, nos cuenta en este libro qué es la medicina cuidadora y nos alerta sobre la necesidad de recuperar el sentido profundo del acompañamiento y la despedida.

ACERCA DE LA AUTORA

Es médica (UNLP), especialista en Medicina Interna. Curso Avanzado de Cuidados Paliativos Universidad del Salvador, Pallium Latinoamérica y Oxford International Centre for Palliative Care. Miembro de Pallium Latinoamérica. Coordinadora del programa PAMPA (Programa asistencial multidisciplinario Pallium). Jefa del Departamento de Cuidados Paliativos del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA). Presidenta de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (2008-2010). ■





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





COCKTAIL PARA CLIENTES

En un restaurante de la zona de Palermo, el pasado 30 de agosto, Admifarm Group S.A., organizó el ya tradicional 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. Agradecemos la concurrencia de todos ellos. ■

TORNEOS DE GOLF ADMIFARM GROUP

Los días 20 y 21 de agosto pasado, se llevó a cabo en "Los Acantilados Golf Club" de Mar del Plata, una nueva copa ADMIFARM GROUP de Golf. El evento contó con una gran participación de jugadores con un excelente nivel de juego y con un fin de semana excelente para la práctica de deportes al aire libre. Agradecemos a quienes nos acompañaron y participaron del mismo. ■



NOTICIAS ADMIFARM

ASSIST-CARD ARGENTINA Y GALENO RENOVARON SUS LAZOS



GALENO, empresa líder en medicina privada, renovó su relación comercial, con ASSIST-CARD

ARGENTINA, y sigue brindando en todo el mundo la asistencia médica a todos sus socios. Nos sentimos orgullosos que nuestros clientes sigan creyendo y confiando la salud de su gente en nuestro mundo ASSIST-CARD. ■



NUEVA ESTRUCTURA EN LA DIVISION SALUD ARGENTINA



La División Salud Argentina, ha creado un nuevo departamento de atención telefónica exclusiva y personalizada para socios y afiliados, de empresas de medicina prepaga y obra sociales.

Se puede realizar consultas las 24 h, (al 0 800 122 2774), así como también la contratación de servicios de asistencia al viajero, con tarifas diferenciales e importantes descuentos. ■

Se puede realizar consultas las 24 h, (al 0 800 122 2774), así como también la contratación de servicios de asistencia al viajero, con tarifas diferenciales e importantes descuentos. ■

NUEVO CENTRO DE NEFROLOGIA Y DIALISIS EN SAN FERNANDO

Desde el lunes 18 de julio se encuentra en funcionamiento un nuevo Centro de Nefrología y Diálisis en la localidad de San Fernando. El nuevo centro es operado por Fresenius Medical Care, la compañía líder en el tratamiento de pacientes con enfermedad renal. Esta unidad asistencial de avanzada se encuentra ubicada en Av. Las Heras 985 y cuenta con 32 puestos de diálisis, consultorios de nefrología y un equipo multidisciplinario dedicado al tratamiento integral del paciente renal desde sus estadios iniciales.

Por la tecnología de punta y la infraestructura edilicia con la que cuenta, este Centro de Diálisis es uno de los más grandes del Gran Buenos Aires y por su ubicación será de gran relevancia para la comunidad ya que permite cubrir un área de influencia de varias localidades de la zona (Pacheco, San Isidro, Tigre e islas del Delta bonaerense). Tiene capacidad para atender a más de 190 pacientes.

Al finalizar el año 2010 más de 26.000 personas en nuestro país estaban en tratamiento renal sustitutivo, por pérdida completa de la función renal, cifra que se estima seguirá creciendo en los próximos diez años, debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de la prevalencia de otros procesos crónicos como la diabetes y la hipertensión arterial. ■



PILAS DE AUDIOLOGIA ENERGIZER: UNA OPCION PRACTICA Y SEGURA



Para brindar soluciones a cada una de las situaciones en las que es necesaria la energía portátil, Energizer cuenta con un amplio portfolio que incluye pilas para aparatos de audiológica. Con cuatro tamaños diseñados para los distintos tipos de audífonos y un packaging pensado para hacer más cómodo su transporte y aplicación, estas baterías apuntan a mejorar la experiencia diaria de los usuarios.

Su innovadora presentación garantiza el traslado fácil y seguro de las pilas de repuesto. Su sello metálico mantiene a las baterías limpias y su empaque perforado permite separarlas de a una por vez, para que quienes deben llevarlas siempre consigo, disfruten de la practicidad de tener sólo la cantidad justa de energía, sin cargar con blisters grandes. Estas características, también facilitan la colocación de la batería en el audífono, en cualquier momento y lugar. Asimismo, la línea de Energizer cuenta con una característica única en el mercado: no tiene mercurio agregado.

Liderando el camino de innovación en energía portátil de última generación, Energizer refuerza su compromiso de ofrecer soluciones prácticas que respondan a las necesidades del mercado y de sus consumidores. ■

LA SUPERINTENDENCIA ORGANIZO LA 1º JORNADA DE SALUD MENTAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL

"La ley de salud mental le da garantías a las personas que padecen ese tipo de enfermedades y tiene como principio rector la necesidad de evitar la internación de los pacientes en institutos neuropsiquiátricos". Esa fue la premisa fundamental que destacó el Superintendente de Servicios de Salud (SSSalud), Dr. Ricardo Bellagio, durante el acto de presentación de la Primera Jornada Intersectorial de la Salud Mental en la Seguridad Social, que se realizó en los salones de OSDE, de Leandro Alem 1067, y que se retransmitió a través de videoconferencia con auditorios de Mar del Plata y de Tucumán.

Pero Bellagio reforzó aún más el compromiso con esa problemática: "La salud mental es un tema de todos", fue contundente. Y subrayó que con esta ley "estamos ante un cambio de paradigma que deja de entender a las personas con discapacidad mental como objeto de asistencia para considerarlas sujetos de derecho", puntualizó

El encuentro fue organizado por la Gerencia de Servicios al Beneficiario de la SSSalud, que conduce el Dr. Reymundo González, junto al Equipo Interdisciplinario de Salud Mental del Organismo, que coordina la licenciada Paula Andino.

Junto al Superintendente intervino en las palabras inaugurales la Dra. Mariana Baresi, integrante de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.

Las bondades de la nueva ley de salud mental fueron destacadas por Bellagio: "Es un elemento básico que el proceso de atención de una persona con padecimiento mental debe realizarse, preferentemente, fuera del ámbito de internación hospitalaria, reforzando la restitución o promoción de sus lazos sociales", explicó el funcionario. ■



PRAXIS PROFESIONAL

RESPONSABILIDAD CIVIL

CAUCIÓN

VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES



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.

TPC
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Av. Belgrano 654, Piso 9
1092AAT - Buenos Aires, Argentina.
Tel. (54.11) 4876.5300
Fax (54.11) 4876.5320
Info@webtpc.com

CALIFICACIÓN



Evaluadora
Latinoamericana S.A.



www.webtpc.com



Algunas premisas para mejorar los servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires

Por Carlos Vassallo – Profesor y Consultor Economía y Gestión de la salud y el Medicamento - vassaloc@gmail.com

En salud resulta muy difícil bajar el gasto por el fuerte impacto de la introducción de innovaciones médicas y el incremento del uso por parte de la población, pero eso no debería impedir que los recursos se utilicen en forma eficiente produciendo mejores resultados que es lo que no ocurre por lo general dentro del sistema.

Las organizaciones sanitarias se deben preparar para establecer cambios estructurales que les permitan gestionar mejor la complejidad, y en definitiva asegurar la sostenibilidad del sistema.

El año próximo será difícil desde el punto de vista económico, luego de la fiesta vivida durante los últimos años de incremento de ingresos, consumo y crecimiento del mercado interno. El sistema de salud requiere un proceso de cambio y mejora en la gestión de los recursos. El entorno ha cambiado y las organizaciones han permanecido detenidas en el tiempo, en particular respecto a la gestión de los recursos humanos que constituye el 70% del gasto del sector.

No debemos caer en las viejas consignas de disminuir el gasto por el solo hecho de hacerlo, en forma indiscriminada. Las medidas coyunturales terminan teniendo un efecto rebote y son hoy como se dice en la calle "pan para hoy y hambre para mañana". Ya pasamos por programas de ajuste económico que introducían más distorsiones que soluciones.

No obstante esto no debe impedirnos avanzar y sentar las bases para plantear nuevos esquemas de gestión del personal en salud. La mayor parte de los profesionales y no profesionales tienen regímenes estatutarios que inmovilizan la relación, donde los derechos adquiridos del personal son más importantes que los derechos de los usuarios, clientes, pacientes y ciudadanos que concurren al sistema a buscar soluciones.

La flexibilidad en la gestión de los recursos humanos y de los propios pacientes (en especial los enfermos crónicos) así como el proceso de unificación de servicios hospitalarios y de laboratorios es necesario que formen parte de un consenso para el cambio en el funcionamiento del sector.

Los criterios que nos brinda la Medicina basada en la evidencia, la seguridad clínica y del paciente, constituyen un buen hilo de Ariadna para conducir el proceso de redistribución de los recursos en base a la demanda de la población.

En el caso de la Capital Federal es importante comenzar a vincular y asociar a los servicios y áreas de los hospitales con el fin de lograr mayor coordinación, economías de escala y fundamentalmente calidad. Los profesionales deben estar donde se los necesita y donde pueden brindar el mejor y más calificado servicio.

¿No será hora de pensar que el sistema de salud de la Capital Federal debería tener un solo Laboratorio Central donde se concentren todos los estudios y análisis que requiere el sistema? El Instituto Karolinska (Suecia) recibe y procesa 32 millones de muestras cada año y en la Comunidad de Madrid el Laboratorio Central de Radiodiagnóstico es una muestra de mejora en la gestión de servicios.

El gobierno de Macri en la ciudad ha dejado en un segundo plano el sector salud y en este segundo mandato no podrá eludir esa importante cuestión. Hay cambios estructurales que necesita un sistema de 33 hospitales y centros dispersos que avanzan cada uno por su lado sin mecanismos de integración y coordinación, careciendo de una estrategia como red que permita mejorar la calidad y la eficiencia del sistema.

Existen por lo menos tres áreas sobre las cuales se debería trabajar en el próximo mandato:

- 1) Definir un plan operativo para lograr una utilización de servicios compartidos (estructuras clínicas y directivas) dotando de mayor eficiencia, coordinación y gobierno del sistema.
- 2) Replantear el tema de los recursos humanos en particular repensando el profesionalismo y apostando por favorecer la efectividad sistémica e institucional y no lo individual. Médicos que trabajan medio día o algunas horas en el sector público le sirven muy poco al sistema y es necesario organizar un equipo profesional con dedicaciones más importantes y consustanciado con el servicio público.
- 3) Finalmente es necesario replantear la gestión de los pacientes crónicos y del área sociosanitaria (pobreza, envejecimiento, adicciones) muy descuidados por un modelo sanitario anacrónico organizado para la atención de pacientes agudos pero que no puede mantener la continuidad, seguimiento y especificidad que requieren estas nuevas patologías y situaciones sociales. □



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

COBERTURA PARA LA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA



RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL

PRUDENCIA
Seguros 



Protección Universal frente a las Enfermedades Catastróficas

Por el Dr. Federico Tobar

Desde el año 2002 a través de un artículo publicado en la Revista de OPS venimos proponiendo implantar un seguro universal que garantice a todos los argentinos cuidados adecuados e iguales en calidad, resolutivez y oportunidad frente a las enfermedades catastróficas¹.

Se trata de unas pocas enfermedades (menos de cincuenta entre las más de 4.000 identificadas) que registran pocos casos pero requieren tratamientos muy costosos. El adjetivo "catastróficas" deriva de su impacto económico para quienes las financian. En el mundo cada año 150 millones de personas padecen los efectos catastróficos de la enfermedad. De ellos 100 millones caen por debajo de la línea de pobreza y 90 viven en países en desarrollo. En la Argentina a través de la Encuesta de gasto y Utilización en Salud del 2010 se ha podido estimar que el 6% de los hogares (esto representa unas 2,4 millones de personas) tienen gastos en salud que superan el 35% de sus ingresos.

La propuesta consiste en construir un sistema solidario cuya misión será consolidar el derecho universal a los cuidados adecuados frente a las enfermedades catastróficas. Todos los argentinos que padezcan estas enfermedades recibirán la asistencia y tratamiento acordes al estadio de la misma, de forma independiente a su nivel de ingreso y lugar de residencia. Para alcanzar su misión el seguro dispone de autonomía, de fondos estables y administra riesgos.

