



Columna

¿Federalizar o re-federalizar?

Por el Doctor Ignacio Katz



Opinión

El buen uso de recompensas y sanciones

Por el Dr. Héctor Barrios

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Médicos

Medicina Global

AÑO XIII - Nº 67 - Diciembre de 2011 - \$15

Quo Vadis Salud 2011

8^{va.} Conferencia General de Salud



Dr. Antonio La Scaleia, Dr. Ricardo Bellagio y Jorge Sabatini.

El Dr. Ricardo Bellagio, Superintendente de Servicios de Salud, y el Dr. Antonio La Scaleia, presidente de IOMA y COSSPRA, inauguraron la octava edición de Quo Vadis Salud, la Conferencia Anual que organiza la *Revista Médicos* y que este año contó con más de setecientos inscriptos.



GALENO

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

220 330 440

Planes de Salud

Estas vacaciones tus afiliados van a tener tiempo para hacer lo que más les gusta.



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

DISFRUTA TUS VIAJES CON

universal
assistance

ASISTENCIA AL VIAJERO



La red de emergencias médicas
más grande del país

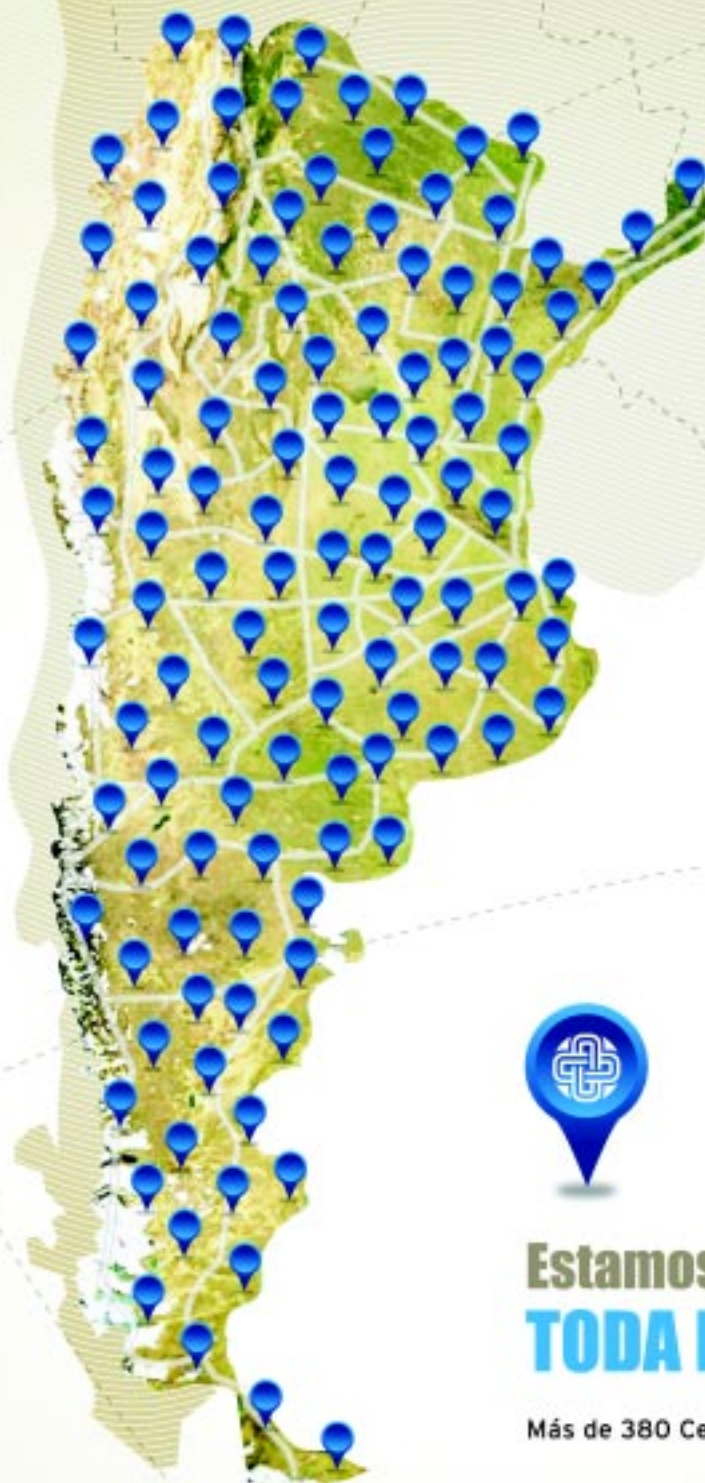
nuestras soluciones

- 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.





Estamos en un solo lugar:
TODA LA ARGENTINA.

Más de 380 Centros de Atención Personalizada.



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.

ofreceremos 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

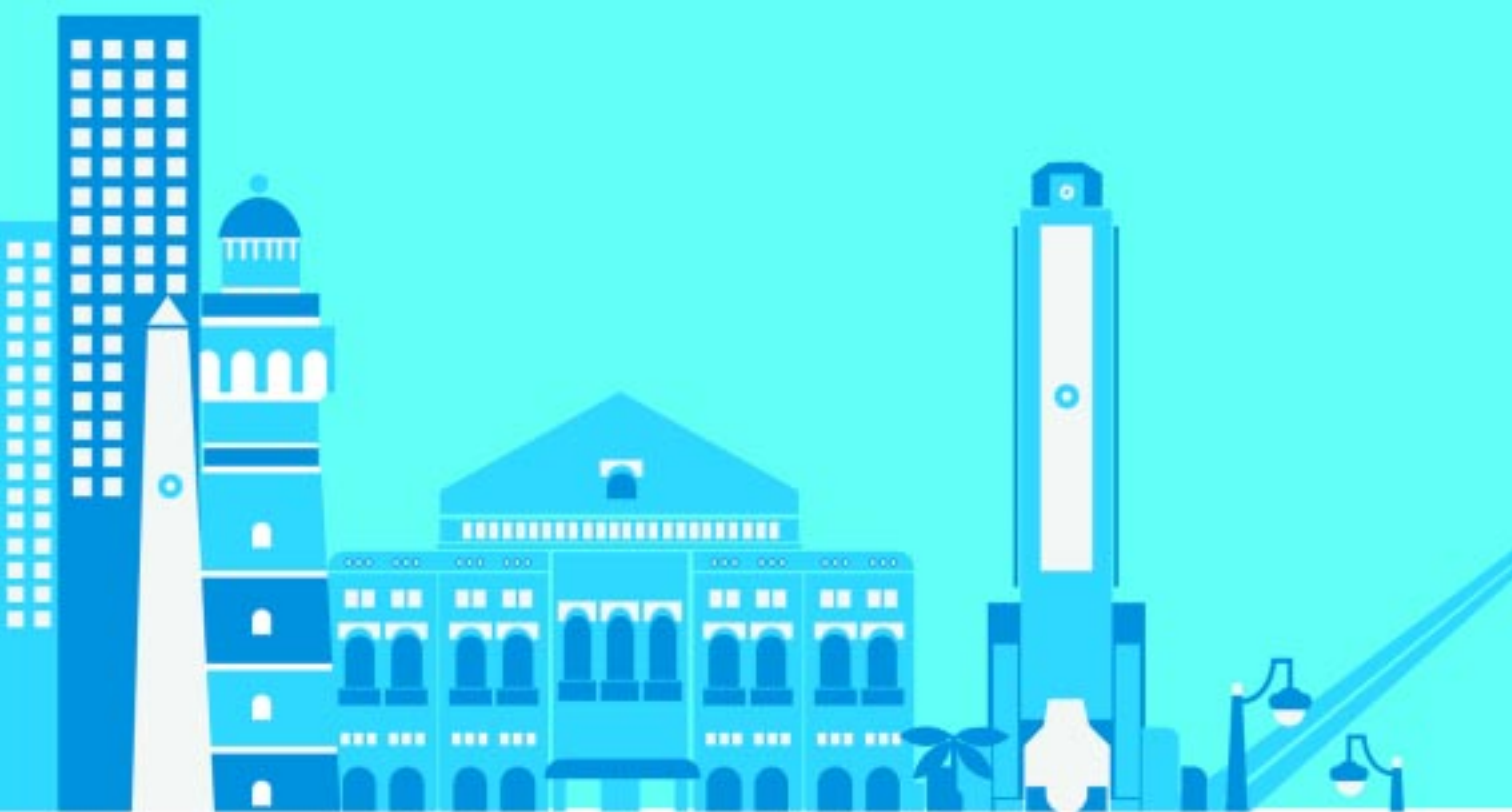
Suipacha 1111 - Piso 9º - Ciudad de Buenos Aires - Argentina - CP 1008 - divisionsalud2@assist-card.com.ar - www.assist-card.com - 0800 122 2774

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.

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



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.

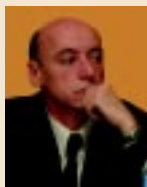


Nuevo Servicio de Diagnóstico por Imágenes, integrado en un mismo piso.

Billinghurst y Juncal • 4821-1600



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

10 Grageas

16 Salud Corporativa

El buen uso de recompensas y sanciones

18 Opinión

Nuevo aniversario en defensa de la salud pública

20 Columna

¿Federalizar o re-federalizar?

22 QUO VADIS SALUD 2011

El día del Debate



24 Mitos y realidades de un sector



30 La importancia de la Trazabilidad



32 Financiamiento y sustentabilidad



36 La salud mental, una prioridad



40 La responsabilidad civil bajo la lupa



44 Preguntas y respuestas para el futuro



48 Con la esperanza en el futuro



50 Columna MUERTE DIGNA Proyectos Legislativos (2da. Parte)

52 Opinión FACTORIAL: El tercer paso La variable "gente"

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.





Más servicio significa más tiempo para usted.



Ahora usted cuenta con Nexo Medifé, la herramienta que permite a los profesionales de nuestra cartilla acceder a información y novedades durante **las 24 horas, los 365 días del año**.

Un servicio creado para que con un solo click pueda recibir información profesional, obtener beneficios exclusivos y operar de forma sencilla con Medifé.
Ingresa en: **medife.com.ar/prestadores**

Complete el formulario con sus datos, recibirá por e-mail el usuario y contraseña para comenzar a operar con Nexo Medifé.

Acceda desde su smartphone
escaneando el código QR.



STAFF MEDICO LANZO SU FAN PAGE

Staff Médico es la empresa de medicina prepaga líder en atención personalizada, en este año festeja su 35º aniversario con la incorporación de nuevos beneficios para sus afiliados. Como parte de su política de liderazgo en la atención personal y en el desarrollo de canales virtuales interactivos, se acerca a sus asociados lanzando su página en Facebook, "Staff Médico junto a vos". Con este nuevo canal de comunicación, Staff Médico incorpora otra forma de contactarse con sus afiliados de forma más interactiva a través de la red social más utilizada en la Argentina. "Este canal nos permitirá escuchar activamente las necesidades y sugerencias de los usuarios de coberturas médicas, tanto de nuestros asociados como de quienes cuentan con otras coberturas" asegura la Directora, Licenciada Cecilia Giordano. "Pero lo más importante es que Staff Médico desarrollará sistemáticamente campañas de medicina preventiva, con el respaldo de nuestro Cuerpo Médico, que llegarán a toda la comunidad" agrega la Licenciada Giordano. Para acceder, ingresar a Facebook, buscar la fan page "Staff Médico junto a vos" y hacer click en "Me gusta". Para más consultas ingresar a www.staffmedico.com. ■



TPC LANZO LA REEDICION AMPLIADA DEL MANUAL DE GESTION

La Compañía de Seguros TPC ha editado la segunda edición ampliada del "Manual de Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente y Mejoramiento de la Calidad de la Prestación", un compendio de recomendaciones generadas desde el análisis y evaluación de distintas circunstancias que se presentan a diario en las organizaciones médicas y que en muchos casos provocan errores y son causantes de reclamos judiciales.



El equipo de médicos, abogados y licenciados en enfermería de TPC ha creado este Manual con la seguridad de que si bien en Medicina el riesgo "cero" no existe, el riesgo EVITABLE sí, por lo que con este trabajo se apunta a reducir los errores e identificarlos para oponerles una medida correctiva inteligente. Será distribuido entre las instituciones médicas aseguradas en la Compañía y entre los Productores de Seguros que comercialicen el producto Praxis Médica.

Algunos de los capítulos que incluye esta edición contienen protocolos para la admisión de pacientes como también para el archivo de historias clínicas, la clasificación de riesgos en las

distintas áreas de trabajo médico, e incluso modelos de consentimiento informado para diferentes prácticas. Para recibir el Manual o descargarlo gratuitamente de internet, escribir a info@webtpc.com o en Facebook / TPC Compañía de Seguros. ■

UN TRABAJO CONJUNTO DE LA SUPER CON OTROS SECTORES DURANTE UNA JORNADA DE REFLEXION

En lo que significó un mensaje realista pero a la vez esperanzador, el Superintendente de Servicios de Salud (SSSalud), Dr. Ricardo Bellagio, destacó la necesidad de "disminuir la incidencia" de la diabetes en la población, así como "mejorar la prevención y la educación". Ocurrió durante la "Primera Jornada de Reflexión Sobre la Diabetes en la Seguridad Social", que se efectuó el lunes 14 de noviembre en la sede del Organismo y como parte de las celebraciones del Día Mundial de la Diabetes.



La reunión congregó a funcionarios y directivos de la Súper, y del Ministerio de Salud de la Nación en la persona del Dr. Gabriel González, Coordinador del Área de Servicios de

la Dirección de Enfermedades No Transmisibles de la cartera sanitaria.

También asistieron miembros de la Sociedad Argentina de Diabetes y representantes de las obras sociales. En ese marco, la ocasión fue propicia para que Bellagio destacara "la importancia del encuentro" para lograr un "trabajo conjunto de la Superintendencia con las obras sociales y con otros sectores de la salud". Como parte de las Jornadas, los directores de obras sociales Alejandro Witttemberg y Juan Cifré explicaron sus experiencias en la materia.

Enseguida, el resto de los invitados, entre ellos directivos de las obras sociales, debatieron en un interesante intercambio sobre las formas de enfrentar la diabetes en el futuro, que servirá como referente para la elaboración de un documento sobre lo tratado en la jornada. ■

PREMIOS A LA TRAYECTORIA EN SALUD Y POLITICAS SOCIALES



En conmemoración de su vigésimo aniversario, el 24 de noviembre la

Fundación ISALUD realizó la entrega de los premios institucionales 2011. En esta ocasión reconoció la trayectoria de los doctores Alberto Cormillot, Rubén Torres, Carlos Soratti, Juan Sylvestre Begnis, la Sra. Karina Rabolini, la periodista Mariana Carbajal, la Dra. Carmen Lavadenz, el Dr. Alberto Eurnekian y el empresario Eduardo Eurnekian. Fueron también premiados los programas nacionales: Asignación universal por hijo para protección social y Asignación por embarazo; el Programa Nacional de Control de enfermedades inmunoprevenibles y el Plan Nacer, representados por el Lic. Diego Bossio, la Dra. Carla Vizzotti, el Lic. Walter Valle y el Dr. Máximo Diosque respectivamente. Al finalizar la entrega, las autoridades inauguraron oficialmente el nuevo edificio porteño de Venezuela 847, en cuyo auditorio se desarrolló la ceremonia. ■

EL COORDINADOR DE PRUDENCIA EXPUSO EN EL EXITOSO ENCUENTRO "QUO VADIS SALUD"

El Coordinador de Prudencia Seguros, Sr. Jorge E. Furlan, expuso en el panel de "Mala Praxis - Desafíos, Amenazas y Novedades" del 8º Encuentro Quo Vadis Salud, que se desarrolló con singular éxito en el NH City & Tower Hotel, organizado por la revista Médicos.