Un seguro único y universal generaría inclusión, para quienes hoy no tienen ningún acceso. Sería más equitativo para quienes sí tienen acceso y resultaría más eficiente. Hoy hay respuestas frente a estas enfermedades pero son fragmentadas y desiguales. Las Obras Sociales Nacionales, por un lado, tienen la posibilidad de solicitar un reembolso de la APE para costear los tratamientos. Las prepagas deberán cubrirlo según lo estipula el artículo 10º de la ley 26.682. A su vez, las provincias hacen lo que pueden.

Un seguro para todas y todos los argentinos no sólo extendería la protección social en salud frente a los

riesgos catastróficos sino que también resultaría más sostenible por reunir el *pool* de riesgo adecuado. Por ejemplo tratar a un paciente con Enfermedad de Gaucher puede costar más de u\$s 400 mil al año. Este valor resulta fatal si lo debe enfrentar el paciente o su grupo familiar. El costo del tratamiento también desequilibraría las finanzas de un seguro de salud que cuenta con alrededor de 10.000 beneficiarios. Pero repartido entre 40 millones de habitantes, el impacto sería mínimo.

El seguro podría ser un Ente Público No Estatal, administrado de forma autárquica por una estructura profesional estable y presidido por una Junta integrada por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, del Consejo Federal de Salud, de las Obras Sociales Nacionales y Provinciales, de las Empresas de Medicina Prepaga, de los Prestadores privados y de los Usuarios.

El Seguro se conformaría como un fondo fiduciario integrado por aportes sobre una base capitada homogénea proveniente de diferentes fuentes: a) Tesoro Nacional, para sustentar la cobertura de los beneficiarios cautivos del subsector público, b) Obras Sociales Nacionales (incluyendo el INSJJP), que será debitada del Fondo de Redistribución y del actual presupuesto de la APE, c) Recursos de las Obras Sociales Provinciales para brindar cobertura a sus beneficiarios, d) aportes de las empresas de medicina prepaga, sobre la base de su nómina de beneficiarios. Esto permitirá generar un padrón único de beneficiarios de salud que identificará quién es el financiador de cada ciudadana y ciudadano argentino.

Hay cinco hipótesis de intervención que permitirán al seguro lograr una respuesta adecuada:

- 1) **Generando Economías de escala:** El seguro se constituirá en el único comprador (monopsonio) de un conjunto de servicios, pero fundamentalmente de bienes tecnológicos. Las tres cuartas partes de los gastos catastróficos son en medicamentos (en su mayoría biotecnológicos). Las com-

¹ Tobar, F. (2002). "Cómo curar al sistema de salud Argentino". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol 11, Nº. 4, Abril 2002.



pras se realizarán por Licitación Pública esto permitirá obtener importantes economías sobre los gastos actuales (Brasil, por ejemplo, logra un ahorro del orden del 24,7% comprando estos medicamentos de forma centralizada).

2) Protocolizando tratamientos.

Todos los pacientes serán incorporados en un protocolo de atención bajo estricto control. De esta manera, todos los argentinos que padezcan la misma enfermedad catastrófica tendrán idéntica respuesta en términos de diagnóstico y tratamiento. El Seguro dispondrá de una comisión de efectividad clínica que evaluará la inclusión de tecnologías y diseñará y validará protocolos de atención a partir de la medicina basada en la evidencia. Sus decisiones tendrán carácter normativo. Esto además de generar igualdad en la respuesta reducirá los requerimientos de cobertura por vía judicial.

3) Acreditando prestadores: El SENEC definirá no sólo cómo sino también quién puede tratar las

El seguro podría ser un Ente Público No Estatal, administrado de forma autárquica por una estructura profesional estable y presidido por una Junta integrada por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, del Consejo Federal de Salud, de las Obras Sociales Nacionales y Provinciales, de las Empresas de Medicina Prepaga, de los Prestadores privados y de los Usuarios.

enfermedades cubiertas sea éste un prestador público o privado.

4) Gradualidad. Incorporar de forma progresiva protecciones frente a más enfermedades permite controlar los costos y garantizar la sostenibilidad financiera. A medida que la cobertura de enfermedades se expanda, las prestaciones involucradas serán excluidas del Programa Médico Obligatorio (PMO), puesto que se habrá conquistado la implantación de líneas de cuidados homogéneos y universales a través del seguro.

Como consecuencia de este conjunto de medidas complementarias se lograrían tres conquistas relevantes para la respuesta social frente a enfermedades catastróficas. En primer lugar, se incorporarían herramientas para controlar el gasto. En segundo lugar, se incorporarían herramientas para controlar la variabilidad de la práctica clínica y en tercer lugar, como consecuencia de las anteriores, la población argentina tendría acceso igualitario a prestaciones de calidad y efectividad homogénea y controlada frente a los problemas de salud que generan mayor impacto económico. □



FEFARA
Federación Farmacéutica

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

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

Salud en Uruguay

Una Reforma posible La integración Público-Privada



Tabaré Vázquez, el ex presidente del Uruguay, viajó a Buenos Aires para exponer los fundamentos de la reforma del sistema de salud que llevó adelante su gobierno y que comenzó con la transformación del sistema anterior en uno que combina los esfuerzos del Estado y las instituciones privadas para garantizar a todos los ciudadanos el acceso a la atención sanitaria.

Ante un auditorio conformado mayormente por miembros de la comunidad médica y científica argentina, el ex presidente de Uruguay por el Frente Amplio, Tabaré Vázquez, disertó en Buenos Aires sobre la reforma del sistema de Salud en su país, la creación del "Sistema Nacional Integrado de Salud", en el que el Estado y las instituciones privadas trabajan conjuntamente con el objetivo de dar cobertura a la totalidad de la población, conformando un sistema mixto. "Un sistema que cumpla los principios de universalidad: salud de igual calidad para todos, continuidad, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, centralización normativa, descentralización en la ejecución y fortalecimiento de la red pública de atención". Así detalló Vázquez los objetivos de la reforma y especificó: "Es un sistema público en lo que se refiere a su gestión, funcionamiento, leyes, decretos y reglamentos; y es un sistema mixto en el área de los ejecutores". Rige en Uruguay desde el 1 de enero del 2008 con muy buenos resultados y, según encuestas públicas, tiene gran apoyo popular.



Tabaré Vázquez, ex presidente de Uruguay.



Durante el evento organizado por ASE (*Acción Social de Empresarios*) y con el auspicio de la *Fundación Medifé*, Tabaré Vázquez detalló las bases de la reforma partiendo de la idea de que "la salud pública es un cometido esencial del Estado", según sus palabras, y tomando en cuenta la Constitución uruguaya y la Carta Orgánica de su Ministerio de Salud Pública, en 2007 su gobierno comenzó a discutir los fundamentos del nuevo sistema. "Ambos documentos establecen que el Ministerio adoptará todas las medidas que estime necesarias para mantener la salud colectiva y le compete también propender la educación sanitaria del pueblo", comentó Vázquez, haciendo hincapié en el derecho a la salud de los uruguayos y en las responsabilidades del Estado al respecto. Explicó que este cambio se inscribe en un conjunto de reformas llevadas adelante por su gobierno y que tienen, en su conjunto, el mismo espíritu: "Que dé cada cual por lo que tiene y a cada cual por lo que necesita". Con esta misma lógica se creó en Uruguay El Fondo Nacional de Recursos (FNR),

TABARE RAMON VAZQUEZ ROSAS

Hombre de larga militancia y lucha política, fue presidente de Uruguay por el Frente Amplio entre 2005 y el 2010, siendo el primer candidato de izquierda en ocupar un cargo de relevancia en su país. Nació en el barrio obrero de La Teja, en los suburbios de Montevideo, en 1940. Estudió medicina y se especializó en oncología y radioterapia recibiendo su título en 1976 mediante una beca del gobierno francés.

una entidad pública no estatal que brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada a toda la población, sin distinciones. Estos actos se efectúan a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son prestadores privados o públicos - habilitados por el Ministerio de Salud Pública - para realizar las técnicas cubiertas.

La misión del Fondo Nacional de recursos es otorgar financiamiento a prestaciones médicas altamente especializadas de demostrada efectividad permitiendo que las mismas estén disponibles para toda la población y asegurar que dichos procedi-

mientos se realicen con el máximo de calidad y eficiencia conforme a los avances científico-técnicos.

LAS LEYES DE LA REFORMA

No sin un "amplio, profundo y virulento debate", según rememoró Vázquez, durante 2007 se aprobaron las tres leyes que acreditaron el cambio. En primer lugar se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA - ley 18.131) que financia el régimen de prestaciones de asistencia médica a los beneficiarios del seguro del Banco de Previsión Social (el banco del Estado) y a los funcionarios públicos. "Se

Florida 15 Piso 6º
 www.ospat.com.ar
 Tel: 4342-6111 / 4343-5171
 LÍNEA GRATUITA- 0-800-999-1656

OSPAT
 OBRA SOCIAL de LA UNIÓN DE
 TRABAJADORES DEL TURF Y AFINES



trataba de un primer paso hacia una auténtica universalización del beneficio, porque éste incluye a las familias de los trabajadores y, para ellos, este seguro es de por vida”, especificó Vázquez. Como segunda medida se creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como empresa pública (ley 18.161). Aclaró Vázquez: “Si bien esta administración existía desde 1987 como órgano descentralizado del Ministerio, la ley actual establece una separación entre las áreas de política y regulación que permanecen en la órbita ministerial, es decir, las directivas políticas, regulación y control, y las áreas asistenciales que ahora son responsabilidad directa de ASSE”. En tercer lugar, se fundó el Sistema Nacional Integrado de Salud propiamente dicho (ley 18.211). “Esto reposiciona al Ministerio de Salud Pública como el rector del Sistema, además de suponer una ampliación sustantiva de los derechos de acceso a la salud y cambios profundos en el sistema de financiamiento”, sintetizó Vázquez. A la vez, esta ley creó la Junta Nacional de Salud (JUNAS): “Un organismo descentralizado, responsable de la administración del seguro, presidida por el Ministerio de Salud Pública y con la participación del Ministerio de Economía y Finanzas y del Banco de Previsión Social, además de representantes de los trabajadores y de los usuarios, para darle

BASES Y BENEFICIARIOS

La reforma de Salud en Uruguay se basa en tres pilares fundamentales:

- la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

“En el 2005 partimos de 586.000 afiliados, hoy estamos en un millón y medio y se prevé que al finalizar este período de gobierno llegaremos a que 2.500.000 uruguayos sean beneficiarios de este seguro”, vaticinó Tabaré Vázquez. Según el último censo, que se actualizará este año, la población uruguaya suma 3.350.000 habitantes.

máxima participación a la población como responsabilidad de todos y la mayor transparencia posible”, se exclamó el ex presidente.

Estas tres leyes fundamentales se complementan con otras leyes, decretos y ordenanzas, por ejemplo, el Plan Integral de Atención a la Salud, un conjunto taxativo de las prestaciones que todas las instituciones públicas y privadas están obligadas de brindar a sus afiliados. “Incluye programas de Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, Emergencias, Salud Bucal, Cuidados Paliativos, etc.”, aclaró Vázquez. A su vez, este plan enumera los derechos y obligaciones de los usuarios y hace especial foco en el control del tabaquismo. En este sentido, la

flamante Ley anti-tabáquica uruguaya, que prohíbe la publicidad y fumar en lugares públicos, transformó a Uruguay en el primer país de América y el séptimo del mundo libre de humo de tabaco e incluso los enfrentó judicialmente con las tabacaleras.

Por otra parte, la nueva normativa incluye prestaciones específicas para mujeres: “todas las instituciones deben brindar por lo menos una vez al año mamografías y PAPS. Estos estudios, por cierto, son gratis”, festejó Tabaré.

A su vez, se sumó un régimen de organización y funcionamiento para los laboratorios de análisis clínicos y otro para las instituciones de asistencia médica colectiva

del sector privado. “Existen créditos fiscales para estas instituciones y, además, se creó un Fondo de Garantías para reestructurar el pasivo de las mismas. Algunas tenían pasivos realmente terribles y no tenían la garantía de poder acceder a créditos para enfrentarlos. Otras instituciones hicieron uso del mismo y, felizmente hasta el momento, no volvió a suceder lo que pasó hace 10 años”. Vázquez hizo referencia al cierre de varias institu-



Una gran asistencia de referentes y especialistas del sector asistió al evento.



ciones que dejaron a sus socios desprotegidos, a muchos trabajadores en la calle y al sistema público colapsado.

Por último, se creó el Instituto Nacional de Donantes y Trasplantes, el Instituto del adulto mayor, el Programa Nacional de Control del Cáncer (con protocolos de diagnóstico y tratamiento que son revisados anualmente por el Ministerio y la Facultad de Medicina), la Convención Nacional de Bioética y Calidad Integral de Atención y el Colegio Médico de Uruguay.

FINANCIAMIENTO

El Sistema Integrado de Salud se financia "a través del Fondo Nacional de Salud, con el 6% de los ingresos de los trabajadores con hijos menores de 18 años y con el 4,5% de los ingresos de los trabajadores con hijos mayores de 18 años. Con esto, no sólo el trabajador queda asegurado sino que su familia queda incluida en el programa, están cubiertos con este aporte", detalló Vázquez y agregó: "Pero para aquellos trabajadores que ganen menos de 15 mil pesos (750 dólares aproximada-

mente), el Estado se hace cargo de sus aportes". El pago a las instituciones privadas y públicas está regulado por la edad y por el sexo de la persona que usufructúa el servicio. En moneda uruguaya son, en promedio, 1.700 pesos por prestación. Este monto se ajusta anualmente de acuerdo a los gastos de las instituciones que brindan los servicios. El flamante Sistema Nacional de Registro de Gastos realiza los cálculos y los promedios.

La reforma de salud uruguaya es similar al Sistema Nacional de Salud que tiene Francia, con algunas diferencias. "El movimiento de usuarios en Francia es libre.

Nosotros, por tres años no permitimos que ninguno de los usuarios cambie de institución, precisamente por las metas asistenciales y por las cápitas que también se pagan por inversiones que hagan las instituciones privadas. Algunas hacen un gran sacrificio para abrir, por ejemplo, una policlínica en algún barrio de Montevideo, y lo hacen en base a progresiones que toman de la población que van a atender, y se supone que la van a asistir por un período de tiempo.

Por tanto, esa es la exigencia hoy en nuestro sistema, que de todos modos es abierto", detalló Vázquez.

EL DEBATE Y LAS DIFERENCIAS

Como se ha dicho, la implementación de este nuevo Sistema de Salud integrado despertó un caluroso debate antes de su aprobación. "En mi fuerza política existía la pretensión de crear un sistema único y estatal, pero se logró aprobar la idea de generar un sistema nacional integrado", se alegró el ex presidente, y completó: "Como ustedes saben, el sector privado ha trabajado, y lo ha hecho muy bien, por lo cual sería absolutamente ilógico e irracional borrar de un plumazo su actividad y pretender que sea el Estado el que brinde todo los servicios. Consideramos más oportuno e inteligente unir los esfuerzos y las experiencias de décadas para mejorar el subsistema público que estaba muy venido a menos y buscar un sistema congruente que funcio-



Transalud, una empresa innovadora en soluciones de salud.

>> Cuenta con una infraestructura propia de comunicaciones que le permite procesar millones de transacciones capturadas desde dispositivos remotos (pos, ivr, web, integraciones, sms, etc).

En el año 2010 fue adquirida por Equifax, empresa líder en soluciones de información. De esta forma se une toda la experiencia de Transalud en el mercado de la salud con el respaldo internacional de Equifax.



Sistemas de captura, validación y autorización de transacciones médicas ■

Geobusiness ■

Marketing Services ■

Gateway de pagos ■

Analytics ■

Servicios Antifraude ■

www.transalud.com.ar · info@transalud.com.ar · Tel.: (054 11) 4315-7555 · Fax: (054 11) 4312-5662



RONDA DE PREGUNTAS

Tabaré Vázquez respondió a las diferentes inquietudes de especialistas y referentes del sector con la amabilidad y elocuencia que lo caracteriza.

Federico Tobar, consultor internacional en temas de Salud.

¿Cuál fue la estrategia para impulsar el debate y conducirlo? En la Argentina tenemos una epidemia de leyes diferentes que conviven. Muchos seguimos intentando impulsar una ley pero hay mucha resistencia para que todo siga como está.

La existencia de múltiples leyes es una realidad general en América latina. La conclusión es que estos sistemas no están funcionando como tales y que en el marco de nuestra independencia como países tenemos que tratar, racionalmente, de encauzar todo este gran esfuerzo que hemos hecho durante décadas para generar un sistema nacional que sea justo y equitativo. Tenemos que introducir cambios profundos. Por ejemplo, con el tema del tabaco, en Uruguay fue fruto de muchos años, de mucha gente creando conciencia. Pasó lo mismo con el Sistema de Salud. Teníamos miedo de fracasar, pero cuando vimos el apoyo de la sociedad, que la sentía tan necesaria, fuimos buscando consenso... Dialogamos con todos, hicimos foros, ateneos, y bueno, instrumentamos los cambios, pero llevó casi dos años. Pero ya veníamos desde la campaña electoral. En lugar de hacer discursitos emotivos, hablábamos de la reforma de la salud, de la reforma fiscal, de la necesidad de repartir las ganancias que generaba el país con justicia social. Y cuando llegamos al gobierno cumplimos con los compromisos. Que hay gente que critica, sí, gente de derecha y de izquierda. Unos porque quieren que vayamos al sistema único estatal de salud y otros porque quieren que haya una libertad total, sin organización. El camino fue el del diálogo, del encuentro, de escuchar al otro.

Aldo Neri. Ex ministro de Salud y Acción Social durante la presidencia de Raúl Alfonsín.

Me gustaría tener una mayor precisión en cuanto a qué otros grupos de interés, si los hubo, se resistieron o fueron reticentes frente al proceso de reforma. Usted mencionó a los propios colegas, seguramente no fueron los únicos.

Efectivamente, no solo la corporación médica tuvo sus reservas. Hubo consultorios médicos privados que sentían que si venía la reforma iban a ser perjudicados. El sector empresarial también quería saber de qué se trataba y discutió, y nos hizo ver puntos de vista que no teníamos muy claros. Los trabajadores, a través de los sindicatos, plantearon resistencia porque tenían miedo de que esta reforma les hiciera perder el trabajo, lo cual era lógico, que defendieran sus fuentes laborales, pero a veces la ilógica es que con el sistema anterior lo estaban perdiendo abiertamente. Con este sistema se les abría, por lo menos,

la esperanza de que ese drenaje de puestos de trabajo se detuviera. Y se detuvo. El sector farmacológico también tenía sus reparos, un sector con mucho poder de lobby, pero todos ellos participaron abiertamente de esta discusión. Las corporaciones defienden sus intereses particulares, pero el gobierno defiende el interés general. Como usted dice, hubo grupos que por intereses económicos presionaron fuertemente al principio, pero finalmente llegamos a estos acuerdos.

Enrique Zuleta Puceiro, analista político, profesor universitario.

Hay un tema con el consenso y es posible que no haya consenso, es decir, que los parlamentos saquen leyes 190 a 0 sobre materias de alta controversia. Es posible que los jueces estén generando una doctrina muy profunda y de repercusión internacional, constitucionalista, y generen una perspectiva de la salud desde los derechos que, sumado al litigio estratégico de las cuestiones de salud, haga imposible contar realmente con un esfuerzo convergente, y es posible que los presidentes generen hilos de conducción más hijos de la necesidad que de la virtud. Que trabajen directamente sobre la ausencia de ese consenso. En ese caso, vamos a necesitar de la política un esfuerzo de construcción de masa crítica y de perspectiva estratégica. ¿Qué puede hacer la Política con mayúscula frente a situaciones que pueden ser muy difíciles?

Usted plantea una realidad que es innegable. Nosotros trabajamos sobre el consenso partiendo de la base que no creemos que las unanimidades sean buenas siempre. A veces trabajamos sobre el consenso y no lo logramos, entonces tenemos que administrar las divergencias. Y comprender, además, que todas estas reformas estructurales profundas, no son cambios y reformas técnicas, son cambios y reformas políticas. No pueden los políticos dejar sólo en manos del técnico la reforma de la salud, la reforma fiscal, porque son temas políticos. Esta reforma no fue un proceso idílico. Ese gobierno y esa política tienen que acercarse fuertemente basándose en el respeto a la Democracia. Y en el ejercicio del poder por parte del gobierno sabiendo que dentro de la Constitución y la ley, todo, y fuera de la Constitución y de la ley, nada. Usted lo planteó muy bien, pero no necesariamente en el terreno de la aceptación se avanza en la construcción de la Nación sino que la población vota libre a su gobierno. No nos elijen para que contemos nuestros males, nos pusieron para que encontremos soluciones. El mejor camino para buscarlas es el de los equilibrios, el diálogo, el respeto y la transparencia.



nara, cosa que, hasta el momento, podemos decir que sucede en Uruguay". A la hora de explicar las diferencias y su decisión de implementar un sistema mixto, Vázquez remarcó: "Hay sensibilidades, opiniones y más que eso, intereses en juego. Vaya si los hay. ¡Y qué poder tienen! Entre ellos, los de algunas corporaciones que no son ajenas a quienes aquí estamos. No piensen que no tuve diferencias con mis queridos colegas. Pero lo que prevalece es que el presidente de la República, sin renunciar a su identidad personal, profesional o política, tiene que gobernar para todos los ciudadanos y en especial, creo yo, para los más desposeídos".

Destacó, a su vez, que "en estos procesos de cambios estratégicos son difíciles las unanimidades, pero son posibles los acuerdos y gestionar los desacuerdos. En Uruguay no tenemos miedo ni tenemos precio". Para Vázquez, "el sentido de país, la vocación democrática, el compromiso ciudadano, el respeto al semejante y la confianza en la sociedad" son las

que guían las transformaciones.

EL SISTEMA INTEGRADO EN MARCHA

"Este proceso en curso seguirá por mucho tiempo, perfeccionándose, adaptándose a las nuevas realidades", se esperanzó Vázquez ante los buenos resultados de la implementación de la reforma de salud, que ya logró bajar la tasa de mortalidad en varias regiones de Uruguay. "Esta reforma tuvo como objetivo central la niñez. Porque por un lado teníamos en Las Láminas, un asentamiento al norte del país, una tasa de mortalidad infantil de 53 por mil. Algo vergonzoso mientras que en algunos barrios de Montevideo, de mayor desarrollo sociocultural y económico, la mortalidad era de 8 por mil. Fíjense qué incoherencia, en un país tan pequeño. Ese fue uno de los primeros focos de atención y en ese barrio logramos bajar la mortalidad al 13 por mil", especificó.

Para terminar su disertación, Tabaré Vázquez, con su honestidad característica, quiso reflexionar sobre la idea de construir una

Nación, el objetivo final de cualquier reforma igualitaria. Estas fueron sus palabras: "Amigas y amigos, las naciones son proyectos históricos, que exigen mirar a lo lejos y trabajar por objetivos cuyo horizonte va más allá de uno, dos o tres períodos de gobierno. Para construir las naciones hay que pensar y actuar estratégicamente. Y los primeros que deben hacerlo son quienes, por decisión y confianza ciudadana, ocupan cargos de gobierno. Hay que atender, por cierto, muchos asuntos que no pueden esperar porque son graves, vienen de lejos y afectan a mucha gente. Pero también hay que preparar el futuro en lo que el mismo tiene de previsible. Para ello, creo modestamente que hay que pasar de la ansiedad táctica y de la ganancia pequeña a la templanza estratégica y a las conquistas colectivas sabiendo que la realización de ese proyecto llamado Nación no es una epopeya utópica sino un laborioso trabajo de transformación, profundo en sus objetivos y gradual en su instrumentación". □



Obra Social
de Actividades
Empresarias

la opción de cambio

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

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





El futuro tiene canas

“Papá Tuñín: Tú hubieras querido hacer lo que todos los viejos; quedarte en el taller para dar consejos.”

Poema de José Pedroni,
“Certificado de trabajo”

Por el Doctor Ignacio Katz

La vejez es el futuro. Aunque algunos creen que esta frase es paradójica, la realidad señala que una parte cada vez más grande de la población mundial tiene más de 60 años. Por lo tanto, diseñar políticas integrales para ese sector es una cuestión clave. Hay que superar la visión que pesa sobre los adultos mayores como una “clase pasiva”, que únicamente se la computa como al margen del sistema productivo, y, por lo tanto, como “inútil” para los tiempos que corren.