Prudencia Seguros fue uno de los auspiciantes del encuentro en el que fueron considerados, como anualmente, los distintos problemas y planteos vigentes en el sector de la Salud.

Participaron de la reunión representantes de las diversas áreas que integran el sistema de salud. La numerosa concurrencia y la calidad de las exposiciones y debates potenciaron el interés de los organizadores para reiterar el seminario el año próximo. ■

CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON VIH



CONSULTORIOS ESPECIALIZADOS



HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA



RETIRO DE MEDICACIÓN



LABORATORIO

ÁREA PSICOSOCIAL

GRUPOS DE AUTOAYUDA Y ADHERENCIA

TURNOS NO PROGRAMADOS

INTERNACIÓN

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Casa Central: Perú 1511/15 |Bs As| Tel: (011) 4300-0515/5250

Suc: L.M.Campos 1385 2º |Bs As| (011) 4896-1868/1861/4645

RED DE PRESTADORES EN TODO EL PAÍS

www.heliossalud.com.ar

NUEVO SIMULADOR DE ALTA TECNOLOGIA PARA LA FORMACION DE ANESTESIOLOGOS



La Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires adquirió y puso en marcha un nuevo SIMULADOR DE PACIENTE HUMANO, único en Sudamérica.

Se trata de un maniquí simulador de escala 1:1, con un software altamente sofisticado y muy versátil que refleja en forma muy realista las respuestas humanas a las intervenciones terapéuticas realizadas.

Es completamente automático. De alta fidelidad y diseñado específicamente para la formación en anestesia, cuidados críticos y respiratorios, para pacientes pediátricos y adultos. Se diferencia de otros equipos por su alto nivel de automatismo, funciones avanzadas como el reconocimiento de fármacos y sus respuestas frente a ellos. También por incorporar el intercambio de gases respiratorios, administración de anestesia y control de pacientes con monitores fisiológicos reales. Posee asimismo módulos de entrenamiento enfocados específicamente para capacitar diferentes especialidades.

Al finalizar la presentación del nuevo Simulador de Paciente Humano, el Presidente de la Asociación Dr. Carlos Carbajal sostuvo que: *"con el avance de la tecnología tuvimos que incorporar un nuevo simulador. De esta manera hemos seguido el camino señalado por los fundadores de esta casa, que nos enseñaron a volcar todos nuestros esfuerzos en la capacitación permanente"*. ■

ADMIFARM GROUP CUMPLE DIEZ AÑOS GESTIONANDO LA SALUD EN EL PAIS



Mirta Guzmán y Juan Manuel Riveiro de Admifarm Group.

En el año 2001 y teniendo como contexto una Argentina con alto endeudamiento y políticas económicas desafortunadas, un grupo de empresarios argentinos decide confiar en el país y crear Admifarm Group, una empresa especializada en la Administración de Redes Farmacéuticas, Grabación y Auditoría de Recetas; Validación on-line y Prestaciones médicas; Seguimiento de pacientes con patologías crónicas y Prevención en Salud.

Hoy, Admifarm Group cumple diez años brindando soluciones innovadoras para la gestión en salud. La empresa cuenta con más de 5.000 farmacias adheridas en todo el país que brindan sus servicios a más de 5 millones de beneficiarios. La labor de la Compañía se basa en tres pilares fundamentales: Innovación, para ofrecer siempre más y mejores servicios en línea con los avances tecnológicos; estrategia, para desarrollar nuevos nichos de negocios a través de su management; y compromiso con el país, con sus clientes y con su gente.

Todo esto ha contribuido para que hoy se encuentre liderando este sector y festejando sus primeros diez años de trayectoria. Como lo indica el eslogan utilizado para este aniversario *"Manteniendo lo esencial. Con visión de futuro"*, Admifarm Group trabaja día a día para brindar soluciones efectivas e innovadoras, estableciendo las bases en el presente con una sólida proyección.

"Festejar los primeros diez años es muy importante para nosotros ya que demuestra el compromiso asumido con el país, con el mercado y con nuestra gente. Estos diez años de trayectoria en el mercado argentino, nos han permitido celebrar alianzas estratégicas de primer nivel con empresas como 3M, Johnson y Johnson y Nature Crops", comentó la Sra. Mirta Guzmán, Directora de Admifarm Group.

La empresa busca siempre mantenerse actualizada y para ello la tecnología juega un papel muy importante. "En Admifarm Group desarrollamos constantemente herramientas para lograr resultados eficientes y trasladarlo a nuestros clientes, brindándoles así soluciones a medida. Este pilar nos ha llevado a celebrar una alianza estratégica con la empresa NEC, líder en tecnología, para poder cumplir con nuestros objetivos de desarrollo", afirmó el Sr. Juan Manuel Riveiro, Director de Admifarm Group. ■

NOVEDADES: UNIVERSAL ASSISTANCE S.A.



Sponsor de la Copa Topper de Tenis

Universal Assistance S.A., a través de su marca Travel Ace Assistance, fue uno de los principales sponsors de la segunda edición de la Copa Topper de Tenis, que consagró campeón al argentino Carlos Berloq. Dicho torneo, perteneciente a la serie Challenger Tour 2011 del circuito ATP fue organizado por la Asociación Argentina de Tenis y se disputó del 7 al 13 de noviembre en el Vilas Club de Buenos Aires. ■

Sumando nuevos vínculos comerciales en la región

Universal Assistance comunica la incorporación de dos importantes empresas a su cartera actual de clientes corporativos. Asismedic, empresa de asistencia médica privada de Costa Rica, incorporó a sus planes de salud, desde el mes de octubre, los servicios de asistencia integral al viajero para sus afiliados. Estos gozarán con el beneficio de una cobertura médica de alcance mundial.

Discount Bank R.O.U., prestigioso banco del Uruguay, contrató los servicios de Universal Assistance para brindar asistencia integral al viajero y asistencia al hogar a sus clientes titulares de tarjetas Regional, Internacional y Oro.

De esta forma, consiguió ampliar su gama de servicios y prestaciones a favor de sus usuarios.

Universal Assistance saluda a ambas instituciones y les da la bienvenida, deseando fortalecer en el tiempo su vínculo con el desarrollo a futuro de nuevos beneficios. ■

Renovando su vínculo comercial con la compañía Seguro Americano de Uruguay

Universal Assistance renovó a partir del mes noviembre su acuerdo de servicios en Alta Complejidad Médica con la compañía uruguaya Seguro Americano. De esta forma, High Med, la empresa de Alta Complejidad Médica de Universal Assistance, prestará por un nuevo período el servicio para los afiliados de la firma uruguaya que deban ser atendidos por patologías complejas que exijan tratamiento de diversas especialidades médicas en instituciones de primer nivel. El convenio incluye los servicios adicionales de traslados médicos, asistencia psicosocial y administrativa del paciente durante su tratamiento, desplazamiento local a los controles y consultas, entre otros. Para celebrar la firma del acuerdo, se reunieron en las oficinas de la ciudad de Buenos Aires de Universal Assistance, su Vicepresidente, el Dr. Osvaldo Calvani, el Director Comercial Regional, José M. Triviño Valdez, el representante Comercial de Universal Assistance en Uruguay, Alejandro Méndez y por Seguro Americano, sus directores, Dr. Ariel Bango y el Dr. Emilio Specker, y el Gerente Comercial Lic. Agustín Maggiolo. Universal Assistance agradece una vez más por la confianza depositada en nuestro grupo, apuntando al crecimiento conjunto y a fortalecer aún más los lazos comerciales entre ambas instituciones. ■

**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



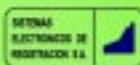
Tel: 6345-1000



Tel: 4877-7100



Tel: 4958-7309



Tel: 4831-2722



Tel: 4586-0707

EPSON®
EXCEED YOUR VISION

ESTÉE LAUDER COMPANIES LANZO LA CAMPAÑA DE CONCIENCIA SOBRE EL CÁNCER DE MAMA 2011 EN LA ARGENTINA, CAPITULO QUE COMPARTE JUNTO A OSIM, CON UN NUEVO LEMA QUE LLAMA A LA ACCION:

JUNTOS CONECTAR. COMUNICAR. VENCER. POR UN FUTURO SIN CÁNCER DE MAMA



Dr. Horacio Martínez, Presidente de OSIM, Sr. Verónica Varano y Arq. Javier Grossman, Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora del Bicentenario.

El día 6 de octubre se realizó el acto con motivo del lanzamiento de la Campaña de Conciencia sobre Cáncer de Mama 2011 de Estée Lauder Companies, que al igual que en los últimos cuatro años, comparte el capítulo Argentina con OSIM, Obra Social de Personal de Dirección.

En este acto se reafirmó el compromiso de concientizar a mujeres y hombres acerca de que la detección temprana del cáncer de mama salva vidas. Numerosas personalidades del espectáculo dieron apoyo al acto con su presencia.

El Dr. Horacio Martínez, Presidente de OSIM, resaltó la importancia de la decisión de involucrar al sexo masculino con el fin de sensibilizar al hombre y concientizarlo sobre la importancia de su rol en la prevención de esta enfermedad y de cómo su apoyo y su accionar explícito, puede marcar la diferencia. En este sentido, sostuvo que *"incluir a los hombres es invitarlos a avanzar junto con las mujeres, no sólo en el momento de la enfermedad, sino durante el estado de salud, promoviendo a sus esposas, hijas, madres, hermanas y amigas una mayor conciencia de la detección temprana de este tipo de cáncer con acciones concretas como inducir las revisiones periódicas, participar en actividades saludables con ellas y comprometerse con este tipo de campañas de concientización. El objetivo de esta unión es hacer partícipe al hombre en el proceso que las mujeres pueden padecer. El cáncer de mama, no es un problema único de las mujeres, ya que al ser detectado este padecimiento, el entorno de la mujer sufre alteraciones en el ámbito profesional, social, pero principalmente en el familiar. Decimos entonces que el hombre debe convertirse en un pilar efectivo de la lucha contra este tipo de mal sobreponiéndose a barreras culturales o inhibiciones de género que seguramente conspiran contra su mayor participación"*.

En esta ocasión, se designó por primera vez un "Embajador" de la Cinta Rosa en la persona de Guillermo Francella, quien hizo llegar su mensaje a todos los presentes a través de un video en el cual se refirió a la innovación en la cinta rosa de strass que realiza Estée Lauder, a la que se agregó una piedra celeste que representa al 1% de los hombres que padecen esta enfermedad.

Con el objetivo de llamar la atención sobre la salud de las mamas y transmitir que la detección temprana del cáncer salva vidas, se llevó a cabo la "Iniciativa Global de Iluminación de Monumentos" de Estée Lauder Companies, iluminando de rosa más de 200 monumentos alrededor del mundo. En Buenos Aires, gracias al Secretario de la Presidencia, Dr. Oscar Parrilli, y al Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora Bicentenario, Arq. Javier Grosman, se pudo concretar la fantasía de iluminar Tecnópolis. ■

UNA INICIATIVA SOLIDARIA DE OSPAT PARA A LAS MUJERES CORDOBESAS



En el marco de la octava edición de la COPA UTTA -que se realizó en el Hipódromo de Córdoba el 16 de octubre- la Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turf y Afines realizó una iniciativa solidaria para mejorar las condiciones edilicias de la entidad EL PORTAL DE

BELEN y la ONG cordobesa "Las Omas".

Una vez más, OSPAT aprovechó el evento hípico y social de la COPA UTTA para colaborar con las instituciones locales, y en esta oportunidad financiará la refacción del edificio donde funciona "Las Omas". Además de mejorar las condiciones de infraestructura, la Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turf entregó mobiliario y materiales necesarios para el desarrollo de los distintos talleres que esta ONG ofrece a la comunidad.

"Las Omas" surgió como iniciativa de un grupo de personas con

ganas de ayudar a mejorar la calidad de vida de las mujeres en situación de vulnerabilidad, como las víctimas de violencia de género y las madres en situación de pobreza.

El empoderamiento de la mujer, tanto individual como grupal, es una de las prioridades de "Las Omas", y para ello desarrollan distintos tipos de actividades entre las que se destacan los talleres de tejido, pintura, reciclado y muñequería. Todas estas iniciativas permiten expandir las oportunidades de inserción social y laboral de las mujeres cordobesas. ■

ASSIST-CARD – DIVISION SALUD DIJO PRESENTE EN "QUO VADIS SALUD 2011"



El Gerente Regional - División Salud de Assist-Card Internacional, Sr. Daniel R. J. Piscicelli coordinó nuevamente el panel de "Obras Sociales – Mitos y Realidades" de la 8ª Edición de Quo Vadis Salud que se realizó el 5 de octubre organizado por la Revista Médicos.

Assist-Card - División Salud fue uno de los auspiciantes del evento que ya se convirtió en un clásico del sector de la Salud y que este año contó con más de setecientos inscriptos. ■

ASSIST-CARD – DIVISION SALUD JUNTO AL GRUPO PARAMEDIC

La DIVISION SALUD de ASSIST-CARD Argentina participó del Programa cultural 2011 del Grupo Paramedic en Córdoba. Estuvieron presentes todas las personalidades de la Salud y contó con la participación especial del grupo ALHAMBRA FLAMENCO FUSION. El mismo se desarrolló el 10 de noviembre en el Salón Champaqui del Sheraton Hotel. ■



La mejor asistencia al viajero, ahora con más beneficios.

Nuevo producto: Tarjeta Anual Latina (máx. 30 días x viaje) con cobertura de hasta U\$D 15,000 a sólo U\$D 120. Más información llamando al 08001222774 – divisionasalud@assist-card.com.ar



TECNOLOGIA Y PENSAMIENTO ESTRATEGICO COORDINADO PARA LA ATENCION DE LA SALUD

Administración de redes farmacéuticas - Informes estadísticos y de consumo -
Auditoría y validación on line de recetas - Centro de patologías crónicas -
Management farmacéutico - Uso racional de medicamentos - Estudios de farmacoeconomía



● Profesionalismo



● Innovación



● Experiencia



● Servicio personalizado



ADMIFARM GROUP
SISTEMAS GLOBALES DE SALUD



El buen uso de recompensas y sanciones

Por el Dr. Héctor Barrios – Director de Towers Watson

Hagamos un ejercicio reflexivo sobre el uso de recompensas y sanciones como una forma de lograr la contención del crecimiento del costo médico en el marco de un modelo diferente.

En Argentina tenemos un modelo de atención médica que nos brindan las empresas de medicina prepaga y las obras sociales, donde la mayoría de las veces para el cliente corporativo, imperan la conocidas siglas "S/L y S/C" en los descriptivos de la cobertura médica.

Y si bien casi todos los especialistas coincidimos en que hay numerosas causas que motorizan el crecimiento de los costos médicos (las repetidamente comentadas: nuevas tecnologías, mayor uso de la tecnología existente, envejecimiento poblacional, nuevos medicamentos de alto costo, prescripción de estudios o prácticas como protección a la creciente litigiosidad, etc., etc.) no podemos dejar de señalar que, estructuralmente, esos "Sin límite" y "Sin Cargo" son también uno de los factores que han contribuido al crecimiento de las tasas de utilización y, por lo tanto, de los costos médicos.

En este marco y teniendo en cuenta que siempre resulta interesante ver qué se hace en otros mercados, en esta oportunidad vamos a analizar los resultados de la Encuesta 2011 que **Towers Watson** realiza anualmente en los EE.UU. y en Canadá en materia de "Salud y Productividad" y en la que participaron 337 empresas de ambos países que cuentan con un mínimo de 1.000 empleados y que, en su conjunto, abarca a 7,8 millones de trabajadores de todos los sectores industriales. Sin dudas, podemos considerar este universo como una muestra representativa.