La lectura de la realidad demográfica nos indica un aumento de la esperanza de vida y una disminución de la fecundidad, con el consiguiente desplazamiento de una parte cada vez mayor de la población, desde el sector productivo, a un área “pasiva”. En la Argentina, ya hay más personas mayores de 70 años que menores de 10. ¿Está contemplada esta realidad a nivel sanitario, económico, cultural, político y organizacional?

Hay distintos componentes imprescindibles para encarar esta situación: por un lado, establecer diversos mecanismos para promover la seguridad económica a los ciudadanos mayores, con el objeto de reducir la pobreza. Pero ésta es una parte de la seguridad social. La otra está formada por la no marginación de los adultos mayores en la esfera productiva. No hay peor designación que la de integrantes de una “clase pasiva”, es decir, una suerte de grupo estático, que “no hace nada”, y que apenas puede estar a la espera de la ayuda de los demás (a sabiendas de que toda pasividad lleva a la atrofia).

Nuestros mayores deben poder transformarse en agentes de producción y así superar el ser “objeto pasivo” y pasar a ser *sujeto de dignidad*. Recordemos lo que expresaba José Ingenieros: “Y así como los pueblos sin dignidad son rebaños, los individuos sin ella son esclavos”. Nos estamos refiriendo a una vida activa, donde tener más ocio no sea llenarla de ocio.

Consideremos que el trabajo es un factor de realización personal, además de un factor de producción y de integración social. Esto coincide con la frase “El trabajo dignifica”. La elaboración de políticas sociales debe estar dirigida a preservar lo que se pierde en esta etapa, como la identidad y la calidad de vida. ¿Cómo podemos aliviar esa sensación de pérdida que se produce en el momento de la jubilación? ¿Cómo podemos hacer para no potenciar la segregación de nuestros adultos mayores?

Los lazos colectivos: para lograr este objetivo, se hace necesario constituir “unidades de gestión inter-

generacionales y de multifunciones”. Estas unidades deben ser espacios de aprendizaje y de producción, donde las personas mayores puedan enseñar conocimientos, saberes, prácticas y oficios a personas de otras edades, y recibir una retribución económica por ese trabajo. De esta forma se mantiene al adulto mayor en el esquema productivo, se lo valoriza como persona, se fomenta la transmisión de conocimientos entre generaciones y se contribuye a una mejor calidad de vida. Se trata de consolidar su pertenencia a la estructura social cumpliendo con la finalidad de un envejecimiento sin crisis.

La sustentabilidad primaria de estas unidades debe estar garantizada por la acción combinada de ANSES, Pami y Universidades, a lo que sería enriquecedor agregar el sector productivo privado dentro del marco de lo que se llama “responsabilidad social empresarial” y a las organizaciones no gubernamentales (ONG), cumpliendo así con el principio de *fusión de fines*. Cabe mencionar que Pami, a través de la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria, promueve vínculos sociales para los adultos mayores a través de las actividades de extensión universitaria.

Vivir no es sobrevivir

La pérdida de identidad y de autoestima que se genera al quedar separado del sistema laboral es una de las facetas negativas que suelen atravesar muchísimas personas mayores. La insuficiencia de los haberes jubilatorios y pensiones es otro factor que potencia esas carencias, que además se combinan con situaciones de sedentarismo, soledad y desnutrición, más las cuestiones relacionadas con la salud.

El “adulto mayor urbano” es un ciudadano que vive en aislamiento y soledad en plena ciudad, en el que se da la paradoja de que la enfermedad, real o aparente, es una compañía, una forma de sentirse vivo, y una posibilidad de pertenecer a un grupo social: *el de los enfermos*. En un tiempo de la vida donde es excluido del sistema laboral, sufre pérdidas de sus seres queridos de su misma edad, y es ignorado o burlado por gran parte de la comunidad, incluyendo muchas veces sus propios familiares. El adulto mayor siente que el estar o sentirse enfermo es una manera de formar parte de la sociedad.

La medicina en este punto, no puede estar ausente en lo que se refiere a sus aportes para la planificación de recursos y definición de prioridades, diferenciando población enferma de población vulnerable, necesidades de demandas explícitas e implícitas, y problemas



Población en expansión frente a un mundo en transformación permanente

Ranking por país según porcentaje de población mayor de 60 años		
País	Población mayor de 60	Posición en el ranking
Japón	29,7	1
Italia	27,4	2
Francia	22,7	14
España	22,2	18
Uruguay	18,3	39
EEUU.	17,9	42
Argentina	14,6	58
Chile	12,8	64
Brasil	9,9	79
México	9,1	89
Paraguay	7,5	104
Bolivia	7,1	109

Fuente: Informe de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento de la población 2009

necesario recurrir a medidas estructurales que permitan encausarla adecuadamente y para ello se impone:

- * diseñar modelos de atención integral e interdisciplinarios. En cualquier etapa de nuestras vidas, pero en especial durante la vejez, somos seres complejos, y no puede quedar la atención médica reducida a la visita frecuentemente a su médico,
- * reorganizar y potenciar los recursos institucionales gubernamentales para situaciones de convalecencia, cuidados paliativos y residencia asistida para ancianos,
- * priorizar la atención domiciliaria como parte de la atención primaria, y así evitar el enclaustramiento forzoso en instituciones, en muchas ocasiones contra su voluntad,
- * fomentar el desarrollo de profesionales con formación específica en temas relacionados con la ancianidad,
- * mejorar la comunicación entre enfermeros, familias y equipos médicos,
- * buscar mayor integración de la familia en el proceso terapéutico de la persona mayor,
- * impulsar el desarrollo del voluntariado civil en programas relacionados con los adultos mayores,
- * promover la participación activa de la comunidad en el respeto, la valorización e integración de los ancianos, y así asegurar el desarrollo de su potencial vital.

El envejecimiento no es una enfermedad, es una etapa del ciclo vital donde se manifiestan vulnerabilidades que deben ser compensadas mediante conductas saludables. Los "viejos" no son una casta aparte, una especie de tribu exótica, compuesta por personas que son vistas por la sociedad como si siempre hubieran sido ancianos. Son millones de personas que están en determinada etapa de su vida, con sus particularidades. Para revertir esa mirada desvalorizante sobre los adultos mayores recordemos lo expresado por André Malraux: "No se necesitan nueve meses sino 60 años para hacer a un hombre... y cuando está hecho, cuando alcanza, la madurez plena... se lo excluye. Es la sociedad la que impone este despilfarro que debemos revertir". □

reales de problemas aparentes. Ya hace 20 años, en mi libro *La tercera edad, un proyecto vital y participativo*, había encarado la problemática sobre este tema y reflexionado sobre su necesaria consideración en las finanzas públicas.

El envejecimiento es una faceta trascendental dentro de las prioridades sociales, en un momento de globalización de esta tendencia demográfica. Ante ese panorama, no hay que actuar solamente frente a la enfermedad, sino ante una condición de vulnerabilidad creciente. El concepto de atención médica más completo incluye el de asistencia médica y también los de prevención, educación y promoción de la salud. Se trata de que los ancianos vivan en su sentido más amplio, no que subsistan o sobrevivan.

Para abordar la *dinámica del envejecimiento*, es

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)

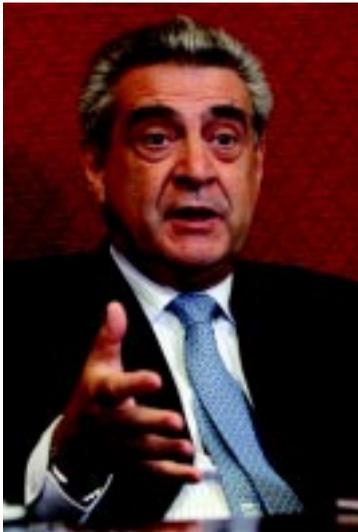


Su salud en las mejores manos

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



www.osfe.org.ar



Estudio Global 2010-2011: Las crisis vuelven conservadores a los empleados

Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Towers Watson

Un estudio de Towers Watson, una compañía global líder en servicios profesionales, muestra una tendencia global de los trabajadores a intentar perpetuarse en la empresa donde trabajan pese a no estar comprometidos con ella.

Aunque el mercado mundial pueda estar preparándose en el largo plazo para tiempos mejores, la recesión ha cambiado el modelo del trabajador en forma profunda, según el Estudio Global sobre Población Activa 2010-2011 que Towers Watson ha realizado en todo el mundo, para sondear el estado de los Recursos Humanos.

El Informe, un trabajo de investigación sobre el nivel de compromiso del empleado y la percepción de su relación con la empresa, confirma que la recesión ha acentuado el tono crítico con el que los trabajadores ven a sus líderes en el trabajo y demuestra que los empleados han reducido sus expectativas de carrera. Cuando hay crisis, escalar posiciones en el trabajo queda atrás frente al deseo de seguridad y estabilidad en el empleo.

El trabajo, realizado cada dos años, ha sido elaborado sobre un universo de **22.000 empleados** de empresas del sector privado, en **22 países**, a través de cuestionarios online.

Principales Conclusiones: desencanto y brecha emocional

En España – donde el perfil medio del participante es un empleado de 38 años promedio con 10 años de experiencia, con carrera terciaria (58%) y con una ligera mayoría de hombres sobre mujeres (60% y 40%, respectivamente)- el trabajo confirmó el descenso de los niveles de compromiso de los empleados con las empresas. Un 46% dice no estar comprometido con su trabajo y su compañía, en tanto que únicamente un 16% muestra un elevado nivel de compromiso. Pese a lo llamativo del dato, las cifras no son nuevas, ya que el estudio de 2008 mostraba resultados prácticamente idénticos.

El análisis preliminar permitiría inferir que el empleado no encuentra lo que espera de sus "líderes" en el aspecto humano como la cercanía, la confianza o la

preocupación por su bienestar, y la mayor parte de los factores que intervienen en el compromiso, tienen que ver más con la organización que con el entorno del empleado.

El compromiso en otros países europeos es ligeramente superior: un 21% de los empleados se definen como comprometidos frente al 40% de los no comprometidos. Pero estos mejores resultados pueden tener que ver con la idiosincrasia del mercado laboral español: Alemania cuenta con un 25% de empleados plenamente comprometidos y sólo un 6% de empleados totalmente desmotivados.

Hay una brecha entre los atributos deseables en la dirección y aquello que perciben los empleados, son valores que tienen que ver más con lo humano que con lo técnico. Aunque los empleados crean que el principal valor en un directivo es la capacidad para crear confianza y credibilidad, sólo un 31% lo ve en sus directivos y únicamente el 26% cree que sus empleadores se preocupan por su bienestar", según el estudio.

La estabilidad y la seguridad en el empleo ganan importancia

Sin embargo, si cruzamos los datos de motivación del trabajador y la búsqueda de otro empleo, encontramos que del 46% de la población no comprometida, hay un amplio 85% que no busca trabajo, eso supone un 40% de la población que está desencantada o desmotivada pero no desea cambiar de empresa.

Esto mostraría que el empleado no busca otro trabajo fuera de la empresa, quizás por su visión pesimista del futuro del mercado laboral. Las cifras, en este aspecto, son elocuentes puesto que un 53% no tiene ninguna intención de dejar la compañía, y sólo un 10% busca empleo activamente. Se busca principalmente estabilidad y seguridad en la compañía; con un proyecto a mediano o largo plazo en



la empresa, éste es el cambio fundamental con respecto a estudios de años pasados. Podríamos decir que es destacable esa "fidelidad" pese a que más de la mitad de los encuestados (54%) dice no contar con oportunidades de desarrollo en su puesto actual. En todo el mercado europeo, los resultados de búsqueda activa de trabajo son muy similares al caso español, el 9% está en ese segmento.

Apenas un 24% de los españoles cree que aumentarán las ofertas laborales, mientras que la mitad, un 49%, no anticipa cambios importantes. Por edad, los más jóvenes (menos de 25 años) son más optimistas -un 45% piensa que la situación va a mejorar-, mientras que los mayores de 45 años son los más pesimistas, un 38% piensa que va a empeorar. En el resto de Europa, la opinión es aún peor y sólo un 17% cree que el empleo mejorará.