En primer término, debemos señalar que en ese mercado –y en ese Modelo–, resulta habitual la utilización de recompensas y de sanciones para estimular, o desestimar a los usuarios en el uso adecuado o inadecuado de la cobertura médica. En segundo término, resulta llamativo analizando los resultados de la Encuesta, el creciente uso de estas herramientas, ya que en el bienio 2009-2011 las recompensas a los usuarios por la participación en "Programas Saludables" (también denominados Programas de Bienestar o Wellness) ha crecido un 50%.

Por ejemplo, en el año 2012, se espera que cuatro de cada cinco empresas (el 80%) ofrezcan algún tipo de recompensa económica a sus empleados por la participación en los programas comentados.

En orden a las sanciones, los incrementos han sido aún más substanciales en el mismo período 2009-2011, ya que las mismas se han más que duplicado, pasando del 8% al 19%. Y aún más, se espera que el indicador en materia de sanciones se duplique en 2012,

oportunidad en que más del 38% de los encuestados, pondrán en marcha sus planes en este sentido.

Un indicador claro –y podemos decir prácticamente concluyente– sobre el efecto de los incentivos, es la participación del personal en los Programas de Evaluación de Riesgo. Estos Programas se basan en Encuestas, en donde se trata de detectar personas con distintos tipos de problemáticas como por Ej.: Hipertensión, Diabetes, Colesterolemia, Obesidad, Tabaquismo, etc. para luego trabajar con cada una de ellas. En efecto, en las empresas en que no hay incentivos la participación en dichos Programas alcanza al 19%, en tanto que en aquellas que brindan incentivos, la participación alcanza al 46%.

Nuestro análisis en realidad, amigo lector, apunta menos a la metodología y más al Modelo final. Porque, estamos hablando de un Modelo alineado, donde las empresas se interesan en que la gente esté sana para que gaste menos porque de esa forma la siniestralidad será menor y por ende, el costo médico será también menor. O sea, usuario y financiador están alineados, tienen los mismos objetivos. En cambio, ¿cómo es en nuestro país? Aquí la empresa que contrata la cobertura de salud de los empleados no tiene ninguna necesidad percibida que se deben utilizar racionalmente los servicios. Y el usuario, tampoco. Una buena muestra de esto son nuestras tasas de consultas domiciliarias, probablemente únicas en el mundo, que hacen colapsar el servicio en oportunidad de cada epidemia de gripe de cierta importancia.

Es decir, tenemos un Modelo donde el gasto racional y el gasto irracional se financian solo con aumento de precios (y también con reducción –a valores constantes– de los honorarios de los profesionales y de los precios de los proveedores de servicios).

Lamentablemente nuestro sistema ha perdido la regulación del uso que le brindaban los copagos y con el que históricamente nació la medicina prepaga en la Argentina.

La gratuidad del sistema, lejos de ser un beneficio, ha transformado el Modelo en un esquema donde la racionalidad y la responsabilidad parecen ausentes, y que al final resulta un perjuicio para todos.

Mi conclusión es que deberíamos aceptar el desafío de iniciar un análisis para ver cómo introducir, en un futuro cercano, prácticas que estimulen a la gente a su participación en Programas Saludables que los lleve a disfrutar de mejores condiciones de salud y que a su vez ayuden a controlar los incrementos en los costos médicos. Entender que hacen otros y por qué lo hacen, nos permitirá sin dudas construir un Modelo mejor. □



**PODÉS IMPRIMIR RÁPIDO, EN NEGRO, CON
EXCELENTE CALIDAD Y AL MENOR COSTO.**

PODÉS PENSAR EN UNA INKJET.



**ELEGÍ LA ÚNICA IMPRESORA INKJET DOBLE FAZ AUTOMÁTICA
CON MAYOR RENDIMIENTO QUE UNA LÁSER.**



Nueva impresora monocromática WorkForce® K101

Ahorra 50% en papel, con impresión a doble faz automática

- Rendimiento superior a láser, 2000 páginas*
- Usa hasta 70% menos energía que una láser**
- Conexión Ethernet y USB (cables incluidos)


Ethernet

**24
MESES**

WARRANTY EXTENSION
CON LA COMPRA DE UN KIT DE TONER ORIGINAL EPSON

PERFORMANCE EN TU NEGOCIO.



Tel: 4483-0559



Tel: 0800-899-3282



Tel: 4393-3100



Tel: 4711-3701



Tel: 4754-9355



Tel: 4542-3676



Tel: 4371-1028



Tel: (0341) 445-2370/71

* Costos de impresión y rendimientos comparados con impresoras láser monocromáticas más vendidas de hasta 18 páginas por minuto (formato A4), utilizando precios al público de tóner original estándar a febrero 2011. Rendimientos según el estándar ISO publicado por los fabricantes. ** Comparada con las impresoras láser monocromáticas más vendidas y disponibles a un precio de US\$ 199 o menos a febrero de 2011. La energía que realmente se ahorra variará según el modelo y el uso. *** Beneficio válido desde el 01/06/2011 al 31/12/2011 para los equipos adquiridos de la línea Inkjet y scanners. El beneficio de la extensión de la protección se adquiere registrando el producto dentro de los dos (2) primeros meses a partir de la fecha de la factura de compra en www.epson.com.ar y bajo las condiciones de la cobertura del primer año. Epson se reserva el derecho de cancelar la extensión de protección sin cargo sin previo aviso. Consultá por la red de distribuidores en www.epson.com.ar o al 0800-266-EPSON (37766). Epson Argentina S.R.L. Bouchard 547, piso 19, Capital. Cuit:30-61410471-2.

EPSON®
EXCEED YOUR VISION



Opinión

Nuevo aniversario en defensa de la salud pública

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

En el marco de las celebraciones por el 75 aniversario, la Asociación de Médicos Municipales realizó una gala en el Teatro Colón. Para la institución es un honor haberlo compartido con colegas de diferentes sectores, políticos, académicos y autoridades en un escenario mágico.

En esta oportunidad volvemos a recordar a aquellos que pusieron las piedras fundamentales para el crecimiento de nuestra entidad, bautizadas como asistencia médica, con pocos recursos pero con un horizonte claro: la defensa de la salud pública, del médico y los pacientes.

Pasaron muchos años con sus respectivos vaivenes, pero la AMM siempre mantuvo el rumbo. Hemos tenido una proyección tanto vertical como horizontal, pero respetó sus convicciones. Y así es como ese proceso que se fue armando terminó en las paritarias, el lugar indicado para debatir las necesidades y las urgencias de los profesionales de la salud; todos sabemos qué importante es tener un convenio colectivo de trabajo que respete la integridad de los médicos, eso hizo sin dudas trascender y marcar un punto de inflexión.

Si miramos hacia atrás hemos hecho muchas cosas pero por supuesto quedan muchas más por hacer. También hemos logrado mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT).

Quiero destacar el crecimiento del Polideportivo, hoy disfrutamos de este lugar con toda su actividad social, su calor humano y la posibilidad de compartir buenos momentos.

En estos 75 años pasaron otras cosas. Podemos mencionar lo que conseguimos: la Carrera Profesional, que estableció ingreso por concurso, egreso a través de un sumario si no fuera por jubilación o renuncia, promoción vertical y horizontal. Con sus más y con sus menos, conseguimos mantenerla con esfuerzo, trabajo y convicción.



En relación al Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud, hay que hacer mención a que hemos experimentado el crecimiento de los cursos, de las carreras. Comenzamos con una Carrera de Médico Legista y hoy, a través de los convenios, somos sede de las carreras de Emergentología, Medicina del Deporte, Medicina del Trabajo y de Salud y Ambiente.

La defensa de las banderas de la salud pública solidaria son las barreras que la Asociación de Médicos Municipales mantuvo durante estos años y somos nosotros los que hoy tenemos la obligación de defenderlas y nos comprometemos a hacerlo.

Acá estamos todos juntos, trabajando porque cada uno desde su rol y desde su lugar ha pretendido lo mejor para el equipo de salud para todos, para mejorar la seguridad de los que ayudan, para mejorar las condiciones de nuestros jubilados y para pelear por la mejora en la condiciones laborales: más insumos, más nombramientos y terminar con la capacidad ociosa edilicia, son tres pilares fundamentales de una política de salud: es hora de implementarlas. □



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



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

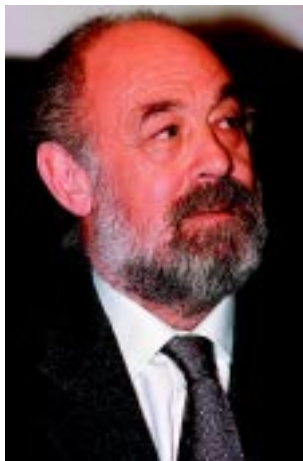
La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

Plan Médicos

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

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

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



¿Federalizar o re-federalizar?

“La mediocridad es el pecado más terrible, porque no concibe el arrepentimiento”.

Jorge Luis Borges

Por el Doctor Ignacio Katz

Tal como un espejo roto no puede darnos una imagen fiel de nosotros mismos, un territorio fragmentado en distritos sin conexión real ni articulación programática tampoco puede responder a las necesidades de la población. Desde hace tiempo se habla de la importancia del federalismo, y en el plano de la salud, se da por sentado que aquel es un concepto esencial para lograr una atención sanitaria acorde a las necesidades del pueblo. ¿Pero más allá de las palabras, qué sucede en la realidad de los hechos? ¿Somos un país federal, en términos de salud, o en realidad somos una combinación de centralismo en cuanto a recursos, y desconexión operativa entre regiones?

Primeramente, debemos reconocer en nuestro país la coexistencia de regiones heterogéneas en su composición. Y también, el proceso de desnaturalización de nuestro régimen federal a medida que en la práctica fiscal ha avanzado un fuerte centralismo y en la realidad operativa sanitaria se ha acentuado la fragmentación. Es decir: la caja fundamental se mantiene concentrada en un solo punto, y, al mismo tiempo, las políticas sanitarias concretas parecen variar de velocidad y calidad según la provincia en que uno se encuentre.

La reforma de la Constitución de 1994 habla de la potestad gubernamental para “crear regiones para el desarrollo económico y social y establecer órganos con facultades para el cumplimiento de sus fines”. En la Argentina, existe el Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.) que contiene a los distintos Consejos Regionales de Salud (CO.RE.SA.) como órgano ejecutivo orientado a trabajar regionalmente, y que permite conocer y gestionar las particularidades del perfil epidemiológico y las peculiaridades de los proveedores de servicios de cada territorio específico. Hay una base legal y un organismo. Pero falta el desarrollo del resto del esquema, nada menos. Lo que Raymond Aron llamaba “praxología”.

Dicho esquema implica la construcción definitiva de un Sistema Federal Integrado de Salud, que establezca pautas, objetivos e interrelaciones entre los distintos actores del campo de la atención médica. Claro que para aceitar en la práctica dicho Sistema, también es fundamental concretar un “Acuerdo Sanitario” entre los protagonistas principales del área. Dicho pacto no debe estar determina-

do por un supuesto consenso que en realidad encubre complacencia con el statu quo. Lo que debe proponer es una negociación entre distintos actores, llegando a puntos de acuerdo centrales. El “Acuerdo Sanitario” también debe contemplar mecanismos de control, monitoreo constante, y ajustes permanentes entre las políticas que se llevan adelante.

El federalismo es una forma de organización del Estado consagrada en los textos constitucionales. Un sistema de gobierno federal confiere poder a funcionarios elegidos, que diseñan y administran políticas acordes a las necesidades locales y regionales. Va de suyo que, en una nación geográficamente grande como la Argentina, y económicamente diversa, las disparidades entre regiones en materia de ingresos y bienestar social pueden ser atendidas por el gobierno nacional mediante una serie de políticas concretas tendientes a amortiguar esas diferencias.

En ese sentido, una de las características del federalismo es basarse en el “principio de subsidiariedad”, mediante el cual el Estado ejecuta una labor orientada al bien común, cuando personas o autoridades locales no la realizan adecuadamente, por diversos motivos. Basándonos en este principio, es que creemos que al Estado no puede desentenderse de los baches y déficit en materia de salud en las distintas regiones que conforman el país.

Ahora bien, cuando hablamos anteriormente de la necesidad de contemplar las particularidades regionales, y que los representantes de esas zonas definan, junto con las autoridades centrales, las políticas a seguir, tenemos que evitar caer en el riesgo de autonomización; esto sucede cuando hay sectores que actúan como si estuvieran emancipados de cualquier forma de relación y compromiso con el Estado Nacional. Cuando eso ocurre, se desarticulan las políticas planificadas y se atenta contra cualquier tipo de Sistema sanitario amplio. La autonomización complica una correcta atención médica, y enturbia notablemente la concreción de una planificación estratégica. Así vemos cómo provincias vecinas pueden estar sufriendo problemas similares, y cada distrito atenderlo de manera diferente, no coordinada, dilapidando recursos y perdiendo la oportunidad de compartir información y políticas, a sabiendas de que la evolución de la medicina y de los adelantos tecnológicos, obligan a



una economía de escala, dados los costos que la inversión impone.

La salud y sus temáticas no cambian sincronizadamente con las fronteras diseñadas por el ser humano. El Mal de Chagas, el cáncer de útero, el HIV, la tuberculosis, no respetan los límites oficiales. No pueden atenderse esos problemas creyendo que cuando uno cruza, el límite provincial, un virus o una determinada enfermedad se inmovilizan. De ahí la necesidad de políticas coordinadas regionalmente, con eje en el Estado Nacional pero con participación plena de las autoridades locales.

¿Ante qué clase de federalismo estamos en la Argentina? Por lo pronto, digamos que las responsabilidades sanitarias, en los 90, se han transferido a las provincias, que afrontan el tema con suerte diversa. Existe un clamor de necesidad de *políticas de Estado* que articulen gestión y salud, pero pareciera que todo queda en el plano de la retórica, al haber una fuerte debilidad en los recursos destinados para tal objetivo.

"Delegar" no es "transferir", porque en este último caso, se abandona cualquier posibilidad de monitoreo y de responsabilidad de las autoridades centrales. Cuando se delegan tareas no se debe abandonar *el rol rector por parte del Estado*, que no debe quedar reducido al papel de un simple consejero. Las políticas sanitarias no pueden flotar en un mar de incertidumbre, abordadas de manera diferente (y a veces en forma opuesta) por cada distrito, ni menos que menos quedar en manos del "mercado", que únicamente prioriza la lógica de la ganancia, habida cuenta que nuestro país posee capacidades y herramientas para transformar su condición sanitaria.

De lo que se trata cuando se habla de federalismo es de establecer una "soberanía compartida". Por lo tanto, la fragmentación regional y la entrega a la lógica mercantilista conspiran nada menos que contra la soberanía de los pueblos. Más que de federalizar, quizá haya que pensar en "re-federalizar", para romper definitivamente con los vicios de la actual organización nacional.

La desmemoria no debe avanzar. Tenemos que recordar nuestro pasado, para transformar el presente. Equidad y justicia social deben ser los mojoneros en nuestro horizonte, en términos generales como país, y más específicamente en el campo de la salud. Los pacientes, en tanto personas que sufren, merecen una nueva configuración sanitaria, dirigida, en sus líneas centrales, desde el Estado, en sintonía con las autoridades locales, y con el compromiso del sector privado y los profesionales de la salud. Re-federalizar para reconstruir, ésa es la clave. □

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).

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

SalMe 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

f www.isalud.edu.ar/facebook - t Twitter@UISALUD

20 AÑOS ISALUD
1991-2011

El día del Debate

El Dr. Ricardo Bellagio, Superintendente de Servicios de Salud, y el Dr. Antonio La Scaleia, presidente de IOMA y COSSPRA, inauguraron la octava edición de *QuoVadis Salud*, la Conferencia General anual que organiza la *Revista Médicos* y que este año contó con más de setecientos inscriptos.

En una nueva edición de Quo Vadis Salud, más de setecientos asistentes se hicieron presente durante toda la jornada y colmaron las instalaciones del salón Plaza Mayor del City & Tower Hotel de Buenos Aires para escuchar las voces e ideas de los principales representantes del área de la salud.

La conferencia general tiene como principal objetivo la búsqueda de consensos para lograr un sector fuerte y unido y, de este modo, una mejor salud para todos los argentinos.

La mesa de apertura contó con la participación de una figura fundamental del sector: el doctor Ricardo Bellagio, Superintendente de Servicios de Salud. El funcionario mencionó los principales logros del Gobierno en la gestión de la salud, en un segmento que también contó

con la palabra del presidente del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) y del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), doctor Antonio La Scaleia. La coordinación de la mesa estuvo a cargo del director de la *Revista Médicos*, Jorge Sabatini.

Bellagio consideró al encuentro como una buena oportunidad para reflexionar sobre cinco importantes perspectivas del sistema de salud argentino: la reglamentación de las empresas de medicina privada, el PMO regional, el proyecto de mediación de litigios en salud, la trazabilidad de los medicamentos y los contratos prestacionales. Se alegró por las mejoras manifestadas en la Superintendencia y sostuvo que, en materia de Salud, "el desafío es la inclusión".

El Superintendente de Servicios de Salud planteó la importancia de trabajar en conjunto con el doctor La Scaleia y destacó el trabajo del Ministro de Salud de la Nación, doctor Juan Luis Manzur, "quien ha permitido este trabajo coordinado entre ambas instituciones incluyendo también al COFESA", según sus palabras.

Bellagio se refirió al reconocimiento que realizó recientemente la Sindicatura General de la Nación (SIGEN) respecto sobre algunas observaciones realizadas en estos últimos diez años en relación al Organismo de control a su cargo. "La SIGEN emitió dos dictámenes favorables en el 2011, sobre la información que debía reunir la Superintendencia y destacó el fortalecimiento del ambiente de control durante 2010 a partir de la firma del acta de acuerdo entre las instituciones", explicó Bellagio. El funcionario destacó este informe como un hito para todo el personal de la institución.

El Superintendente se refirió en su disertación a los objetivos estratégicos delineados en forma conjunta con el Ministerio de Salud de la Nación y la COSSPRA y aclaró que "cuando hablamos de salud no hablamos de subsectores, sino que, a partir de las políticas de salud que ha planteado el doctor Manzur implica pensar financiadores y prestadores integrados". En este sentido explicó que el trabajo conjunto que se viene realizando con la COSSPRA se orienta a depurar padrones para evitar la doble cobertura y doble financiamiento, considerando la población beneficiaria y al conjunto de prestaciones (PMO), "porque la inclusión



Dr. Antonio La Scaleia, Dr. Ricardo Bellagio y Jorge Sabatini durante la apertura de Quo Vadis Salud.



social es un desafío para nosotros, pero no podemos hablar de inclusión sin integración”.

El Superintendente destacó la regulación de las empresas de medicina prepaga y aclaró que “la ley no establece la regulación de un sistema privado de salud sino de empresas comerciales de medicina prepaga, excluyendo sujetos e incorporando el objeto por el cual esas empresas serán reguladas.” El Ministerio de Salud facultó a la Superintendencia para reglamentar esta ley. “Dicha reglamentación, que ya se está finalizando, será un punto de partida para que luego con distintas resoluciones que vayamos emitiendo podamos instrumentar la regulación e integrar este sector al sector público y de la seguridad social”, aclaró el funcionario.

En relación al P.M.O., Bellagio explicó que si bien será único y nacional, tendrá un carácter regional, ya que cada región del país tiene sus particularidades. Y agregó: “Tampoco podemos trabajar desde la soberbia de una sola institución. Por eso incorporamos a la COSSPRA, al Pami e incluimos una metodología de actualización semestral que va a establecer inclusiones y exclusiones de prestaciones y pretende frenar la incidencia que tiene la justicia sobre esta actualización”.

Otro de los ejes que planteó Bellagio fue el proyecto de mediación de litigios que desde la Superintendencia están enviando al Ministerio de Salud de la Nación. “En el organismo de control a mi cargo contamos con un procedimiento formal de trámites administrativos, la resolución 075/98 S.S.SALUD. Actualmente se solucionan el 95 por ciento de los casos que llegan a la institución. Es decir, la mayoría de

los reclamos no llegan a ser formalizados por este trámite”, detalló el funcionario y agregó que “si extendemos esta mediación a todas las situaciones que se judicializan en el país, sólo se judicializarán el 5 por ciento de los problemas.”

Un punto importante que también destacó Bellagio fue el sistema de Trazabilidad de Medicamentos, que se creó en forma conjunta con ANMAT y el Ministerio de Salud. Y, por último, Bellagio se refirió a los contratos prestacionales. “El objetivo es dictar una resolución donde se comprendan todos los modelos de contrato permitidos entre financiadores y prestadores”, puntualizó.

TIEMPOS DE CAMBIOS

Por su parte Antonio La Scaleia, titular de la COSSPRA y de IOMA, hizo referencia a los cambios tecnológicos y científicos y a la adaptación que las diversas entidades de salud deben realizar ante estos cambios, considerando, además, el aumento en la expectativa de vida a nivel mundial. “El 15 por ciento de la salud lo resuelve la medicina y el 85 por ciento depende de la calidad de vida”, expresó La Scaleia.

“Las obras sociales provinciales constituyen un sistema solidario con un solo modelo prestacional que, independientemente de los aportes del trabajador, brinda los mismos en calidad de servicios y respuesta de salud –sostuvo La Scaleia-. El financiamiento tiene que alcanzar para estos objetivos, por lo que debemos administrarlo con sentido estratégico para que estos recursos sean suficientes para recibir la innovación tecnológica, mantener la calidad de vida y lograr personas sanas que, a lo largo de esta expec-

tativa de vida, tengan autonomía y capacidad cognitiva.”

En este sentido, el doctor enfatizó la importancia en la distribución equitativa y solidaria de los recursos y destacó el trabajo conjunto que viene realizando la COSSPRA junto al Gobierno Nacional. “Estamos obligados a mirarnos en el espejo de la salud pública. Por eso nos sumamos al plan de trabajo del Ministerio de Salud de la Nación, al Plan Nacer, al Sistema de Información Perinatal, al Programa de Inmunizaciones, a la constitución del Instituto Nacional del Cáncer, a las políticas de discusión de las patologías raras y de alto costo. Y con la Superintendencia estamos trabajando en la discusión de un PMO racional y profundo que establezca normativas y procedimientos”, detalló.

El titular de IOMA se refirió también a la judicialización, a la que consideró como una nueva enfermedad: “Esta enfermedad tiene una etiología: la conflictividad social. Se suma una demanda sin límites y la connivencia de algunos profesionales de la salud y la justicia que no respetan lo que la ciencia ha trazado. El síndrome que presenta esta judicialización es cuando no se respeta la evidencia científica, cuando no se tiene en cuenta los consensos internacionales y nacionales ni los entes reguladores.”

El doctor agregó que los daños que provoca esta enfermedad afecta al derecho colectivo, provoca el desfinanciamiento de las obras sociales y atenta contra la equidad y la solidaridad del sistema. En esa línea, el funcionario destacó que COSSPRA ha constituido un Observatorio Jurídico para analizar estos casos y trabajar en conjunto con la Superintendencia. □

**OSFE Obra Social
FERROVIARIA**

Su salud en las mejores manos

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



Mitos y realidades de un sector

En el panel sobre Obras Sociales, representantes de OSIM, Construir Salud, Andar, FAOSDIR y OSFE analizaron los desafíos frente a la nueva legislación, las demandas de los beneficiarios y un escenario en permanente cambio.



Dr. Diego Newton, Dr. Ricardo Gutiérrez, Dr. Maximiliano Podestá, Sr. Daniel R. J. Piscicelli, Dr. Antonio Guidazio y el Dr. Miguel Stariha.

El segundo panel de la edición 2011 de Quo Vadis Salud congregó a representantes de distintas obras sociales que analizaron algunos mitos y realidades en torno al sector y presentaron diversos puntos de vista para comprender la actualidad de la seguridad social.

La mesa estuvo integrada por el doctor Diego Newton, Gerente de Legales de OSIM; el doctor Ricardo Gutiérrez, Jefe del Departamento Técnico de Construir Salud; el doctor Maximiliano Podestá, Gerente de Asuntos Jurídicos de Andar; el doctor Miguel Stariha, Presidente de la Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección (FAOSDIR); y el doctor Antonio Guidazio, Presidente de la Obra Social Ferroviaria (OSFE). La coordinación de la mesa

estuvo a cargo de Daniel R.J. Piscicelli, Gerente Regional de la División Salud de ASSIST-CARD Internacional quien agradeció especialmente a José Luis Chinchilla, de la Obra Social Telefónicos (OSTEL), quien tuvo la gentileza de reemplazarlo en la coordinación de este panel en la Edición 2010 y que no pudo estar presente este año por problemas de salud deseándole una pronta recuperación.

"Estamos tapados de mitos en este sector. Y creo que cada día hay más realidades que se van cumpliendo paso a paso", señaló Piscicelli antes de dar lugar al doctor Diego Newton, que inauguró la mesa con una descripción acerca de una realidad que afronta el sector: la injerencia de otros poderes en el sistema nacional del seguro de salud.

ENTRE EL LITIGIO Y LAS NUEVAS LEYES

Newton, Gerente de Legales de OSIM, señaló que la primera injerencia es la "litigiosidad indebida, constituida en una primera etapa por los juicios por mala praxis y en una segunda fase por la judicialización de las prestaciones". De acuerdo con su punto de vista, la gran mayoría de los juicios por mala praxis -aquellos que cuestionan la responsabilidad profesional del médico y de las instituciones-, "carecen de estándares mínimos de seriedad y de fundamento científico y jurídico" y destacó que sólo entre el 20 y el 25 por ciento de estas demandas finalizaron con una condena a profesionales e institucio-



nes. "La industria del juicio se trasladó a este subsector, cuando antes estaba más vinculada al sector de accidentes de trabajo", sostuvo.

Si bien en los últimos tiempos se redujo la cantidad de demandas por mala praxis, la judicialización de las prestaciones continúa en pleno auge. "Se realiza a través de amparos para obtener una ilimitada extensión de la cobertura que deben brindar las obras sociales", explicó Newton e ironizó: "La judicialización de las prestaciones se basa en el mito de que las obras sociales deben garantizar la salud como un derecho primario y natural del hombre. Sin embargo, las obras sociales sólo perciben los aportes para brindar una cobertura determinada, de acuerdo al Programa Médico Obligatorio. El Estado no delegó en las obras sociales la obligación de garantizar el derecho a la salud: simplemente le encomendó el otorgamiento de determinadas prestaciones para cubrir contingencias patológicas o biológicas."

Otra de las injerencias que destacó es la de las legislaciones provinciales, que se superponen con las leyes federales que le dan forma al sistema de Seguridad Social. "El control, supervisión y registro de las obras sociales está a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud, por lo que ningún otro poder estaría facultado para entorpecer esta actividad que se está llevando a cabo plenamente", expresó y señaló como ejemplos a la ley 1.517 de la Ciudad de Buenos Aires -que establece que las obras sociales deben inscribirse en un registro especial cuando brinden cobertura a afiliados voluntarios- y la 14.298 del gobierno bonaerense -que obliga a las obras sociales a brindar la fertilización asistida-. "El Estado y las organizaciones del sector deben aunar criterios para evitar la distorsión y dispersión del sistema, reforzar el carácter federal y sostener la vigencia de un único programa médico obligatorio", concluyó el doctor.

DESCUBRIENDO MITOS

El encargado de continuar con la mesa fue el doctor Ricardo Gutiérrez, Jefe del Departamento Técnico de Construir Salud, que cuenta con más de cuarenta años de trayectoria en el sistema de las obras sociales. "El mito es un relato que desfigura la realidad y le da apariencia de ser valiosa o atractiva. No es una mentira, es una creencia", expresó Gutiérrez.

Uno de los mitos es aquel que señala que los servicios de las obras sociales son ineficaces e ineficientes. "Esa idea se fue gestando en los setenta y terminó de formarse en los noventa, pero la crisis del 2001 obligó a cambiar ese concepto", refutó.

Otro preconceito indica que se puede ser financiador o prestador de servicios médicos asistenciales pero no ambas cosas al mismo tiempo. "Una cantidad de obras sociales pudieron sobrevivir poniendo énfasis en la atención médica primaria en centros propios", ejemplificó y

OSPAT

PREMIADA COMO INSTITUCIÓN QUE RECONOCE LA CALIDAD COMO VALOR

Agradecemos al Posgrado de Alta Gestión de la Calidad en
Servicios de Salud de la **Universidad Católica Argentina**
por esta distinción.

OSPAT CUENTA CON CERTIFICACIÓN
ISO 9001:2008



OSPAT fue distinguida junto a Fundación OSDE, Hospital El Cruce,
Hospital Garrahan, Programas de Calidad de Vida del Ministerio
de Salud de la Nación y PAMI.

WWW.OSPAT.COM.AR



agregó: "¿Cuáles fueron la consecuencias de esos servicios propios? Disminución de la consulta especializada, de los egresos en internación, y de la utilización sin afectación de la calidad de la atención." Gutiérrez destacó que cada uno de estos centros de atención primaria garantiza la calidad de su prestación mediante capacitaciones permanentes, charlas con la comunidad, residencias, encuestas y comités de evaluación de calidad.

Otro punto que desmitificó el directivo es que el costo de las prestaciones es más bajo en los prestadores contratados que en los propios. "Si los servicios propios de las obras sociales son gestionados pueden ser muy eficaces y efectivos", enfatizó.

CAMBIO DE ROLES

En su tercera presentación en el congreso Quo Vadis Salud, el Gerente de Asuntos Jurídicos de Andar, Maximiliano Podestá, se refirió al debate que generaron sus anteriores opiniones acerca de procurar cambiar los roles en el sistema de salud y centró su exposición en la defensa de la institucionalidad de las obras sociales. "Hace dos años nos quejábamos de los amparos y las medidas cautelares que no guardaban relación con la realidad", dijo en referencia a lo expresado por Newton. "Planteamos entonces cambiar los roles y trabajamos en ese sentido".

"Hemos creado un sistema que le da una gran importancia al beneficiario y al afiliado pero hemos desatendido el cuidado de las instituciones", apuntó Podestá y destacó: "Un mito podría decir que el sistema de salud es de excelencia, brillante y solvente. La realidad nos indica que el sistema es bueno, pero que lo estamos dañando y gastando."

El doctor subrayó el valor de nuestro sistema de salud en relación a otros sistemas del exterior y convocó a los distintos actores del sector a asumir sus responsabilidades. "Tenemos que dejar de dañar el sistema y de una vez por todas comenzar a proteger las instituciones", y agregó: "No estoy hablando de hacer corporativismos porque yo vengo de una obra social sindical.

Hace once años conviví con directivos y aún me sorprende de las cosas que suceden en las obras sociales sindicales. Con mucha tristeza escucho y leo algunos discursos de referentes sindicales que dejan mucho que desear." De esta manera, según expresó Podestá, la situación tiende a politizarse, pero no se debe olvidar que "no todas las obras sociales son iguales o se comportan de la misma manera, así como no todos los dirigentes sindicales se conducen de la misma manera."