Nueva percepción del desarrollo de carrera

Ante este panorama, un puesto de trabajo seguro y estable es más importante que una retribución superior o la oportunidad de desarrollo de competencias, que hace diez años estaban en primer lugar. Por eso, no sorprende que ahora se busque una relación a largo plazo con la compañía. Hasta un 37% de los empleados, desea un puesto "para toda la vida" y el 25% no desearía trabajar en más de tres empresas. En el resto de Europa, los resultados son muy similares, la suma de los dos grupos citados es de un 65%, similar al 62% español. Si dividimos sectorialmente, el 45% de los trabajadores de compañías españolas con más de 10.000 empleados desea quedarse, todo un desafío para la gran empresa española.

El caso no es meramente europeo. En Estados Unidos, donde la movilidad es tradicionalmente mayor, encontramos que hoy en día el 79% de la población activa no estaría dispuesta a cambiar más de tres veces de empleo en su vida, un 40% pretende hacer carrera en una sola compañía. Este es un dato extraordinario e inesperado teniendo en cuenta la cultura y la dinámica laboral en ese país.

Para completar el panorama, veamos algunos datos de interés con relación a la salud física y emocional del empleado: aunque un 64% piensa que es buena o muy buena, un 43% cree que tiene excesiva presión en el trabajo. En ese dato es significativa la presencia de los empleados jóvenes, que en un 52% piensan que la demanda de su trabajo interfiere en su vida privada.

Trabajar desde la casa, al menos ocasionalmente, es una realidad para un 30% de la población, y

sería apreciado por aquellos que hoy no tienen esa posibilidad (un 88% lo valoraría). Curiosamente, los más jóvenes quieren un espacio de trabajo en la propia empresa, aunque la tendencia europea es que el 42% quisiera trabajar desde su casa. El uso de redes sociales es pequeño para fines profesionales. Un 76% no ve el impacto de éstas en su productividad.

En cuanto a la percepción de la jubilación, un porcentaje alto (55%) está preparado para retirarse a los 65 años o más tarde y sólo un 15% quisiera hacerlo antes. Estos datos dependen de la edad de los encuestados. Cuanto más cerca se está de la jubilación, más presente se la tiene y, curiosamente, más se quiere alargar el período laboral. La población está más preparada de lo que se cree para retrasar el momento del retiro, lo que favorece al hecho estadístico, irreversible e inevitable, de retrasar la edad de jubilación.

Recetas para la gestión

A la vista de los datos recogidos, es más que necesario elevar el nivel de compromiso de la gente que trabaja en las empresas. Puede ser una tarea importante para ellas, especialmente si, como está demostrado, la calidad del servicio y la productividad están ligadas a dicho compromiso, comenzando por posiciones claves donde el compromiso es un motor muy importante. Vivir con empleados desmotivados que no tienen intención de irse "por abandono", sin dudas alejará a los clientes y contagiará al entorno con su falta de energía.

Uno de los puntos que más le importa a la gente, además de la imagen, es la cultura corporativa. En efecto, los empleados creen que se debería impulsar el valor de la comunicación, la cercanía y la confianza -lo intangible- con fórmulas de desarrollo profesional dentro de la compañía.

Es más fácil convencer al nivel de dirección que un mayor compromiso influye directamente sobre el margen operativo de la empresa, por lo que tomar el pulso a la propia compañía podría resultar fundamental.

Aunque no haya datos cuantitativos, es fácil pensar que detrás de muchos de los titulares de caídas de grandes empresas se esconde esa falta de compromiso, especialmente de sus responsables.

Conclusión: amigo lector, el compromiso de la gente es una parte indudable del éxito y del fracaso de las compañías, situación que se acentúa en tiempos de crisis en que la gente se vuelve más conservadora en sus empleos. □



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





¿Una complicación médica es mala praxis?

Por el Dr. Horacio E. Canto
Gerencia de Administración de Riesgo - SMG Seguros

Una realidad vista en nuestro medio en la actualidad es que ante cualquier tipo de complicación médica los pacientes suelen reclamar o cuestionar lo sucedido como sinónimo de "mala praxis", sin considerar siquiera la posibilidad de que la complicación se haya presentado de manera imprevisible, incluso pese a habersele brindado todos los correctos y necesarios cuidados.

Es muy frecuente ver que el paciente o su familia apresuradamente invocan responsabilidad de los profesionales o de la institución ante alguna complicación, pese a que no exista ni el mínimo indicio de una mala práctica.

Son muchos los factores que pueden explicar este fenómeno. Por un lado es indiscutible que en las dos últimas décadas los pacientes empezaron a ponerse en el papel de consumidores y exigir cuando algo sale mal, no sólo explicaciones sobre lo sucedido, sino también que alguien se haga responsable de tal resultado indeseado.

Asimismo los medios de comunicación, en especial la prensa amarilla, han considerado este tipo de situaciones como una oportunidad de impacto en una primera plana, impulsando muchas veces reclamos injustificados, sin siquiera un adecuado asesoramiento sobre el tema que superficialmente tratan.

Por último también es claro, que detrás de un reclamo en la mayoría de los casos existe el estímulo de otro profesional de la salud, que ya sea malintencionado o no, siembra en los pacientes y sus familias la idea que deben reclamar por dicho suceso adverso, convenciéndolos en que lo ocurrido constituye una negligencia médica.

En la actualidad muchos profesionales de la medicina y del derecho, en forma antiética, alientan este tipo de reclamos invocando que lo sucedido fue una negligencia médica. No obstante la jurisprudencia no da la razón a tal hipótesis, ya que la mayoría de los reclamos judiciales a médicos y/o instituciones de salud por responsabilidad profesional no prosperan, absolviendo al profesional o al sanatorio demandado.

¿Cómo saber que una complicación producto de un acto médico no es debido a una negligencia médica? ¿Cómo saberlo previamente para no perder el tiempo en denuncias o reclamos inconsistentes?

Se debe comprender que los actos médicos implican una gran responsabilidad que proviene de tres componentes. El primero del profesional de salud, el segundo de la institución de salud y el tercero del paciente.

En efecto hay muchas complicaciones que se presentan y que son consecuencia directa de la irresponsabilidad del paciente, la más común empieza por el incumplimiento de la terapéutica indicada.

Los casos de complicaciones por responsabilidad de la institución de salud surgen mayoritariamente en casos en que ésta no proveyó oportunamente los medios, insumos o materiales necesarios y adecuados para la atención del paciente o que incumplió el deber de cuidado.

Finalmente, puede existir responsabilidad atribuida directamente al profesional de la salud, la cual en caso de corresponder, es esencialmente culposa, ya que los médicos son seres humanos y pueden cometer errores que generen complicaciones. Pero en la mayoría de los casos, las complicaciones no son imputables a los mismos, sino por hechos fortuitos o imprevisibles.

Se debe comprender que los actos médicos implican una gran responsabilidad que proviene de tres componentes. El primero del profesional de salud, el segundo de la institución de salud y el tercero del paciente.



Indiscutiblemente todo acto médico tiene un riesgo implícito, por lo que se debe tener presente que no toda complicación es mala práctica.

¿Qué cirujano no ha tenido complicaciones?

Los riesgos son eventos inherentes a la práctica médica, aquel profesional de salud que actúa pensando que nunca le van a suceder complicaciones está completamente equivocado. En la práctica profesional los cirujanos saben que las complicaciones se presentan con frecuencia.

"El único cirujano que no ha tenido complicaciones es aquél que no ha realizado ninguna cirugía".

Se debe comprender que hay procedimientos en la medicina que implican riesgos que deben ser aceptados y comprendidos por el paciente.

Es por ello que una gran mayoría de reclamos ocurren porque el paciente no ha entendido los riesgos que corría durante un procedimiento médico o quirúrgico, aun aunque se le haya explicado en un lenguaje claro. Es por dicha razón que hoy en día es fundamental que nuestros pacientes firmen un adecuado consentimiento informado.

¿Qué debe comprender el paciente?

Debe comprender las potenciales complicaciones de un procedimiento médico o quirúrgico de riesgo. Que hay complicaciones muy simples y de relativa, fácil y rápida solución y que también hay complicaciones muy graves que pueden producir lesiones y daños a la salud y la vida del paciente.

Minimizar ante los pacientes los riesgos habituales de determinada práctica es un error muy frecuente de ver, y de surgir alguna complicación, a los ojos de los mismos, agiganta nuestra responsabilidad.

Nada más errado como estrategia para estimular a una persona a someterse a determinada práctica, que "pintársela" como simple y sin complicaciones!

En síntesis, y habiendo aceptado y comprendido que los riesgos en nuestra profesión existen y que las complicaciones son una eventualidad posible, debemos pensar cuál es la mejor manera de atenuar el impacto de las mismas en nuestros pacientes y sus familias.

Indiscutiblemente, sólo una buena relación médico-paciente-familia, será el principal reaseguro para lograrlo. Siendo fundamental explicar cada uno de los procedimientos o exámenes, para que en caso de surgir alguna complicación estén advertidos de la posibilidad de su ocurrencia, pese a una correcta praxis médica.

Por lo que es muy importante informar con palabras sencillas todo lo necesario, dejando constancia de ello en la historia clínica, único documento legal que puede aclarar cuál fue la actuación profesional. Esto no sólo va a evitar malos entendidos, sino que va a devolver la dignidad de persona al paciente y la característica humanística a nuestra profesión y a nuestro arte. □

**UNIVERSIDAD
ISALUD**
EDUCACION PARA LA
TRANSFORMACION

MAESTRIAS y ESPECIALIZACIONES 2012

ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD

Res. N° 814/99 M.E. - CONEAU Res. 473/09 Categoría B.

SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Res. 184/99 M.E. - CONEAU Res. 474/09 Categoría B

ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

Res. N°1529/07 M.E. - CONEAU Res. 246/10 Categoría B

AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Res. N°02/09 M.E. - Proyecto aprobado por CONEAU.

MEDICINA LEGAL

Res. N° 94/02 M.E. - CONEAU Res. 208/07

FARMACOPOLÍTICAS

Res. 1777/10 M.E.

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

Res. N° 584/09 M.E. - Proyecto aprobado por CONEAU

GESTIÓN DE SALUD AMBIENTAL

Res. N°1853/08 M.E. - Proyecto aprobado por CONEAU

GESTIÓN DE SERVICIOS EN DISCAPACIDAD, SALUD MENTAL Y GERONTOLOGÍA

Disc. Res. N°1813/08 M.E. - CONEAU Res. 247/10 Categoría C

Ger. Res. N°275/00 M.E. - CONEAU Res. 410/04 Categoría C

SaMe Res. N°499/02 M.E. - CONEAU Res. 243/10 Categoría C.

5239.4000

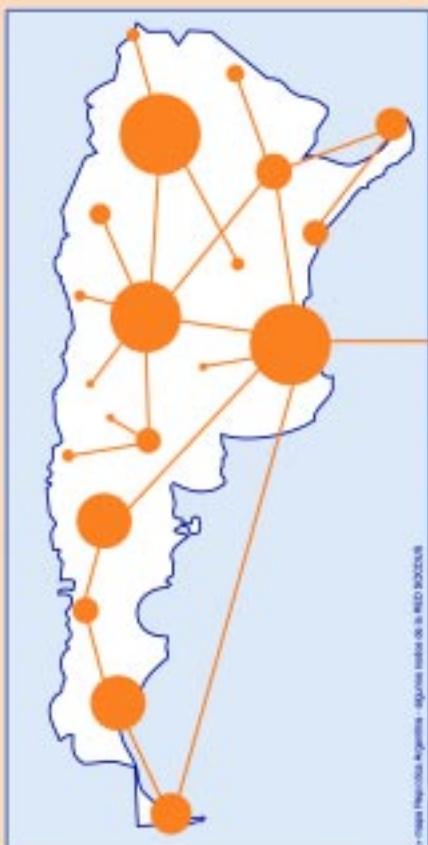
www.isalud.edu.ar

informes@isalud.edu.ar

Venezuela 931/847/758 | CABA

www.isalud.edu.ar/facebook - [Twitter@UISALUD](https://twitter.com/UISALUD)

ISALUD
1991-2011



Odontología para Sistemas de Salud

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

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

> **SOCODUS /O**
 Av. Belgrano 1683, 3º piso
 Capital Federal, C.P. (1063)
 (011) 4371-1096 (líneas rotativas)
 info@socodus.com.ar www.socodus.com.ar
Consultorios Propios
 Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)

López Delgado & Asociados

estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

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

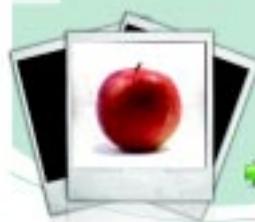
Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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

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.