Antes de finalizar su exposición, Podestá destacó la importancia de la existencia de espacios como Quo Vadis Salud. "El sistema es de todos. Acá no hay unos que ganan y otros que pierden. Tenemos que entender que todos tenemos que ganar, la idea es que a todos nos vaya mejor", resumió antes de cerrar: "Tenemos que conocernos, hablar, pelearnos, discutir. Lo que no podemos hacer es pensar que el sistema todo lo puede, porque algún día se va a quebrar y ahí perdimos todos."

NUEVAS LEYES Y ESCENARIOS

A continuación, tomó la palabra el doctor Miguel Stariha, Presidente de FAOSDIR, que representa a más de veinte obras sociales del personal de dirección, administra recursos por 3.830 millones de pesos anuales y brinda servicios médicos a más de 946.000 personas, entre trabajadores jerárquicos, personal de apoyo, secretarías ejecutivas y monotributistas. "Los tres principios que nos rigen son: la satisfacción del beneficiario, el costo-beneficio, y la eficacia y eficiencia de la prestación", expresó.

"Las obras sociales de dirección son organizaciones sin fines de lucro que administran con eficiencia y transparencia los recursos para asegurar un servicio de calidad con la mejor relación costo/beneficio", señaló Stariha, antes de deslizar una crítica hacia la flamante ley 26.682 que rige a las entidades prepagas de salud. "Dada su naturaleza jurídica de asociación civil sin fines de lucro, las obras sociales de dirección deberían ser exceptuadas de la nueva ley,

como sucede con las obras sociales sindicales", expresó.

Según consideró el doctor, la nueva ley contempla tres aspectos que tienen un impacto directo sobre el organismo que representa: "La multiplicidad de las autoridades de aplicación, la determinación del valor de los planes de adherentes y las dificultades que tenemos frente al plan superador y al Fondo Solidario de Redistribución que está ampliamente definido en el artículo 23 de la nueva ley".

Por otra parte, Stariha deslizó certeros diagnósticos acerca de los nuevos escenarios que atraviesan al sector. "Nuestros beneficiarios se han transformado en consumidores -describió-. Como tales, bombardeados por la globalización y el mercado exigen de nosotros prestaciones y una atención que no podemos brindar sin desfinanciarnos."

Stariha señaló la importancia de la promoción de estilos de vida saludable como parte del programa de acción de las obras sociales. "Es el ser humano el que tiene que tomar la responsabilidad de adoptar un estilo de vida saludable. De nada sirve que yo tenga el mejor estilo de salud si sigo fumando 20 cigarrillos por día, con sobrepeso o tensión arterial", graficó.

POR UNA REALIDAD SIN MITOS

El cierre de la mesa quedó a cargo del doctor Antonio Guidazio, Presidente de la Obra Social Ferroviaria, que analizó características esenciales que le dan forma a la realidad del sector. "El tema se repite. Siempre estamos por hacer algo, finalmente no lo hacemos y así vamos emparchando los sistemas." Tanto, que motivó un libro con total dedicación al tema escrito por Rubén Torres, entonces Superintendente de Salud, en setiembre de 2004.

Guidazio presentó estadísticas públicas para observar el desarrollo de las obras sociales en relación a su cotización en el sistema. "La cotización promedio, según datos oficiales de la AFIP en su página web, para junio de 2011, fue de 337 pesos por cotizante. Uno pensaría que con 337 pesos promedio por cotizante (titular) se estarían pa-



gando los servicios que se brindan. Pero se trata de promedios y estamos hablando de un sector con diferencias abismales en cuanto a cantidad de beneficiarios cubiertos, cotización en relación al salario promedio de la actividad, donde no resulta sencillo entender cómo algunas organizaciones se manejan con tan pequeña cantidad de afiliados o tan poco dinero. Pero sin embargo, subsisten", enfatizó.

El Dr. Guidazio explicó claramente y con detalle a los asistentes la experiencia OSFE y cómo es que las obras sociales son el único de los subsectores que está absolutamente acotado en cuanto a sus ingresos. "Los recursos de las Obras Sociales están definidos por ley. Son aportes y contribuciones y no existe otra manera de conseguir otros recursos.

No se necesita que las Obras Sociales expliquen de dónde sacan los recursos cuando la AFIP explícitamente los publica en su página", sostuvo el representante de la Obra Social Ferroviaria, en relación a las recientes reformas en la legislación que estructura al sector.

Además sus programas de cobertura están definidos por normas y extendidos sin techo por decisiones judiciales o influencias comunicacionales o de mercado.

Unico subsector controlado en todos sus movimientos por la Superintendencia de Servicios de Salud que hasta puede, y lo hace, penalizar sus desvíos.

El funcionario destacó que las fluctuaciones económicas del país afectan a las obras sociales, ya que éstas dependen del desarrollo de una determinada actividad productiva y como bien se entiende al recordar lo sucedido durante la década del noventa, por ejemplo, el sector ferroviario pasó de 700.000 afiliados a 20.000, llegando en la actualidad a 80.000. "Cuando la actividad crece o decrece, es arrastrada su obra social -describió-. La seguridad social depende entonces de acuerdos salariales y de que la producción de la rama de actividad tenga una situación exitosa en ese momento."

Es decir hay ingresos genuinos y transparentes, hay normas claras de cobertura y hay controles definidos por ley y rigurosamente ejecutados.

En este escenario aún se continúa avanzando, como en nuestro caso, para salir en búsqueda del afiliado presuntamente sano antes que se enferme y éste es un tema central, destacó el Dr. Guidazio; y es el reto que deben asumir las Obras Sociales con acciones directas. Son desafíos no previstos que redundan en una mejor calidad del servicio. "Nos enteramos de que un gran porcentaje de la población es sedentaria -describió-, o que un altísimo porcentaje es hipertenso, hipercolesterolémico o con sobrepeso. Tenemos que transformar los hábitos culturales: enseñarle a la gente qué es lo que tiene que comer o la importancia de caminar."

Es decir que "el campo de acción de las Obras Sociales se está abriendo mucho más allá de lo que las normas exigen -destacó Guidazio en el cierre-. Estamos controlados en los recursos, procesos, resultados económicos y prestacionales y sin embargo existimos y proyectamos futuro. Esta es la realidad que vive el sector y nos felicito por pertenecer a él. El resto son mitos. □



Obra Social de Personal de Dirección



**Protección de la salud
para toda la familia**

info@osim.com.ar
www.osim.com.ar
Tel/Fax: (011) 4010-6746
Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

 Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social



Ciclo Abierto de Debate 2011



Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud

Facultad de Medicina |
Universidad de
Buenos Aires

F. Acuña de Figueroa 1240, Piso 20
(C1180AAX) CABA | (5411) 4959-8365
docencia@fsg.org.ar - www.fsg.org.ar

Obras Sociales ¿sirven?

Coordinación: Dr. Federico Tobar
Panelistas: Dr. Carlos Regazzoni,
Dr. Adolfo Sánchez de León,
Dr. Benjamín Surace y
Dr. Mario Dalto.



25 DE AGOSTO DE 2011

Biotecnología: ¿La medicina del futuro?

Coordinación: Dra. Estela Izquierdo
Panelistas: Dr. Adriano Castronuovo,
Dr. Carlos Vasallo, Dr. Daniel Ciriano
y Dr. Ricardo Mastai.



26 DE MAYO DE 2011

23 DE JUNIO DE 2011

14 DE JULIO DE 2011

Prepagas ¿sirven?

Coordinación: Dr. Mario Lugones
Panelistas: Dr. Ricardo Bellagio,
Dr. Alberto Curci Castro,
Dr. Gabriel Montero, Dr. Miguel
Stariha y Dr. Esteban Lifschitz.



¿APE o qué?

Coordinación: Dr. Mario Lugones
Panelistas: Dr. Enrique Rozenblat,
Dr. Jorge Colina, Dr. Alfredo Toledo
y Dr. Federico Tobar



Sector público: demanda... oferta...

Coordinación: Dr. Mario Lugones
Panelistas: Nora Rebora, Mónica
Panadeiros, Alberto Díaz Legaspe y
Federico Tobar



29 DE SEPTIEMBRE DE 2011

27 DE OCTUBRE DE 2011

Presentación de libros

"Propuesta de Plan Estratégico de mediano y
largo plazo para construir un Modelo Argentino de Salud"
Autores: Dr. Federico Tobar y Dr. Esteban Lifschitz

"Más salud, Más derechos: el desafío de la Argentina que viene."
Autor: Dr. Adolfo Sánchez de León



Modelo Argentino de Salud PES 2027.

Coordinación: Dr. Mario Lugones
Panelistas: Dr. Marcos Buchbinder,
Dr. Sergio Horis del Prete y
Dr. Federico Tobar



La importancia de la Trazabilidad

Representantes de distintos eslabones de la cadena de comercialización de medicamentos expusieron detalles sobre el sistema que permite identificar y registrar cada producto farmacéutico para evitar robos, falsificaciones y adulteraciones. Se refirieron, además, a las resoluciones que le brindan al tema un fortalecedor marco legal.



Dr. Jorge Fanjul, Dr. Osvaldo Tibaudin y el Sr. Marcelo Di Mario.

tes resoluciones al respecto que emitió el Ministerio de Salud con el seguimiento de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

CONTROL Y SEGUIMIENTO

La descripción del nuevo marco legal estuvo a cargo del representante de Ciencia Argentina, Jorge Fanjul. "El artículo primero de la resolución 435 establece que todas las personas físicas y jurídicas que intervengan en la cadena de comercialización y dispensa del medicamento deberán implementar un sistema de trazabilidad que permita asegurar el control y el seguimiento del medicamento desde su producción hasta el consumo por parte del usuario o paciente", detalló el Dr. Fanjul y agregó: "Con el sistema de trazabilidad se intenta pulverizar la circulación de medicamentos ilegítimos y asegurar al paciente el consumo de un medicamento genuino que provenga del laboratorio productor y que haya respetado todos los ca-

Quo Vadis Salud dedicó una mesa a los sistemas de trazabilidad, un tema indispensable para la industria de los medicamentos. Bajo la coordinación del Dr. Osvaldo Tibaudin, Director de Marketing de Admifarm Group, el segmento contó con la participación de Jorge Fanjul, Director de Ciencia Argentina, y Marcelo Di Mario, Gerente Comercial de FOBESA.

De acuerdo con el Reglamento CE 178/2002, la trazabilidad consiste en un conjunto de acciones,

medidas y procedimientos técnicos que permiten identificar y registrar cada producto desde su producción hasta el final de la cadena de comercialización. "Hace muchos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya afirmaba que entre el diez y el veinte por ciento de los medicamentos son falsificados, adulterados o robados. Me parece muy inteligente y oportuno hablar de este tema", consideró Tibaudin en la apertura, al tiempo que enumeró las recien-

medidas y procedimientos técnicos que permiten identificar y registrar cada producto desde su producción hasta el final de la cadena de comercialización. "Hace muchos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya afirmaba que entre el diez y el veinte por ciento de los medicamentos son falsificados, adulterados o robados. Me parece muy inteligente y oportuno hablar de este tema", consideró Tibaudin en la apertura, al tiempo que enumeró las recien-



nales de comercialización y dispensa establecidos por la norma sanitaria vigente."

Desde hace varios años, desde el sector estatal y el privado se han implementado diversas prácticas para erradicar la comercialización de los medicamentos ilegítimos. Fanjul mencionó la creación del Programa Nacional de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos, en 1997; la resolución 538/1998, en la que el Ministerio de Salud regula el funcionamiento de las empresas de distribución de medicamentos; y las resoluciones 7439 y 3475 de la ANMAT que contemplan la gestión de operadores logísticos de productos farmacéuticos. "El sector privado implementó un sistema de trazabilidad en los medicamentos de alto costo y baja incidencia para patologías crónicas, especialmente oncológicas", continuó el director de Scienza Argentina.

El sistema de trazabilidad que propone la flamante resolución 435 profundiza en la necesidad de implementar una identificación individual y unívoca de cada medicamento. "Trazabilidad por unidad versus la anterior trazabilidad por lote", resumió Fanjul.

La ANMAT fue designada como autoridad a cargo de controlar la implementación de los sistemas. El cronograma de aplicación indica que entre el 15 de junio y el 15 de diciembre de 2011 debe implementarse el sistema en la cadena laboratorio/droguería y droguería/farmacia. Desde esa fecha, quedan doce meses para implementar el sistema en el eslabón laboratorio/paciente.

Otro detalle que destacó Fanjul fue que la resolución establece la información que estará asociada al código de la base de datos. "Número

de lote, fecha de vencimiento, código del destinatario, domicilio del destinatario, fecha de entrega", especificó el profesional. "Los laboratorios y droguerías deberán informar al ANMAT en tiempo real los códigos unívocos asignados a cada uno de los productos y los movimientos logísticos registrados", destacó para luego agregar que "Scienza Argentina cuenta con etiquetas de trazabilidad en todos sus productos, que permite identificar origen y destino de los medicamentos."

IDENTIFICAR PARA PREVENIR

La segunda parte de la mesa estuvo a cargo de Marcelo Di Mario, Gerente Comercial de FOBESA. La entidad se encarga de representar a FarmaTrack, firma que provee una solución de software, sistemas de identificación, equipamiento y servicios que permiten gestionar la trazabilidad de cada medicamento en forma unívoca, en todas las fases del proceso de distribución, desde su fabricación hasta la recepción por parte del paciente, homologando cada instancia del producto mediante un proceso de validación.

"Estamos acostumbrados a manejar productos por lote y ahora vamos a poder identificar cada una de las unidades -destacó Di Mario-. Vamos a utilizar la misma identificación que tiene hoy el medicamento, -llamado G-TIN, que identifica el país de origen, la empresa, el producto y la presentación- y se le va a agregar un número de serie que va a identificar cada medicamento."

Según Di Mario, la trazabilidad no es tan solo una imposición a cumplir: "Es una herramienta logís-

tica que nos permite tener el control y la protección de una marca, de un producto y de la vida de un paciente", destacó. "La trazabilidad tiene dos instancias. La primera, la interna, tiene que ver con el laboratorio: las identificaciones, el control, el despacho. La otra tiene que ver con la distribución: aquí es donde la nueva resolución resulta diferenciadora", analizó el Gerente Comercial de FOBESA: "La posibilidad de validar ese medicamento ya sea por el profesional de la salud o por el paciente antes de consumirlo, es un valor agregado al modelo de trazabilidad presentado."

Di Mario explicó que, según la normativa, existen tres sistemas de identificación que se están analizando. En primer lugar, se encuentra el GS1-128 o código de barras, de rápida implementación, bajo costo y eficiencia altamente comprobada. En segundo lugar, mencionó el Datamatrix "que se está planteando a nivel mundial y permite tener mayor información en un menor espacio" pero que necesita de una tecnología especial. El tercer mecanismo es el RFID, actualmente aplicado sólo en casos piloto, y cuya utilización implicaría reemplazar la totalidad de los sistemas y lectores. "Mientras se vaya actualizando la cadena comercial, se utilizarán metodologías de identificación de código de barras, presentes en más de 125 países del mundo", dijo Di Mario y agregó que Farmatrack dispone de un código validador tapado con una "raspadita", que permite una segunda barrera para evitar la adulteración y falsificación de medicamentos, brindándole mayor seguridad a toda la cadena de comercialización. □



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

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

www.osdo.com.ar



Financiamiento y sustentabilidad

Representantes de clínicas, sanatorios, hospitales y otros prestadores de servicios de salud reclamaron mayor colaboración del Estado en el subsector y describieron posibles escenarios para el desarrollo de su actividad.



Cdr. Jorge Gutsztat, Cdr. Jorge Cherro, Dr. Mario Lugones y el Dr. Gustavo Mammoni.

Bajo el título "Por un financiamiento sustentable", la cuarta mesa de la Conferencia Quo Vadis Salud estuvo dedicada al sector de los prestadores de servicios de salud, cuyos representantes coincidieron en señalar la necesidad de articular las políticas públicas con la actividad del sector privado.

Con la coordinación del doctor Mario Lugones, presidente de la Fundación Sanatorio Güemes, el segmento estuvo a cargo de Gustavo Mammoni, presidente de la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECALISA); el contador Jorge Cherro,

presidente de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADE-CRA); y el contador Jorge Gutsztat, representante de la Cámara de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (CEPSAL).

El encargado de inaugurar la mesa fue el Doctor Gustavo Mammoni, quien presentó un panorama detallado de la actividad del sector. "Ya no alcanza el asistencialismo. Estamos convencidos de que hay que diseñar un Sistema de Protección Social Universal de Salud", propuso Mammoni, que acompañó su presentación con exhaustivos informes.

"Nuestro sistema se financia desde distintas fuentes. No hay un financiamiento centralizado que hace que las obras sociales provinciales tengan distintos aportes a las nacionales –detalló el funcionario-. Más de la mitad de la cobertura se financia con un impuesto diferido al trabajo, como lo llaman los trabajadores, que es el aporte a la obra social."

De acuerdo con la información presentada por el funcionario en base a sondeos de la consultora Equis, el 74 por ciento de los asalariados del veinte por ciento de la población más pobre, no realiza aportes jubilatorios. Entre el veinte



por ciento de la población con mayores ingresos, sólo el 10,3 por ciento se encuentra en situación de informalidad. Y la tasa de informalidad en las empresas pequeñas que conforman la economía de subsistencia (con hasta cinco empleados) alcanza al 65,4 por ciento. "Esto muestra que, si bien fue descendiendo la informalidad, todavía tenemos un alto porcentaje de trabajadores que no aportan al sistema de seguridad social ni tampoco al sistema de jubilación", reflexionó Mammoni.

Entre las propuestas realizadas por el representante de CONFELISA se destaca el acceso a una protección social universal en salud. "En América latina unos 127 millones no tienen acceso estable a servicios básicos de salud. La mitad de la población del continente, unos 250 millones de personas, no tiene ningún tipo de seguro. Y 500 millones son pobres: por eso hablamos de protección social con desarrollo y crecimiento", sostuvo.

**"En América latina
unos 127 millones no
tienen acceso estable
a servicios básicos de
salud. La mitad de la
población del
continente, unos 250
millones de personas,
no tiene ningún tipo de
seguro. Y 500 millones
son pobres: por eso
hablamos de
protección social con
desarrollo y
crecimiento"**

El funcionario destacó además la importancia de consensuar un acuerdo en el marco "de un verdadero federalismo sanitario como paso previo a la promulgación de

una Ley Federal de Salud que establezca las funciones rectoras del Ministerio de Salud de la Nación y que defina claramente las competencias en Salud entre Nación, Provincia y Municipalidades."

Mammoni propuso además promulgar una Ley de Emergencia Sanitaria a los efectos de garantizar a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud. "Hay que promulgar una ley de un seguro nacional para las patologías catastróficas, las de alto costo y baja incidencia. Esto nos permitiría, en caso de una epidemia, disponer de toda la red privada y pública para atender esa emergencia", sugirió el especialista.

PENSANDO EL SISTEMA

A continuación, el contador Jorge Cherro, presidente de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA), subrayó la necesidad de generar un debate entre



**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**



los actores del sector privado para concientizar a los gobernantes de la necesidad de un cambio. "Los prestadores somos en muchas ocasiones financiadores", afirmó el funcionario a modo de introducción.

Su exposición comenzó con un detallado análisis del gasto público en salud durante la primera década del siglo. "El gasto público en el sector aumentó un 50 por ciento -destacó-. Esto se debe a dos factores: el producto bruto aumentó notablemente a partir del crecimiento que tuvimos luego de la salida de la crisis, con tasas del 8 o 9 por ciento. Al mismo tiempo hay una inversión en salud que ha crecido del 4,25 en el 2003 al 6,21 en el 2009."

Cherro intentó responder a la idea de la mesa en cuestión: ¿Qué es un financiamiento sustentable? "Tiene que ver con un uso racional de los recursos disponibles, sean estos públicos o privados. El desafío es cómo atender necesidades ilimitadas con recursos que son limitados", expresó. En sintonía con sus colegas del sector, la propuesta de ADECRA exige la articulación entre lo público y lo privado "con todos los recursos disponibles de ambos sectores".

En teoría, el sistema sanitario se puede pensar como una pirámide con diversas funciones: en la base está la promoción de políticas públicas que tienen que ver con mejorar el entorno y la vida saludable; luego viene la prevención y finalmente, en la punta de la pirámide, se ubican los prestadores, sean públicos o privados. "No solamente es una función del Estado sino que está muy comprometida la seguridad social con todo lo que tiene que ver con la prevención. Promoción y prevención son responsabilidad del Estado".

"Con recursos fiscales adicionales se podría pensar que el Gobierno se concentraría en el desarrollo de infraestructura sanitaria básica (agua potable y cloacas de red), espacios verdes, medio ambiente y promoción de conductas saludables a la población. ¿Y el sector privado qué ofrece? Su infraestructura, a precios precordados y más favorables para el Estado, para la atención de la alta complejidad a gente

que se atiende en el sector público."

Cherro puso al Plan Nacer como ejemplo de articulación en nuestro país y describió algunos casos de Chile, Brasil y Uruguay donde las políticas públicas en materia de salud apuntan a vincular ambos sectores.

UN CAMINO SUSTENTABLE

El contador Jorge Gutsztat, representante de la Cámara de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (CEPSAL), estuvo a cargo del cierre de la mesa. Su definición de lo

"En el marco regulatorio de la medicina privada se establece que se deben fijar aranceles mínimos y obligatorios y disponer un control en la mora de los pagos"

que entendemos por "sustentable" le permitió articular su exposición. "Desde un punto de vista microeconómico es un equilibrio entre ingresos y egresos -detalló-. En lo macroeconómico, que exista un equilibrio entre los sectores del sistema de salud, respecto a la calidad, y a los aspectos económicos que pertenecen a la cadena de valor. Y, fundamentalmente, "sustentable" significa que se puede mantener en el tiempo, que no sea una situación puntual en un momento determinado, sino que esa sensación de equilibrio se pueda llevar adelante."

¿Qué significa este financiamiento sustentable para los prestadores privados? En lo microeconómico, un equilibrio entre ingresos y egresos. Y en lo macroeconómico, que todo el sistema esté en equilibrio. Entre los factores que desestabilizan ese equilibrio Gutsztat destacó los costos en tecnología que no se trasladan a los aranceles previstos; la distribución de la remuneración de los trabajadores; la judicialización; y la gran ineficiencia impositi-

va "que ataca el equilibrio entre ingresos y egresos."

¿Cuál es el origen de los ingresos de los principales financiadores? "Las obras sociales, mediante los aportes de los trabajadores activos a través de sus remuneraciones. El Pami, el aporte de los trabajadores activos y pasivos. Las prepagas, el aporte de los beneficiarios", detalló Gutsztat.

El representante de CEPSAL destacó tres mecanismos institucionales de negociación entre prestadores y financiadores: el marco regulatorio de la Ley de medicina prepaga -la ley 26.682-; la creación del Sistema de Seguro de Salud -la ley 23.661-; y una resolución de la Superintendencia, la 395/06.

"En el marco regulatorio de la medicina privada se establece que se deben fijar aranceles mínimos y obligatorios y disponer un control en la mora de los pagos -destacó Gutsztat-. Se establece un modelo de contrato y se crea un consejo permanente de concertación entre el ministerio, las prepagas y los prestadores, pero este mecanismo aún no ha sido reglamentado. El otro, previsto en la ley 23.661 de 1989, estaría a cargo de generar las normas y permitiría verificar los valores retributivos de los prestadores: este artículo debería quedar sin efecto. Por último tenemos la resolución 395/06 que creó una Comisión Consultiva entre los agentes de los seguros de salud, de las obras sociales y los prestadores. A su amparo se dictaron dos resoluciones del año 2007 y 2008 donde se adecuaban los incrementos de los aranceles a lo que se había acordado en paritarias."

Como mecanismos automáticos, por otro lado, Gutsztat se expresó en torno al nomenclador de prácticas médicas. "Quedó desactualizado por los valores y por la creación de nuevas prestaciones que quedaron fuera del nomenclador, pero se puede actualizar".

A manera de conclusión, Gutsztat expresó que "la salud es un bien esencial que debe ser tutelado por cada uno de los Estados" y sostuvo que "es un buen momento para ajustar la legislación y cambiar esta situación." □



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.



COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

CALIFICACIÓN



Evaluación
Latinoamericana S.A.



www.webtpc.com



Dr. Alberto Monchablón, Dr. Carlos Nasep, Dr. Floreal N. López Delgado y el Dr. Andrés Mega.

La salud mental, una prioridad

Por primera vez en su historia, la Conferencia General de Salud incluyó una mesa dedicada al sector de la salud mental, en la que los distintos representantes analizaron el presente de su actividad y criticaron la nueva ley nacional. Un debate que incluyó las miradas de los ámbitos público y privado.

Bajo el título "Dudas y certezas", Quo Vadis Salud contó por primera vez con una mesa dedicada al sector de la salud mental. La quinta presentación fue coordinada por el doctor Floreal López Delgado y contó con la participación del doctor Carlos Nasep, director de la Clínica Avril; el doctor Alberto Monchablón, director del Hospital Moyano; y el doctor Andrés Mega, psiquiatra del Cuerpo Médico Forense.

El doctor Carlos Nasep estuvo a cargo de la inauguración de la mesa. A través de una exposición concisa y clara, el titular de la Clínica Avril presentó un panorama del sector en los últimos diez años y analizó los distintos cambios en las patologías a la luz de los avances en las tecnologías de comunicación. Tras presentar un pequeño video que analizaba la modificación de los vínculos entre las personas con el

uso de redes sociales como Facebook y Twitter, el doctor aseguró que estos sistemas de comunicación modificaron los paradigmas sociales.

"Este cambio de paradigmas sociales gestó nuevos pacientes -sostuvo el doctor Nasep-. Hace diez años teníamos una mayoría de cuadros psicóticos y depresivos, pero esto se modificó. Antes se tildaba de loco al psicópata y se lo encerraba, capturando el terror de la sociedad porque era diferente. Hoy estamos agrupados en infinidad de grupos y cada uno está en su mundo. Lo diferente no causa ningún temor. Gracias a la tecnología en psicofármacos, la psicosis está acotada."

En cuanto a la depresión, el doctor recordó que, con la crisis del 2001, "el paciente típico ingresaba a la clínica tras una ingesta de pastillas o un corte de venas, después de haber perdido su trabajo o participar en una convulsión social, sin horizontes ni perspectivas." Hoy también existen intentos de suicidio, pero por otros motivos: "En el nuevo paradigma social no se tolera lo que no se resuelve de inmediato. Y, en una personalidad frágilmente estructurada, esa frustración lo lleva a actuar. Los



motivos son otros y nuestra respuesta también es diferente.”

Nasep contó que en el último Congreso Internacional de Psiquiatría que se realizó en Buenos Aires en setiembre último, se categorizaron las épocas en el campo de la salud mental: “De 1990 al 2000 fue la década del cerebro: lo que aprendimos y avanzamos en neurobiología y neuroquímica fue fantástico. Del 2000 al 2010 operaron los cambios de conducta que generaron a estos nuevos pacientes”. Hoy pensamos en 140 caracteres como en Twitter, no hay una idea de una página”, describió el especialista.

“Los cambios tecnológicos en las comunicaciones y en los paradigmas sociales cambiaron nuestros pacientes, sus patologías y enfermedades –concluyó el doctor Nasep-. Esta situación generó una respuesta terapéutica distinta basada en el trabajo en equipo, en la

“De 1990 al 2000 fue la década del cerebro: lo que aprendimos y avanzamos en neurobiología y neuroquímica fue fantástico. Del 2000 al 2010 operaron los cambios de conducta que generaron a estos nuevos pacientes”.

psicofarmacología y en las psicoterapias en acto. Quiero poner el acento en esto último. De aquellas largas psicoterapias donde teníamos que elaborar y procesar todo, hoy son intervenciones terapéuticas que corrigen un rumbo y dan apertura a una elaboración.”

LA PROBLEMÁTICA DE LA HOSPITALIZACIÓN

A continuación tomó la palabra el doctor Alberto Monchablón, director del Hospital Moyano, que alberga a pacientes mujeres de la ciudad de Buenos Aires. El funcionario dedicó la mayor parte de su tiempo de exposición a relatar distintos argumentos contra la flamante ley que afecta la actividad del sector, que regula los tiempos y las condiciones de internación de los pacientes y la injerencia de los profesionales en los diagnósticos y tratamientos.

“No estoy a favor de esta Ley Nacional de Salud Mental, ya firmada y aún no reglamentada –expresó el doctor-. No se consultó a las Sociedades de Psiquiatría, la Asociación Médica Argentina, la Academia Nacional de Medicina ni a nadie del ambiente médico. Además, se partió de la ideología de que todo está causado por la sociedad en una suerte de sociogénesis: la sociedad

La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional

10 AÑOS DE CRECIMIENTO.
GESTIONANDO SU RIESGO MÉDICO LEGAL TODOS LOS DÍAS.
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



te enloquece. Estoy totalmente de acuerdo con que la sociedad me puede llevar al borde de la locura y el suicidio si pierdo el trabajo, a un ser querido, si caigo en la droga o en el alcohol. Pero la esquizofrenia la padece quien tiene una vulnerabilidad previa en el cerebro. No comparto esa idea de que la sociedad me causa la locura."

En su análisis de la nueva ley, Monchablón reflexionó acerca del vínculo entre la locura y el encierro: "Todos sabemos que la locura aguda es peligrosa para el paciente y para terceros. Estamos hartos de ver suicidios y homicidios graves. Y siempre está la locura detrás. Por otra parte, si potencialmente alguien va a matarse o matar a otro, tiene que haber una instancia desde la psicofarmacología para frenar el sistema que está alterado."

Monchablón contó que cuando ingresó en el Hospital Moyano, en 1974, había tres mil pacientes. Hoy, la cifra apenas supera los 850. "Indudablemente ha habido un cambio: el hospital se fue desinstitucionalizando rápidamente. Lo que facilitó esta situación fue, primero, que la acción de abandonar al paciente en el hospital se ha ido revirtiendo y la familia comenzó a llevarse al paciente a su domicilio. Por otra parte se generaron mecanismos periféricos no manicomiabiles."

En ese sentido, el funcionario expresó que la ley no contempla la salida de los internos. "En el hospital Moyano hay 110 pacientes que hoy están recuperadas, pero no se pueden ir porque no tienen dónde, porque Buenos Aires es peligroso y porque no tienen recursos económicos." Monchablón destacó el sistema alemán, en el que existen casas de "medio camino" para albergar a los pacientes que egresan de los hospitales y que le aporta 500 euros al familiar para que trasladen al paciente a su domicilio después del brote. "Son medidas de acción social que habría que tomar para acompañar a la nueva ley", reclamó.