LABORATORIO
HIDALGO
Análisis Clínicos

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

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional



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

Ha sido posible GRACIAS al apoyo de nuestras más 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

Hacia un financiamiento sustentable

Los economistas Mónica Levcovich de AES y Oscar Cetrángolo de CEPAL, el presidente de CONFELISA, Gustavo Mammoni, y el titular del Gremio de Sanidad, Carlos West Ocampo, debatieron acerca de cuáles son las alternativas para mejorar el sistema de salud.

“**E**l modelo de financiamiento sustentable del sistema de salud” fue el tema que convocó a debatir a los economistas Mónica Levcovich, de la Asociación de Economía de la Salud (AES), Oscar Cetrángolo, de la Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL), el presidente de la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFELISA), Gustavo Mammoni, y el titular de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA), Carlos West Ocampo. La reunión se llevó a cabo en el marco de las Jornadas Nacionales e Internacionales de Economía de la Salud organizadas por la

Asociación de Economía de la Salud (AES). La conferencia comenzó con las palabras de Mónica Levcovich, de AES, quien explicó que “El sistema de salud de la Argentina es el pilar del financiamiento”. También expresó que es necesario tener en cuenta y analizar cuán equitativo es el sistema, el efecto sobre la cobertura y acceso, y la contención de costos. “La Argentina se encuentra a mitad de camino entre los países con mayor y menor participación de la seguridad social y de gasto gubernamental, los que se encuentran en mejor situación son Francia y Alemania” –argumentó– “Acá es fundamental la combinación entre el sistema tributario y el gasto público, porque

mientras los países de la Unión Europea tienen un nivel de carga tributaria de casi un 40 por ciento, el promedio de América latina es del 18 por ciento, y en el 2007 la Argentina se ubicaba en un 28 por ciento”, explicó Levcovich. Además, a la hora de analizar la problemática, la especialista formuló algunas preguntas a los presentes, tales como, si es adecuado el porcentaje del financiamiento público, si deberían construirse mecanismos de compensación a nivel nacional para alinear desigualdades en las



Dr. Gustavo Mammoni, presidente de CONFELISA.



**“Debemos construir
datos e informarnos para tomar
decisiones maduras”
(Mónica Levcovich)**

provincias y si esta distribución debería estar asociada al cumplimiento de metas. Otro cuestionamiento estuvo referido a cuál debería ser la vinculación entre las obras sociales y los seguros privados, lo que generó un debate con respuestas similares, y otras opuestas entre los profesionales presentes. “Sabemos que los países no producen cambios drásticos en sus sistemas de salud, y, cuando esto sucede, está asociado a otro tipo de reforma del sector público o de los sistemas de protección social, pero hay que destacar que el sistema de salud argentino es bastante maduro, con un sistema de seguridad social consolidado y de prevención público y privado muy extenso”,

continuó Levcovich. “Hay algunas variables que se pueden y se deben cambiar, debemos construir datos e informarnos para tomar decisiones maduras”, concluyó.

Luego fue el turno de Oscar Cetrángolo, de CEPAL, quien brindó otra visión del modelo de financiamiento sustentable del sistema de salud y fue muy claro a la hora de ordenar las ideas básicas a tener en cuenta para un buen funcionamiento: darle primordial importancia a la cobertura y al gasto, a la descentralización y cohesión territorial, a la fragmentación de financiamiento y equidad, y a la agenda de reformas vinculadas al financiamiento sustentable. “El problema es que no todos tenemos un seguro en la Argentina, y el país gasta entre un

**“Equilibrar los sectores de
financiamiento sería la solución”
(Oscar Cetrángolo)**

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO
"Dr. José Pérez Ibáñez"**



TOMOGRFIA COMPUTADA
RESONANCIA MAGNÉTICA

Próxima incorporación:

- Tomógrafo GE Multislice 64 cortes
- Resonador Philips alto campo 1,5 T

Nuevas prestaciones

Hospital Privado del Sur:
Las Heras 164 - Soler 265 - San Martín 262 - B. Bca.
Tel/Fax: (0291) 455-3311
info@cdmhb.com.ar - www.cdmhb.com.ar

TOMOGRFIA COMPUTADA
Incorporación de estudio TC MAX



Hospital Regional Español:
Estomba 571 - Casanova 25 - Bahía Blanca
Tel/Fax: (0291) 453-7846
info@cdmhe.com.ar - www.cdmhe.com.ar

Atención a todas las Obras Sociales
Consultar por nuevos estudios para implantes dentales



**“Creemos que tenemos que financiar la demanda más que la oferta y separar el financiamiento de la provisión de los servicios”
(Gustavo Mammoni)**

9 y un 11 del punto del producto, tanto el rol como el gasto del gobierno central es fundamental, ya que el sistema de salud pública es descentralizado y el financiamiento es bajo”, reflexionó Cetrángolo. Y añadió: “Estamos en un mundo en donde los indicadores de salud son mejores en las provincias que tienen más recursos”. La idea que propuso el profesional es que el sistema de salud pública no sea descentralizado, y que sea homogéneo con respecto a todo el territorio, con una mejora del presupuesto y reclamando que lo que destina la Sociedad Argentina de Salud en cuanto a montos, no cubre los gastos que se necesitan para solventar todas las necesidades. “Equilibrar los sectores de financiamiento sería la solución”, indicó. También

hizo hincapié en las nuevas demandas que presenta la sociedad, como el gasto de la asignación por hijo y otras insuficiencias que no dejan un margen alto para gastar en salud.

Más tarde, se presentó Gustavo Mammoni, Presidente de CONFELISA, quien comenzó su discurso relatando que en los últimos tres años los costos de las clínicas y sanatorios se multiplicaron en un 30 por ciento, destacando lo difícil que es tener que adaptarse cada año a esta suba de valores. En su reflexión, habló de la problemática del sistema de salud en Latinoamérica y explicó que hay falta de articulación y debilidades en las funciones de modulación del sistema de salud, así como bajos ingresos de los prestadores de salud, de financiamiento y una baja cobertura de aseguramiento. “127 millones de personas no tienen un acceso estable al sistema básico de salud, es por eso que creemos que hay que hacer una protección social y universal de la salud”, comentó Mammoni. A su vez, aclaró que la política del financiamiento determina cuándo está disponible el funcionamiento del sistema de salud y sugirió algunas reglas para la sustentabilidad financiera: cumplir con las leyes, tener una ley de emergencia específica que respete los recursos sanitarios, mejorar la atención primaria,

incorporar la tecnología al sistema y al Programa Médico Obligatorio (PMO), basado en la evidencia y relación costo-efectividad de las relaciones, para adecuar la canasta básica de los servicios a las posibilidades del financiamiento. A esto, sumó mejorar la gestión y los recursos de los hospitales estatales y mantener la responsabilidad del trabajo profesional. “No sólo el modelo de salud no es sustentable, sino también el modelo del país, y con las cifras que contamos, el sistema de salud no va



Licenciado Carlos West Ocampo, Secretario General de FATSA.



a corregir la pobreza”, afirmó. Para finalizar, explicó que se debería tener un trabajo más enfocado en la conservación de la salud y principalmente en las enfermedades: “Creemos que tenemos que financiar la demanda más que la oferta y separar el financiamiento de la provisión de los servicios”, concluyó el especialista. Hacia el final de la jornada, el Licenciado Carlos West Ocampo, de FATSA, señaló que el Estado argentino es el único que retiene anualmente varios miles de millones de pesos de las obras sociales que no se distribuyen, y que enfermedades como la drogadependencia y la obesidad, entre otras, pasaron a convertirse de agudas a crónicas.

Hizo referencia a los distintos períodos históricos que tuvieron su correlato en diferentes sistemas de salud, y subrayó que en la actualidad nuestro país podría tener un sistema de salud no fragmentado, incluso con una sociedad absolutamente fragmentada, con enorme desigualdad, millones de desocupados y subsidiados.

Por último, se preguntó qué ha pasado con el

**“Desregular el sistema llevó a que las obras sociales tengan que competir entre sí, haciendo participar de la peor manera a la medicina privada en competencia con la seguridad social”
(Carlos West Ocampo)**

sistema social durante todos estos años: “Por qué las grandes empresas del estado se fueron privatizando en los 90 y la desocupación hizo que la sociedad se fragmente cada día más. Desregular el sistema llevó a que las obras sociales tengan que competir entre sí, haciendo participar de la peor manera a la medicina privada en competencia con la seguridad social”. □

Precisión
al Servicio de
la Salud

VIDT CENTRO MEDICO
Excelencia en Terapia Radiante
INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

- Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT
- Micro - Radioterapia Corporal - SBRT
- Radioterapia Conformacional Tridimensional
- Radiocirugía Estereotáctica
- Radioterapia Estereotáctica
- Acelerador Lineal

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>

 Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008



El error médico

Días atrás se presentó el libro “EL ERROR MEDICO: Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales”, su autor el Dr. Rafael Acevedo, abogado especialista en responsabilidad médica y gerente general de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional, responde sobre diversos temas analizados en la obra relacionados con el error médico, sus causas y consecuencias.

¿Cuál es el diagnóstico general que usted hace acerca de las causas y estado actual de la litigiosidad contra la actividad médica?

El campo de la responsabilidad médica día a día adquiere mayor extensión y complejidad y, por su parte, los reclamos se han incrementado notoriamente, tanto en su frecuencia como severidad. Diversas razones explican este fenómeno, pero entre ellas cabe mencionar que la relación médico-paciente ha tenido una profunda transformación, en buena medida marcada por un vínculo más despersonalizado, con intervención de múltiples profesionales en la atención del enfermo, a lo que se agrega que los tiempos de atención médica se han reducido, los pacientes están más informados, conocen más sus derechos, aumentan sus expectativas sobre el resultado de la atención y, por tanto, sus niveles de exigencia. Por su parte, el sistema judicial y normativo también ha introducido cambios en la regulación y valoración de la actividad médica. En definitiva, se han generado nuevas condiciones, de diversa naturaleza, que alientan la litigiosidad contra la actividad sanitaria, lo que ha dado lugar -entre otros fenómenos- al crecimiento de la *medicina defensiva*.

¿Es consciente el sector de la salud de esa realidad?

La cultura médico legal de los equipos de salud, y de todos quienes cumplen un rol dentro de una organización médico asistencial, generalmente es muy acotada, existiendo escasa internalización de la importancia de desarrollar *programas de gestión de riesgos* para prevenir daños y minimizar sus consecuencias, lo que al mismo tiempo posibilitaría evitar reclamos, reducir pérdidas económicas, y producir una mejora continua de la calidad en la atención de los pacientes. En definitiva, buena medicina es una condición necesaria más no suficiente para reducir los niveles de exposición, y de

allí que, entre otros contenidos, el libro desarrolla estos aspectos desde una visión eminentemente práctica. Por su parte, también es necesario que se asuma que, en las condiciones actuales de contratación, el seguro de responsabilidad civil médica no resuelve toda la problemática que encierran los reclamos económicos contra el médico y las instituciones de salud, desde que los mismos no sólo tienen efectos de índole patrimonial sino también emocionales e institucionales para los médicos y clínicas demandadas, ya que tampoco las coberturas asegurativas cubren generalmente toda la extensión del daño y su resarcimiento (las sumas aseguradas son muy inferiores a los montos de muchas condenas).

¿Cuáles fueron las fuentes utilizadas para analizar el error médico y los reclamos por responsabilidad profesional?

Se evaluaron 800 atenciones que han sido objeto de reclamo por parte de los pacientes, brindadas en clínicas y sanatorios de nuestra amplia geografía nacional, así como también se analizaron 2.500 consultas preventivas por eventos adversos realizadas por las clínicas ante la ocurrencia de un episodio anómalo o extraordinario en el curso de la atención médica. En lo que específicamente concierne a reclamos indemnizato-



Dr. Rafael Acevedo, gerente general de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.



rios, se analizaron 650 juicios, 450 reclamos pre-judiciales y 300 acuerdos conciliatorios de pago.

¿Qué resultados arrojó el análisis sobre el error médico?