Monchablón expresó su temor acerca de las posibles consecuencias que tendría un proceso de desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos: "En Los Angeles el paciente es echado a la calle y en

invierno se muere de frío y de hambre. Y eso no sale en los diarios. En EE.UU. el 22 por ciento de los presos son esquizofrénicos. ¿Cómo puede ser que un esquizofrénico vaya a parar a la cárcel si es un enfermo mental? Va a pasar eso, si cierran los hospitales psiquiátricos. En Italia los soltaban en invierno y los atropellaban en la ruta. Es gravísimo para el derecho humano que un enfermo que ya está minusválido, discapacitado y con una tremenda vulnerabilidad, tenga que salir a vivir en una sociedad peligrosa y convulsionada como la de la ciudad de Buenos Aires."

"¿Cuáles serían los beneficios de esta nueva ley? Evitaría la internación psiquiátrica indebida y su prolongación. Pero, ¿hay evidencia de que estábamos internando gente indebidamente? ¿Reteníamos siniestramente gente internada contra su voluntad?", se preguntó Mega. "Ocurre lo contrario: se procesa por no internar o por no mantener internado a alguien que después se suicida".

UNA LEY CUESTIONABLE

El doctor Andrés Mega, del Cuerpo Médico Forense, fue el encargado de cerrar la mesa sobre salud mental. Con un gran sentido del humor para entender la profesión y los estigmas que la rodean, y valiéndose de abundantes referencias al cine y la densidad histórica de la psiquiatría, Mega expuso una crítica detallada a la ley que impulsa el Gobierno Nacional.

"¿Cuáles serían los beneficios de esta nueva ley? Evitaría la internación psiquiátrica indebida y su prolongación. Pero, ¿hay evidencia de que estábamos internando gente indebidamente? ¿Reteníamos siniestramente gente internada contra su voluntad?", se preguntó Mega. "Ocurre lo contrario: se procesa por no internar o por no mantener internado a alguien que después se suicida".

"La ley dice que los psiquiatras

medicamos para castigar: el perfil del psiquiatra que contempla esta ley es un perfil siniestro, sanguinario y experimental", ejemplificó al describir el artículo 12, que dice que la medicación nunca se administrará "como castigo". Y continuó: "El artículo 13 dice que los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones -continuó el doctor-. Esto quiere decir que una carrera de cuatro años es lo mismo que una de doce o de dieciséis. No somos todo lo mismo. Hay distintas capacidades, incumbencias y posibilidades."

Mega también cuestionó a la ley por facultar a la persona internada a abandonar la institución, por asegurar que las internaciones deben realizarse en hospitales públicos y por introducir la figura del abogado para mediar entre el paciente y el médico. "La ley presupone que el abogado tiene tantos conocimientos en psiquiatría como el profesional que indica la internación. Esto posibilita que el psiquiatra también pueda abrir su propio estudio jurídico y llevarlo exitosamente", bromeó Mega, ante las risas del auditorio.

"La ley consagra los derechos de los pacientes que ya estaban vigentes y respetados -detalló-. Todos los psiquiatras ya trataban de evitar internaciones. Y ya era una práctica común promover tratamientos ambulatorios. Ya se sabía que los tratamientos psicofarmacológicos con el propósito de castigar ya eran considerados una mala práctica profesional. Y la distinción entre internación voluntaria e involuntaria resulta confusa, ya que traerá enormes dificultades en el plano de la responsabilidad frente al daño que el paciente se haga o produzca a terceros."

Para finalizar, Mega señaló varios olvidos de la Ley Nacional de Salud Mental, como el de cubrir los tratamientos psiquiátricos de pacientes ambulatorios, mencionar un plan específico de prevención en salud mental, establecer quién asume las consecuencias de un posible suicidio u homicidio del paciente al egresar contra la opinión del profesional, o proteger al personal de la salud mental de agresiones verbales y físicas de pacientes y familiares. □



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

COBERTURA PARA LA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA



RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL

PRUDENCIA
Seguros





Dr. Alfredo Rossi, Dr. Fabián Vítolo, Dr. Horacio Canto, Dr. Floreal N. López Delgado, Sr. Jorge Furlan y el Dr. Fernando Mariona.

La responsabilidad civil bajo la lupa

La mesa de “Praxis Médica: desafíos, amenazas y novedades” contó con la participación de representantes de las principales compañías de seguros, que expusieron diversos puntos de vista sobre la Judicialización: ese fenómeno que afecta y preocupa a todo el ámbito de la salud.

Distintos representantes del sector de las aseguradoras se dieron cita en el panel “Praxis Médica” para exponer las características de uno de los mayores problemas que ha tenido que enfrentar el sector de la salud en los últimos años: el incremento de la judicialización de la praxis médica.

Con la coordinación del doctor Floreal N. López Delgado, la mesa estuvo integrada por el doctor Fabián Vítolo, Gerente de Relaciones Institucionales y Servicios Médicos de Noble Compañía de Seguros; el doctor Fernando Mariona, director y gerente de Asuntos Legales de

TPC Compañía de Seguros; el señor Jorge Furlan, coordinador de Prudencia Compañía Argentina de Seguros Generales; el doctor Horacio Canto, Gerente de Administración de Riesgos de SMG Seguros; y el doctor Alfredo Rossi, Asesor Letrado de Seguros Médicos.

LOS NUMEROS DE UN FENOMENO

El encargado de inaugurar el panel fue el doctor Fabián Vítolo, representante de Noble Compañía de Seguros, quien basó su presentación en un análisis estadístico del

aumento de los montos en las demandas por mala praxis y en una crítica hacia los fondos solidarios, cuya naturaleza se opone al desempeño de las aseguradoras de riesgo.

“En Noble Compañía de Seguros estamos viendo un aumento en el stock de demandas –detalló el doctor-. Al cierre del ejercicio 2009/2010 el monto promedio de demandas era de 411 mil pesos. A junio de 2011, el promedio de demandas es de 656 mil pesos, un aumento del 62 por ciento en sólo un año. Pese a eso vemos instituciones muy grandes con cirugías y partos que siguen asegurándose en 200 mil o 300 mil pesos, lo que



no alcanza para realizar ningún acuerdo cuando hay negligencia."

Según expresó Vítolo, en Noble ingresa una demanda por día hábil: "Tenemos en stock más de 570 juicios y hemos cerrados otros 400, en una frecuencia que compartimos con otras compañías." Con una inflación cercana al 50 por ciento en los últimos dos años, "no vemos que las sumas aseguradas se estén adecuando a los montos de tales demandas", agregó. Para acompañar esta afirmación, el doctor presentó los montos de las sentencias en recientes fallos de cámara vinculados a mala praxis: 1.606.000 pesos por un caso de parálisis cerebral; 1.596.000 por un paciente que quedó en estado vegetativo; un millón por otra parálisis cerebral; 935 mil por una retinopatía prematura, entre otros casos. A todos estos montos se le deben sumar intereses y costas. "La Superintendencia de Seguros de la Nación estableció que no puede haber seguros individuales inferiores a los

120 mil pesos. Todavía era frecuente hasta el año pasado tener médicos asegurados en 50 mil pesos -sostuvo Vítolo-. Eso no alcanza para nada cuando hay algún proceso o hay que hacer algún acuerdo."

El representante de Noble Compañía de Seguros criticó además la posición de los Fondos Solidarios, aquellas agrupaciones de afiliados a una misma asociación o colegiatura que, estando sujetos a riesgo, aportan sumas de dinero para constituir un fondo común para hacerle frente a las obligaciones nacidas de los reclamos que pudieran recibir sus adherentes. "Los Fondos deben organizarse como compañías de seguro", expresó Vítolo y agregó que la Superintendencia de Seguros de la Nación viene haciendo intimaciones al respecto desde hace casi diez años.

ADMINISTRANDO RIESGOS

A continuación, la exposición estuvo a cargo de Jorge Furlan, coordinador de Prudencia Compa-

ña Argentina de Seguros Generales, quien sostuvo que uno de los desafíos que enfrenta el sector es que se valore el esfuerzo por establecer un programa de administración de riesgos a través de aportes que conforman un esquema de asesoramiento en permanente desarrollo.

El primero de estos aportes está relacionado con la evaluación inicial que se hace al suscribir el riesgo, momento en el que surgen cargas que se incorporan a la póliza. "Evaluamos todo aquello que hace a la infraestructura de una institución para evitar situaciones especiales que puedan acarrear responsabilidades", explicó, y agregó que también se revisan los procedimientos instrumentados para la seguridad de los pacientes, la atención de los servicios de guardia, la existencia de personal de enfermería suficiente y el manejo de residuos patológicos -de acuerdo a los cambios introducidos por la reciente Ley de Política Ambiental-.

"El segundo aspecto en el que

Precisión
al Servicio de
la Salud



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



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

Vídit 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



podemos hacer un aporte importante es en la revisión de los documentos médicos –sostuvo Furlan-. Hay una necesidad de mantener una redacción especial con adecuación y actualización de las normativas legales vigentes.” El tercer aspecto está vinculado a la relación que se establece con los responsables de la institución, a partir de entrevistas, realización de seminarios de asesoramiento y recomendaciones de orden general y particular.

El cuarto aporte tiene que ver con la realización de informes de incidentes médicos, “En el caso de que esto ocurra, requerimos que se nos presenten los antecedentes del hecho, las circunstancias, la importancia, las alternativas de defensa”, detalló el representante de Prudencia. El quinto y último aporte consiste en una asistencia médico legal permanente, “que posibilita resolver inquietudes o dudas sobre el proceder médico legal ante situaciones especiales”.

RESPUESTAS Y NUMEROS

El doctor Fernando Mariona, gerente de Asuntos Legales de TPC Compañía de Seguros, fue el encargado de continuar con la mesa sobre praxis médica y basó su exposición en una descripción estadística de las actuaciones por judicialización que afrontó su compañía, un buen ejemplo para comprender la importancia del trabajo desempeñado por las compañías de seguros en relación al significativo incremento de las demandas por mala praxis en la última década.

“En los recientes siete años y medio, en TPC recibimos seis mil comunicaciones acerca de distintos casos. Esas seis mil comunicaciones se transformaron en 2.581 actuaciones que se judicializaron. De ese total, 544 casos fueron cerrados con acuerdo y pago, 47 fueron desistidos sin gastos por quienes reclamaban y seis casos fueron desistidos pero generaron gastos. Tuvimos 27 sentencias, diez casos fueron cerrados sin acuerdo y 454 fueron cerrados en mediación con acuerdo y pago”, detalló Mariona. “De las 27 sentencias, 16 fueron de rechazo de la demanda, ocho de acogimiento de la demanda y tres de

rechazo por incompetencia”, agregó.

Esos 544 casos cerrados con acuerdo y pago significaron un reclamo total de 85 millones de pesos, de los que se pagó finalmente el veinte por ciento. “De estos 17 millones de pesos, TPC pagó cinco millones en indemnizaciones. En gastos y honorarios pagamos cuatro millones y solamente recuperamos 380 mil pesos de franquicias”, describió el representante de TPC, al tiempo que sostuvo que las especialidades más demandadas son traumatología, obstetricia, emergencias y cirugía general.

Mariona describió, además, diversas problemáticas que enfrentan las compañías aseguradoras en relación a las instituciones y profesionales con los que trabajan. “Tenemos problemas porque el Cuerpo Médico Forense ya no se ocupa de los casos de ustedes. Tenemos problemas porque el riesgo de juzgamiento de la responsabilidad civil profesional no sólo está contemplado por el Código Civil sino también por la Ley de Defensa de los Derechos del Consumidor. Y las compañías de seguro no estamos cubriendo los daños punitivos”, alertó. El representante de TPC agregó que también existen problemas en relación a las infecciones hospitalarias, a fallas de la organización, y al beneficio de litigar sin gastos.

MEJORANDO LAS RELACIONES

A continuación, disertó el doctor Horacio Canto, Gerente de Administración de Riesgos de SMG Seguros, que analizó algunos desafíos del área y puso énfasis sobre un aspecto importante: concientizar a los médicos acerca de invertir tiempo en la comunicación con el paciente y la familia.

Entre los desafíos, destacó que las asociaciones médicas deben comprender las ventajas de contratar una verdadera póliza de seguro en lugar de un Fondo Solidario. También subrayó la importancia de consensuar una suma asegurada razonable y no caer en el infraseguro. Y un tercer desafío tiene que ver en conseguir una completa información para cotizar.

En cuarto lugar, es importante “lograr que los profesionales de la salud y nuestros asegurados en general nos notifiquen precozmente potenciales siniestros para decidir si conviene tomar una conducta proactiva o sentarnos y esperar que llueva.” Y un quinto desafío está relacionado por la comprensión por parte de los asegurados sobre la importancia de establecer programas de gestión de riesgos y su cumplimiento.

“Es fundamental además lograr la jerarquización de aspectos que no son estrictamente asistenciales de la profesión: una adecuada documentación médica, una adecuada información al paciente, una adecuada relación médico-paciente-familia y una adecuada relación médico-médico”, agregó Canto.

“La documentación médica es un registro que comunica a los profesionales la información acerca de un paciente que se está atendiendo. Ayuda a auditar y mejorar las actividades de revisión y actúa como testigo número uno en un juicio. Los médicos tenemos que entender que en esta profesión de riesgo la documentación médica es lo que nos va a salvar o a condenar”, detalló.

Con respecto a la información al paciente, Canto destacó que la reforma constitucional de 1994 incluyó los llamados derechos personalísimos, vinculados a la vida, la salud y la información: “El consentimiento informado del paciente deja en claro que se le explicaron las distintas alternativas, los pros y los contras, para que decida sin dudas aceptar voluntariamente someterse a determinada práctica o tratamiento”, explicó.

En tercer lugar, Canto sostuvo que “si mantiene una muy buena relación con el paciente y su familia, si demuestra compromiso con lo sucedido y no se adopta una posición de soberbia, se reducen mucho las posibilidades de un reclamo.” Por último, vinculado a la relación interna del cuerpo médico, “es muy importante que nunca convirtamos una historia clínica en un campo de batalla”, concluyó.

UN EFECTO SOCIAL

El doctor Alfredo Rossi, Asesor Letrado de Seguros Médicos, fue el



quinto expositor de la mesa y presentó el tema de las causas de la litigiosidad de la praxis médica entendido como un problema que afecta a toda la sociedad. "Este fenómeno no es sólo un círculo vicioso donde se enfrentan pacientes presuntamente dañados y médicos que ejercen una medicina defensiva, sino que se ha convertido en una espiral degradante del tejido social", aseguró.

Como en todo litigio, hay dos visiones antagónicas, según insinuó Rossi: "No estamos hablando de cuestionar esta lucha por el derecho que implicaba 'defender el derecho que uno cree lesionado', sino que cuestionamos esa extraña simbiosis que ocurre en una persona que sufre un daño que no necesariamente está vinculado con el accionar médico, con un mal asesoramiento de letrados y un mal asesoramiento de peritos médicos que lo lleva a una aventura judicial."

La actividad litigiosa muchas veces vinculada a la Ley de Accidentes de Trabajo en épocas de crisis -a través de la cual los despidos eran transformados por los estudios jurídicos en reclamos por accidentes de trabajo-, se ha trasladado a la praxis médica. "Entre las causas está el empleo de nuevos fármacos, el aumento del nivel de vida, un refinamiento en las prácticas médicas y los controles sanitarios, la masificación de la medicina, el problema de los profesionales agotados en su capacidad de atención; el insuficiente número de personal de atención; los profesionales mal pagos; las deficientes condiciones de trabajo", expresó Rossi.