De diversa índole y alcance, pero podemos destacar los siguientes: sobre el total de la muestra (800 atenciones cuestionadas por los pacientes), se identificaron un 26,25 % de errores evitables cometidos directamente por los médicos intervinientes, dentro de los cuales un 39% fueron en la etapa diagnóstica y un 61% durante el tratamiento propiamente dicho. A ello se suma un 11,5% de casos donde existió un déficit o falla en el funcionamiento de la institución como organización médico asistencial, dentro de los cuales aparecieron supuestos de infecciones intrahospitalarias (40,77%), caídas (11,65%) y quemaduras durante el acto quirúrgico por desperfectos de equipos (19,40%). Pero al mismo tiempo el análisis revela que el 21% de los pacientes que reclamaron en realidad evolucionaron sin secuela o daño permanente; y asimismo un 5% del total de casos se trata de hechos en los que el error fue del propio paciente, fundamentalmente por incumplimiento a las indicaciones médicas o abandono de tratamiento. Finalmente, del total de pacientes que reclamaron un resarcimiento, el 46% tuvo una internación de urgencia, el 32% internación programada, el 11% atención ambulatoria y el restante 11% fue asistido en la Guardia. Y del total de pacientes, un 48% pasó por la UTI. El segmento de pacientes de entre 20 a 40 años representan el 45% del total de reclamos, y recién nacidos el 8%. La obra contiene un análisis estadístico descriptivo del error y sus consecuencias en cada una de las siguientes especialidades: obs-

tetricia, traumatología, cirugía general, clínica médica, anestesiología y enfermería.

¿Cuáles son las especialidades más demandadas?

Precisamente, traumatología, cirugía general, obstetricia y clínica médica, aunque esta última en menor medida. Algunas llevan adelante una labor preventiva de su riesgo médico legal más intensa que otras, recurriendo con mayor frecuencia al asesoramiento necesario cada vez que se produce un incidente o evento adverso durante la atención prestada al paciente. Se destacan obstetricia y clínica médica, por contraposición a traumatología y odontología. El 95% de los eventos adversos que son tratados en forma prematura no se transforman en un reclamo, dato revelador de la trascendencia de la gestión de riesgos como herramienta fundamental, no sólo para contrarrestar la litigiosidad sino también para minimizar los riesgos propios de la práctica sanitaria y producir una mejora continua en la calidad de la asistencia médica.

¿Cuál es la realidad en lo que concierne a los reclamos?

Los tiempos de reclamación se han reducido notoriamente. Hoy la relación *médico paciente* no es más como tradicionalmente se la concibió, interviniendo una multiplicidad de profesionales y entes en el cuidado de la salud. Se ha acrecentado la despersonalización en el vínculo, reducción de los tiempos de atención, mayor información por parte de los pacientes sobre las enfermedades que padecen y sobre sus derechos, y un crecimiento -a veces desmedido- de las expectativas del paciente en torno al resultado de la atención, aumentando día a día lo que se conoce como *medicina defensiva*.

¿Cuáles son los principales resultados en torno a los valores reclamados?

El monto promedio de demanda es de \$ 468.200, aunque varía según las especialidades (anestesiología registra un valor promedio de \$ 1.211.000, obstetricia \$ 759.180, cirugía general \$ 457.780, clínica médica \$ 391.750, y traumatología \$ 249.560); mientras que el monto promedio de condena en la muestra analizada fue de \$ 153.000.

El 82% de las demandas son íntegramente rechazadas, y en un 18% de los casos la demanda es admitida, siempre parcialmente. Pero si consideramos los reclamos que son conciliados antes o durante el juicio, y les sumamos las demandas que son admitidas, obtenemos como resultado que en aproximadamente un 32% de los casos, todos o algunas de las personas físicas y jurídicas que se vincularon con la atención, deberán afrontar el pago de una indemnización.

El monto promedio de un acuerdo en juicio es de \$ 71.000, mientras que los reclamos que se arreglan antes del pleito cuestan poco más de la mitad de ese valor.

Cada juicio dura -en promedio- 58 meses, sin computar un eventual trámite en la Corte; y cada juicio involucra, en promedio, a 1.9 médicos, 1.34 clínicas o centros de salud, y 0.9 obras sociales, preparadas o ART.

¿Cuáles otros contenidos son objeto de análisis?

El error en la confección de historias clínicas, cómo cumplir con el deber de información e instrumentar adecuadamente el consentimiento informado, la responsabilidad sanatorial, la problemática de las infecciones nosocomiales, entre otros. □



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

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



OSDO
OBRA SOCIAL DE SEGUROS

www.osdo.com.ar





MUERTE DIGNA

Legislemos con buena técnica y para todos

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

La madre de una beba llamada Camila pidió al Congreso la urgente sanción de una ley que le permita desconectarla de los aparatos que sostienen su vida desde su nacimiento.

No se conocen los detalles clínicos pero, podemos deducir que existe alguna actividad cerebral, ya que los médicos se niegan a desconectarla sin orden judicial o modificación de la legislación vigente.

Inmediatamente circularon cinco o seis proyectos de ley de "muerte digna" redactados en los pocos días que mediaron entre el pedido de la madre y su presentación ante las comisiones del Congreso.

La cuestión tiene matices, algunos sutiles y otros no tanto.

MUERTE DIGNA Y ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO

Se entiende por "muerte digna" permitir la muerte apacible (sin dolor) de quien solo puede ser mantenido con vida mediante aparatos de soporte vital o de tratamientos cruentos, si es que existe estado "terminal": la imposibilidad de curación o mejora apreciable.

El "encarnizamiento terapéutico" se define por oposición: la aplicación de procedimientos médicos cruentos al solo fin de prolongar la vida sin esperanza de curación ni de recuperación.

¿CUANDO MORIMOS?

El concepto de "muerte digna" supone una persona viva, pero existen personas legalmente muertas que parecen vivas. La definición la encontramos en la ley 24.193 de "Donación de órganos" que considera fallecida a quienes verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis (6) horas después de su constatación conjunta:

- Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia;
- Ausencia de respiración espontánea;
- Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas;
- Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, este último requisito no será necesario en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible.

Quienes se encuentren en esta condición no necesitan de autorización judicial ni de cambios legislativos para cesar en esa apariencia de vida: si es posible extraerle los órganos para trasplantarlos, está implícito que pueden ser desconectados de los medios de soporte, no para permitir su muerte: porque ya están muertos. No forman parte de estas reflexiones

EUTANASIA

La palabra eutanasia viene del griego, así: eu = bueno, thanatos = muerte y significa Buena Muerte. El diccionario la define como la "acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él". El aspecto activo es matar.

Pero la "omisión" es un no hacer, por ejemplo no alimentar, no suministrarle respiración artificial, no hidratar, etc.

Lo que están pidiendo la madre de Camila es "eutanasia pasiva".

LA LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE Nº 26.529 ¿HABRAN QUERIDO DECIR LO QUE DIJERON?

Permite las "directivas anticipadas" del paciente quien puede "consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud".

Pero si estas implicaren desarrollar...prácticas eutánicas... se tendrán como inexistentes" (art. 11).

DE LEGISLADORES, JUECES Y CONSEJOS PREVENTIVOS

No sabemos si los redactores habrán considerado a la eutanasia pasiva como integrante de esas prácticas prohibidas (creo que no) pero así lo escribieron y el control de los legisladores sobre la ley termina cuando la sancionan.

Una vez publicada, su aplicación corresponde a los jueces y la interpretación: "desconexión y/o falta de tratamientos que acelera la muerte = eutanasia pasiva = acto ilícito (Penal y Civil)" no es nada rebuscada: es "literal" en una norma muy reciente y hasta con el apoyo de la Real Academia Española.

Un consejo prudente (de éstos que evitan problemas) para los médicos que se enfrentan ante un pedido de "desconexión" emitido como "directiva anticipada" por un paciente terminal es "no lo cumplan".

Pero ante el rechazo anticipado de una transfusión de sangre por un Testigo de Jehová que no se encuentra en estado no terminal y aunque después muera por falta de ese tratamiento sería "cúmplalo" previo verificar su correcta instrumentación.

Los enfermos recuperables pueden decidir no tratarse y morir pero los terminales no...un tanto paradójal.

No sé qué ocurriría si se denunciara el homicidio, de un paciente terminal (que sería doloso porque existiría clara representación del resultado "muerte por omisión").

Seguramente la Corte Suprema de Justicia de la Nación invocará su propia doctrina del fallo "Bahamondez, Marcelo s/ medida cautelar" y terminará diciendo "si un sano puede decidir rechazar un tratamiento que le salvaría



la vida, cuánto más puede hacerlo un terminal por uno que la prolongaría apenas un tiempo y con mala calidad". El autor de este artículo adhiere a este punto de vista pero...los expedientes tardan años en llegar a la Corte y mientras tanto nadie puede asegurar que algunos jueces de primera o segunda instancia no adoptarían la "interpretación literal" y eso representa varios años procesado y quizás preso. Por eso, más allá de mi opinión, no aconsejaría a mis clientes que colaboren en nada que pueda ser interpretado como "eutanasia pasiva".

¿SE PUEDE RESOLVER SOBRE LA VIDA DE OTRO?

Otro aspecto del problema lo encontramos cuando el que resuelve es persona diferente del afectado, por ejemplo los padres de Camila, o la esposa de un enfermo terminal. Existen derechos "comunes" por ejemplo los patrimoniales y derechos "personalísimos": que van desde contraer matrimonio hasta el derecho a la vida. La patria potestad y la curatela no confieren poder de decisión absoluto ni siquiera respecto de los patrimoniales (el padre o tutor que quiera vender una propiedad de su hijo debe pedir autorización judicial).

Menos aún de los "personalísimos" y el más personal de todos es decidir sobre la propia vida. La Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires en una interesante sentencia (anterior a la ley de derechos del paciente) publicada como Ac. 85627 - "S., M. d. C... Insania" - SCBA - del 09/02/2005 negó la posibilidad de tomar esa decisión al cónyuge/curador de una señora en estado vegetativo de la que se pedía el retiro de medios de hidratación y nutrición para "morir dignamente" diciendo:

"...el derecho a vivir.... que incluye, la facultad de elegir cómo terminar dignamente con ella en

situaciones como la descrita, es un derecho personalísimo, inherente a la persona y que, como tal, sólo puede ser ejercido por su titular.

O sea: existe el derecho a disponer la propia muerte digna por anticipado pero, sólo si lo decide el interesado cuando está lúcido: no hay representación posible para disponer de la vida.

UN ANTECEDENTE VALIOSO

La ley N° 4.264 "de muerte digna" de la Provincia de Río Negro establece las condiciones en que el paciente puede disponer la no prolongación de la vida y la forma en que sus parientes pueden hacerlo si éste no puede expresar su consentimiento. No es perfecta, ya que no establece claramente si un pariente más cercano excluye a los otros o si se forma una especie de asamblea parental que no siempre puede ser unánime, pero sería una muy buena base para una ley nacional.

CONCLUSIONES

El tema merece ser tratado por el Congreso pero, por su trascendencia y derivaciones no puede ser legislado con apuro ni "a la medida" de un caso individual. Lo que sea que resuelva la nueva ley debe concordarse con el art. 11 de la ley de derechos del paciente. □

Publicaciones vinculadas: *Falta de consentimiento informado: ¿condena sin "mala praxis"?* Edición N° 32 (diciembre de 2004) *"Habeas Corpus" Tendrás -o serás dueño de- tu cuerpo* Edición N° 37 (diciembre de 2005). *Lógica posmoderna, inmortalidad y responsabilidad médica* Edición N° 52. *Ley de Derechos del Paciente* (Edición N° 57), diciembre de 2009. *La ley 26.529 no se reglamenta Crisis y oportunidades* (Edición N° 59 Mayo de 2010)

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





FACTORIAL: el segundo paso

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

Estamos transitando una encrucijada global. El modelo económico que sustenta a un mundo dividido entre los que tienen mucho y los sobra por demás, los que tienen y apenas les alcanza, los que no tienen y se arreglan, los que no tienen y les quitan, los que imploran y no son atendidos, (hay más pero no vale la pena agregarlos), está siendo exterminado por la impericia (avidez, avaricia, angustia) y negligencia (incapacidad) de sus propios mentores.

El modelo en cuestión ha resultado ser un anti-modelo que consume más de lo que produce y por ende fabrica "excluidos". Necesita de ellos para limitar "in crescendo" el acceso a sus servicios, nivelando el sistema hacia abajo, esto es: facturar más por menos beneficios. Claro está que cualquiera que entienda un poco de matemáticas, rápidamente caería en la cuenta que dicha ecuación además de ser de corto plazo, terminaría consumiéndose a sí misma... bien, justamente eso es lo que está sucediendo.

Focalizando, los excluidos son muchísimos más que los por ahora incluidos, lo cual genera un paisaje aberrante. Ninguna fórmula puede incluir más negativos que positivos ya que, de ser así, el resultado negativo afectará a las variables hasta anularlas, para luego evaporarlas.

Curiosamente, este fenómeno se aprecia claramente en todo lo relacionado con la salud de las personas. Teóricamente, se han optimizado los accesos y según las estadísticas, muchas personas pueden hoy recibir beneficios otrora impensados. La práctica está indicando todo lo contrario.

Durante la década de los noventa, globalización mediante, se habló de reconversión de los sistemas de salud a efectos de equilibrar las demandas con los presupuestos. El resultado de esta operación que no tuvo un sentido de "calidad", ni tampoco otro de "servicios", y mucho menos algo vinculado al mejoramiento del "gasto social", sino que se trató de una mera operación económica para cambiar los problemas de lugar, sin atenderlos, se tradujo en:

1. Se quebró la relación médico-paciente, produciendo una fractura en el vínculo paciente-sistema de salud (incluyendo en ello equipo de RRHH en salud).
2. Se introdujo la concepción de nichos de negocios en los servicios de salud, lo cual derivó en la destrucción de los vínculos comunes a los sistemas asistenciales donde "todo" debe estar prolijamente coordinado.
3. Se impuso la diferenciación entre el concepto "salud

pública" y dominios privados de la salud, donde los primeros fueron despreciados a favor de los segundos (porque deberían producir más y mejor, algo que nunca ocurrió). El resultado de esta estrategia está a la vista, todo niveló hacia abajo, depreciándose (por distintas razones).

4. Los financiadores comenzaron a verse acorralados y por ende se desfinanciaron, sumergidos en presupuestos retrógrados que impusieron una novedosa fórmula: a más pacientes y más servicios, menos recursos.
5. La incorporación de nuevas tecnologías no ha terminado de alcanzar a aquellos que las necesitan de manera genuina o fehaciente, porque los estados ausentes han ido fabricando exclusas en tal magnitud, que los pacientes más que atender su enfermedad, deben aprender a correr contra los obstáculos que se le imponen.
6. La judicialización de la salud ha impuesto un nuevo nicho de negocios donde nada mejora, pero donde los médicos se han convertido en víctimas propiciatorias de las urgencias que le impone el sistema vigente. Léase, se induce el drama de conveniencias donde los perjudicados siempre son los mismos, pacientes (aún cuando reciban algún beneficio económico menor) y médicos (sometidos al síndrome de Prometeo: si no aceptas la imposición, padecerás... y si la aceptas, también).
7. Además del quiebre en la relación médico-paciente, y la consiguiente judicialización, a ello se ha sumado la impotencia de las partes que se ven encerradas en sus propios dramas, y ello ha derivado en que 8 de cada 10 profesionales reciban algún tipo de agresión. La agresión no es patrimonio del paciente hacia el médico, sólo traduce la impotencia del primero al sentirse incomprendido por el sistema.
8. Junto con lo antedicho han aparecido (y se han impuesto) permanentes insultos a la conciencia pública. Dichos insultos son actos de negligencia de los estados ausentes, por ejemplo:
 - 8.1. Imponer listados restringidos de medicamentos.
 - 8.2. Limitar las coberturas hasta su mínima expresión aduciendo razones económico-financieras.
 - 8.3. Carencias en los servicios.
 - 8.4. Acceso limitado a la internación quirúrgica.
 - 8.5. Imponer coseguros o copagos (impuesto a la enfermedad).



Asumiendo que se trata sólo de un ejemplo, aunque la lista podría volverse interminable.

9. Los programas (por caso diabetes) aportan soluciones a escala para los "aún" incluidos, lo cual desmerece ampliamente sus resultados, ya que, una vez alcanzados no se sostienen.

En la medida que los presupuestos se han ido distanciando de las necesidades de las personas, se fue construyendo un abismo. Un abismo que se ha profundizado cada vez que los estados ausentes y sus falsos mecanismos regulatorios, "insultan" aquella "conciencia pública". De allí que la gente, creando sus propios mecanismos de defensa, ha comenzado y luego ha puesto en tela de juicio aquello que para los funcionarios es "natural" y "básico"... lo cual no es un tema menor. Los funcionarios no son creíbles y por ende, en salud, la confianza y la confianza han pasado a ser una entelequia de partes. Unos creen (pocos) y otros (mayoría) descreen. En salud la pérdida del sentido de confianza es un hecho trágico. Evidentemente, los funcionarios no lo entienden, y por ello tampoco lo asumen, entonces los actores dejan de ser tales para pasar a ser víctimas de las circunstancias.

Obsérvese, por caso, que la conciencia pública ha objetado (con o sin razones) la seguridad terapéutica de ciertas vacunas. Extraña paradoja, donde algunos pacientes-víctimas no reciben las respuestas apropiadas a los daños recibidos, no del estado y sus regulaciones, no de las agencias referentes (FDA, EMEA), no de la Industria Farmacéutica (siempre renuente), no de los funcionarios involucrados, no... la consecuencia

enseña evidencias: las campañas de inmunización están en tela de juicio en el mundo entero, con justa razón, y el resultado es que enfermedades que se tenían por controladas han dejado de estarlo para transformarse en renovadas amenazas.

Algo semejante sucede con la seguridad alimentaria. Se la declama, pero en la calle ocurre algo distinto a lo que se recita. Nuevamente la conciencia pública toma distancia de los discursos y de los programas anunciados, entendiendo que una vez más, aquello que se le asegura como imposible, indefectiblemente sucederá perjudicando a un número indefinido de víctimas. El caso de la E.coli en Europa ha puesto en evidencia las deficiencias operativas que colocan al "sistema" detrás de los problemas, y no antes como debiera ser.

Todo se justifica e inmediatamente todo se atasca. Cabe preguntarse: ¿por qué los estados brindan cobertura a medicamentos que no tienen un costo-beneficio demostrado?... ¿cuánto dinero se lapida en dicha conveniencia?... ¿por qué... y como Usted podrá ver, el problema de la salud no es intrínseco, es inducido por el poder político, un poder al que la salud de las personas, no le importa, no como servicio, tampoco como derecho humano elemental. Traducido, estamos en un atolladero. □

Licenciado [MBA R&D] Victor Norberto Cerasale, 2011-07-29.
Copyright by Cerasale, 2011. Derechos reservados.
Exclusivo para *Revista Médicos* - Medicina Global.
CIENCIAS MEDICAS NEWS®
<http://elbiruniblogspot.com.blogspot.com>
CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
GESTION EN SALUD PUBLICA®
<http://saludequitativa.blogspot.com>

Calidad en el servicio es calidad de vida.

Una nueva opción en equipamiento médico hospitalario

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

VENTA Y ALQUILER DE EQUIPAMIENTO

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





Políticas de salud: los nuevos desafíos

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

La dinámica electoral que vive nuestro país por estos días ya ha definido a las nuevas autoridades porteñas y además ha instalado a quienes en octubre próximo competirán en las elecciones presidenciales.

La democracia y la participación son elementos claves en toda sociedad moderna y así también ocurre en la Asociación de Médicos Municipales; este concepto, que desde hace 75 años llevamos adelante, está validado por nuestras acciones desempeñadas dentro del marco de la política gremial y no de la política partidaria.

En este sentido, hay que destacar que siempre nos hemos manejado de esta forma y así continuaremos, a pesar de que resulte a menudo una cuestión de difícil comprensión para pequeños sectores que se empeñan en mezclar confusamente acciones gremiales con intereses partidarios, afectando, en definitiva, a los pacientes, rehenes de acciones que la inmensa mayoría de nuestros afiliados jamás acompañan.

Definido el nuevo mapa en la Ciudad, cabe señalar que tanto las autoridades como los que pasen a ocupar la legislatura saben cuáles son nuestras propuestas e inquietudes, que están enfocadas en la necesidad de un proyecto a largo plazo que esté más allá de los tiempos de un gobierno determinado.

Con todo, esto es importante porque el planteo está basado en nuestros requerimientos laborales diarios. Todos saben muy bien que nosotros tenemos sobrada experiencia y que estamos dispuestos a aportar tales conocimientos para mejorar el sistema público de salud.

Dentro de ese desarrollo de las políticas que incumben al sector de la salud, la Asociación de Médicos Municipales debe ser partícipe, ya que contamos con la capacidad y la experiencia necesarias para hacerlo, no abandonamos nuestros reclamos para mejorar las condiciones laborales de nuestros afiliados, y porque somos una de las columnas más fuertes que sostienen el sistema.

Creemos que en lo inmediato se deben satisfacer las necesidades diarias y solucionar los problemas vinculados con la tecnología hospitalaria -hoy desatendida como nunca-, la provisión de

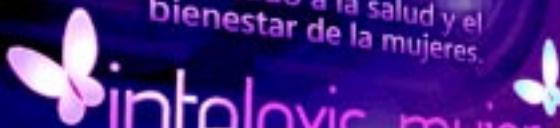
insumos, la continuación de las políticas orientadas al mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo, el recurso humano y las estructuras edilicias. Todo esto sin desatender las políticas a largo plazo con las cuales se debe actualizar y dinamizar el sistema público de salud.

En este plan progresivo habrá que reforzar el concepto de región sanitaria, los niveles de atención, los mecanismos de referencia y contra referencia, afirmar la noción de atención primaria de la salud y fortalecer los programas de prevención y promoción. No obstante, urge la necesidad de instalar, de una buena vez, un plan estratégico de salud que interrelacione a la Ciudad con la Provincia: el Área Metropolitana de Buenos Aires, dado que no es concebible que dos de los distritos más importantes del país estén divididos por un límite de cemento en lo que a salud se refiere. Este es uno de los mayores desafíos para los gobernantes, ya que deberán dejar de lado los egoísmos políticos y apuntar puramente a mejorar la calidad de atención en los hospitales, que cuentan con un recurso humano de los más capacitados del mundo.

En síntesis: llegó el momento de que esas ideas se hagan realidad, por lo que iremos a reclamarles su ejecución y cumplimiento al Poder Ejecutivo y a las demás fuerzas políticas desde su accionar en la Legislatura, porque sostenemos que una verdadera política pública de Salud de Estado es una necesidad insoslayable y debe aplicarse lo antes posible. Ya no alcanza, y en estas circunstancias resulta una obviedad, meramente decir que se defiende la salud pública. Lo importante, en cambio, es determinar de qué manera se llevará a cabo esa defensa y proceder.

Sólo resta, entonces, ver si los que toman las decisiones pueden llevar adelante estos planteos y engrandecer nuestros hospitales, que tienen en su fachada, en los quirófanos, en las salas, en las aulas y hasta en los pasillos el compromiso indelegable de los médicos municipales para que la salud pública sea equitativa, igualitaria, gratuita y con una calidad de atención de excelencia para todos los argentinos. □

Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres.

 **intelexis mujer**

Conduce Natalia Marquiegui y el Dr. Guillermo Capuya

Lunes 18 hs.

Un programa donde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

Conduce el Dr. Guillermo Capuya y el Prof. Guillermo Garcia Caliendo

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)

SECCION SALUD

CONDUCTOR

CARLOS ABAD

LUNES 18:30 HS.
EN VIVO

www.seccionsalud.tv



CANAL 13
CABLEVISIÓN : MULTICANAL

artear



MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500

Profesionales destacados
Atención personalizada
Tecnología de punta
Resultados garantizados

EXCELENCIA MÉDICA, CAPACITACIÓN ACADÉMICA,
IDONEIDAD, TECNOLOGÍA, SERIEDAD,
PERFECCIONAMIENTO, DESARROLLO SOCIAL.
TODO MULTIPLICADO POR 30 AÑOS.

SEDE BARRIO NORTE - ABASTO - MICROCENTRO - BELGRANO
CENTRAL ÚNICA DE TURNOS: (011) 4011-8080
ATENCIÓN GENERAL: (011) 4011-8000
CDR@CDROSSI.COM - WWW.CDROSSI.COM



**CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**



Queremos estar cada vez más cerca

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

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

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



OSPe

Comprometidos con la
salud y el bienestar

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



Estamos en un solo lugar:
TODA LA ARGENTINA.

Más de 380 Centros de Atención Personalizada.