"Ahora se cuestiona todo acto médico, no sólo aquellos que pueden tener un nexo de causalidad o una verosimilitud en el derecho del que reclama, sino que se incorporan otros aspectos como la especulación económica -sostuvo-. Otro

problema es la falta de armonización entre el beneficio de litigar sin gastos y los montos de los reclamos y gastos del proceso. También hay una falta de análisis de la existencia del defecto legal en la construcción de la demanda, que consiste en saber con exactitud qué es el objeto demandado y qué relación tiene con nuestra responsabilidad."

Para avanzar en la búsqueda de una solución a este fenómeno, Rossi propuso la capacitación constante de los profesionales, investigación permanente, buscar la prevención a partir de modificaciones en el sistema, promover el consentimiento informado y las coberturas de seguros y avanzar en la construcción de lazos de unión entre los profesionales.

A modo de conclusión, el doctor Floreal López Delgado cerró las presentaciones de la mesa y destacó el buen funcionamiento de las compañías de seguro, que "pagan cuando hay que pagar." □

La solución en Internación Domiciliaria

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








MEDICAL SYSTEM

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

www.cofigopublicidad.com.ar





Sr. Juan Funes, Lic. Tomás Kelly, Lic. Julio Diez, Lic. Aldo Perfetti, Lic. Horacio Raiman y el Sr. Ariel Ulla.

Preguntas y respuestas para el futuro

Como todos los años, las empresas de medicina privada sumaron su mirada sobre el escenario que viene mientras se avanza en el diseño definitivo de la estructura regulatoria, el sector se enfrenta a un momento de redefiniciones. Una discusión necesaria que lejos está de concluir.

La penúltima mesa de la 8^{va} Conferencia Quo Vadis Salud, "Regulación, ¿y después?" estuvo dedicada al sector de la medicina prepaga que, en lugar de presentar una exposición clásica, optó por sumergirse en una ronda de preguntas y respuestas para debatir las consecuencias que la reciente regulación tendría sobre una actividad que cuenta con más de 250 empresas en todo el país y que atiende a 4.700.000 usuarios.

El panel estuvo conformado por el licenciado Horacio Raiman, Director Ejecutivo de MEDIFE; Ariel Ulla, Gerente Comercial de MAPFRE SALUD; el licenciado Julio Diez, Director Comercial de Swiss Medical Group; el licenciado Tomás Kelly, Director Comercial de MEDICUS; y Juan Funes, Gerente Comercial de Galeno. El encargado de formular las preguntas y coordinar la mesa fue el licenciado Aldo Perfetti, Gerente Comercial de Sistema Federal

de Emergencias Médicas (SIFEME). "El nombre de la mesa me hace acordar al tango "Sur", tal vez porque venimos bailando este tema desde hace mucho tiempo", introdujo Perfetti, en referencia a la Ley que estaría a punto de reglamentarse.

¿Qué pueden expresar ante el marco regulatorio en general y en estos momentos en particular?

Horacio Raiman (MEDIFE): Un marco regulatorio serio, lógico y responsable nos tiene que otorgar las certezas que la actividad requiere, pero en este momento estamos en un plano de incertidumbre muy importante. Confiamos en que los que están reglamentando esta nueva ley lo hacen a sabiendas que tienen algunas cuestiones a corregir. Lo que bajo ningún concepto podemos admitir es que se nos planteen la hipótesis de que nosotros no queremos la regulación, queremos un marco regulatorio, pero que nos permita seguir creciendo tal como lo hemos hecho hasta ahora.



Tomás Kelly (MEDICUS): La ley tiene 25 o 27 artículos, de los cuales 22 están muy bien. En dos o tres de ellos hay que hacer algún retoque en la reglamentación. Y hay un artículo que quiebra el paradigma y el equilibrio que hoy tiene el mercado y que genera incertidumbre.

¿Es lógico que esta ley excluya mutuales y asociaciones civiles, considerando que pueden brindar el mismo servicio que una empresa de medicina prepaga?

Juan Funes (Galeno): La modificación aprobada en Senadores de excluir a las mutuales, asociaciones civiles y cooperativas genera una desventaja competitiva con las empresas de medicina prepaga y las obras sociales de dirección. El espíritu de la ley es proteger a los consumidores. Por un lado tendremos consumidores protegidos, los que elijan planes de salud de prepaga u obras sociales de dirección. Y por otro lado tendremos consumi-

dores desprotegidos, aquellos que elijan planes de mutuales y asociaciones civiles sin fines de lucro. Pero no creo que esta exclusión dure mucho. Es importante destacar que la ley tiene artículos muy buenos y que el conflicto está en el artículo 10, que habla de las carencias de los tiempos de espera. Es el punto donde se genera la mayor desventaja competitiva porque las empresas de medicina prepaga no tendrían tiempo de espera, y el resto sí. Ese es el punto a rever.

¿Cuál sería el impacto del artículo 10 de esta Ley?

Tomás Kelly (MEDICUS): Este es un negocio que está equilibrado del siguiente modo: muy pocos consumen mucho y muchos consumen poco. Y depende de que constantemente ingrese gente joven: la expectativa de vida es cada vez mayor y eso cuesta plata. El uno por ciento de la población de una empresa de medicina prepaga se lleva el 30 por

ciento de los recursos todos los meses. El artículo diez obliga a abrir la tranquera y dejar que la gente entre: en muy poco tiempo juntaríamos otro uno por ciento de gente que necesita del servicio, con lo cual automáticamente el sistema iría a un quebranto importante. Además, esta ley provocaría que el joven de veintipico diga: "¿Para qué voy a pagar, aunque sean 200 pesos por mes, si el día que me enferme voy a poder entrar?" Se generaría un no ingreso de este sector.

Juan Funes (Galeno): Si bien el ente regulador, el Ministerio de Salud y la Secretaría de Comercio pueden fijar aranceles preferenciales para aquellos casos con patologías que ya vienen con carencias y preexistencias, no entendemos cómo va a ser el criterio de aplicación para ese valor de cuota. Hay patologías muy costosas. ¿Qué tipo de cuota le vamos a poner? En definitiva, si queremos darle solución a aquellos



Calidad en el servicio es calidad de vida.

Una nueva opción en equipamiento médico hospitalario

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

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

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





VENTA Y ALQUILER DE EQUIPAMIENTO





casos que tienen problemas de salud, creo que es una buena oportunidad para rever todo el sistema y poder integrar a las empresas de medicina prepaga, las obras sociales de dirección, las obras sociales sindicales, las cooperativas y mutuales. Pero poner la responsabilidad absoluta a las empresas de medicina prepaga, que atienden al diez por ciento de la población en la Argentina, es difícil de sostener.

El artículo 23 habla del alcance de planes superadores y adherentes y la no distribución de fondos. ¿Qué opinión les merece?

Ariel Ulla (MAPFRE): Hasta no tener la reglamentación en la mano y poder trabajar con más claridad, permaneceremos en un cierto nivel de incertidumbre. No tenemos certeza de qué es lo que va a ser considerado un plan superador, por ejemplo. El artículo 23 dice que no habrá distribución hacia las empresas de medicina prepaga del Fondo de Distribución, pero por el momento no podemos más que trabajar con ciertas hipótesis: podría ser que se conforme un fondo común entre todas las empresas de medicina prepaga. Una vez definida la reglamentación de esta ley podremos hablar con más certezas. La ley es bienvenida, pero necesitamos que la mirada hacia las empresas tenga equidad y reglas claras.

¿Por qué el sector no pudo arribar a una solución consensuada?

Julio Diez (Swiss Medical Group): El gran problema del sector es la imagen pública que tenemos hacia el mercado y la opinión pública. Un error es que siempre pensamos que la regulación nunca iba a llegar, vimos pasar miles de proyectos por Diputados y Senadores. Y otro error fue pensar que nosotros damos un servicio muy bueno y que por lo tanto no nos iban

a regular. Pero de pronto apareció la regulación y nos encontramos bailando una música que nunca pensamos que iba a aparecer. Ahí hubo una gran parálisis de un sector que nunca pensó que pudiera avanzar una regulación con artículos tan pesados como el artículo 10. Creo que el mayor error de la industria estuvo vinculado con la planificación y la previsibilidad. Y por otro lado, tenemos un problema de comunicación. Desde hace años no hemos sabido comunicar lo que hacemos y la salud que damos: la imagen pública de la medicina privada es muy negativa y eso se vislumbró en que no hubo apoyo de ningún lado hacia estas empresas.



La cantidad de asistentes colmó las instalaciones del salón auditorio.

Tomás Kelly (Medicus): Creo que también hubo una falta de coordinación entre el sector. Hubo un intento de trabajar junto con las Cámaras pero no hubo un único mensaje ni una única cabeza que saliera a hablar por todos, sino que se nos vino encima la ley y nos faltó coordinación. Un mensaje unificado hubiese llegado de manera diferente a la gente.

Julio Diez (Swiss Medical Group): Este es un trabajo que debió haberse dado mucho tiempo atrás, planificando la comunicación, acompañando la actuación con el Congreso. Ahora estamos con la manguera en la mano, viendo cómo hacemos para apagar el

incendio. Nosotros tampoco tenemos conciencia de hasta dónde llegará esto. Ahora cada compañía verá, por ejemplo, cómo toca a la puerta una persona de 89 años con una patología grave pidiendo permiso. Ahora nosotros decimos: "No, mirá la reglamentación de la ley dice que..." Pero cuando se reglamente la ley se nos va a acabar el discurso. Tenemos la incertidumbre acerca de cómo vamos a dar el segundo paso, con la reglamentación adentro.

Juan Funes (Galeno): Este sistema se construyó en muchos años con cosas muy bien hechas, otras bien hechas, otras cosas regulares y algunas malas. La realidad es que los sanatorios están, la gente tiene su cobertura médica y el paciente elige un servicio diferente. El Estado tiene la responsabilidad de brindar salud primaria a los ciudadanos y luego estamos nosotros como una alternativa. El que compra medicina prepaga accede a otro sistema. La gente que está acostumbrada al sistema de medicina prepaga no se va a dar de baja,

aun sabiendo que al otro día puede entrar. Está acostumbrada a pedir un turno con su médico o ir a la guardia y que lo atiendan. Ahora que la ley abre el abanico y que el consumidor que está dentro del sistema puede pedir más cosas, es importante que todos los actores, prestadores, médicos y usuarios cuidemos al sistema. Costó mucho construirlo y tiene mucho más para dar.

Ariel Ulla (MAPFRE): Estamos hablando de sistemas, mercados y sectores, pero detrás de estas palabras hay personas. Hay 4.700.000 personas que son usuarios, 260 empresas apostando y 20.000 familias de los empleados de las empre-



sas. La visión de cuidar todo esto es clave en el escenario que se viene.

¿Qué escenarios vislumbran para el sector a partir de la nueva ley?

Ariel Ulla (MAPFRE): Nuevamente, sin la reglamentación estamos entrando en el terreno de las hipótesis. Igualmente se van vislumbrando algunas cuestiones. Muchas empresas del interior de menor volumen pueden sufrir la aplicación de esta ley si la reglamentación de estos artículos no es clara. Una hipótesis probable indica que habrá una mayor concentración del mercado porque muchas empresas no podrán hacer frente a las consecuencias de la nueva reglamentación. Y estaremos frente a un escenario en el que la estructura y el cuidado de los costos pasarán a tener una importancia vital, pues no nos olvidemos de que todos los aumentos también estarán regulados, con una implicancia directa en los ingresos de estas empresas. Está claro que el escenario presu-

pone una serie de riesgos importantes para la actividad.

¿Cuál es la solución a largo plazo para corregir las falencias de la ley?

Julio Diez (Swiss Medical Group): Va a tener que ser con otra ley. La ley actual no se va a mover mucho de dónde está. Hay esquemas que estamos tratando de trabajar, como las patologías y los valores que pueda llegar a ponerles la Superintendencia. Y creo que también se está trabajando en acotar la población sujeta a este artículo diez y para limitar a aquel que tenga algún tipo de sistema y que no pueda salir a buscar prestaciones indiscriminadamente de un lugar a otro. La solución debería pasar por otra ley que termine complementando a la actual con algún seguro que cruce todo el sistema y que quite las patologías catastróficas del medio, como funciona en Chile o Uruguay.

Los artículos 11 y 12 se refieren a las carencias y admisio-

nes adversas, y los artículos 17 y 18, a cuotas de planes y aranceles. Ambos presentan un desafío para las prepagas. ¿Qué están haciendo al respecto?

Ariel Ulla (MAPFRE): Tengo que repetirme, pero no es mucho lo que pudimos hacer más que trabajar con hipótesis. Está claro que, desde el punto de vista del seguro -una pata fundamental de la compañía que represento- se vulneran cuestiones básicas y eso nos preocupa.

La Superintendencia de Servicios de Salud está a cargo de la regulación del sector. ¿Eso es positivo o negativo?

Julio Diez (Swiss Medical Group): Está bien, la Superintendencia conoce el tema. Vamos a tener interrelación con el sector, vamos a poder discutir las prestaciones que incorpora el PMO, las leyes que entran por el Congreso, la ley de la provincia de Buenos Aires sobre fertilización asistida... Tendremos alguien que nos escuche y atienda. □

SOCDUS

Odontología para Sistemas de Salud

- Respuesta integral en Odontología para Empresas de Salud.
- Seguridad, Idoneidad y Eficiencia en todos los aspectos de la actividad odontológica.
- Consultorios Propios integrados en una Red de Cobertura a nivel nacional.

> SOCDUS / G
Av. Belgrano 1683, 3º piso
Capital Federal, C.P. (1093)
(011) 4371-1096 (líneas rotativas)
info@socdus.com.ar www.socdus.com.ar

Consultorios Propios
Tel.: 4382-5765 (líneas rotativas)



Con la esperanza en el futuro

Bajo el nombre “La salud en el 2025”, el doctor Federico Tobar clausuró la jornada con un reclamo de mayor organización para el sector y la presentación de un plan estratégico para diseñar un nuevo modelo argentino de salud.

El cierre de la Conferencia General de Salud contó con un invitado de lujo: Federico Tobar, doctor en Ciencia Política, Master en Economía, especialista en Economía de la Salud, licenciado en Sociología y consultor internacional en Política de Salud. Con la mirada puesta en el año 2025, Tobar sumó la ayuda del doctor Esteban Lifschitz para diseñar un plan estratégico que permita construir un nuevo modelo argentino de salud.

En la anterior edición de Quo Vadis, Tobar había presentado los resultados de una investigación bajo la forma de diez propuestas concretas para mejorar el sistema sanitario de nuestro país. En esta ocasión, el doctor convirtió esas diez propuestas en un plan programático que apunta a lograr mejores resultados de salud integrando a la población en un sistema “que logre

la integración social de los ciudadanos”, según sus palabras.

“El sistema de salud en la Argentina no es necesariamente malo. –aseguró Tobar–. Pero, si fuera un paciente, no puede todavía ser dado de alta”. Según su diagnóstico, el sistema actual se encuentra absolutamente fragmentado: “Los ciudadanos cuentan con múltiples formas de cobertura, lo cual genera una superposición de esfuerzos, un conjunto de recursos asignados que no obtienen los mejores resultados. Nos parece entonces que a este paciente hay que prescribirle organización.”

De acuerdo con su interpretación, las propuestas y las reformas antes implementadas pusieron énfasis en el modelo de financiación. “Para cambiar la forma de producir salud en la Argentina tenemos que poner al modelo de atención como prioridad”, sostuvo Tobar y agregó:

“No tenemos que esperar que el paciente llegue a demandar servicios, sino que el sistema debe anticiparse a la enfermedad e incorporar al paciente a un esquema de cuidados.”

UN PLAN A LARGO PLAZO

Tobar reparó en la gran ventaja que significa la disponibilidad actual de tecnologías de información para organizar el sistema. “Si los centros de lotería están todos en red, ¿por qué no pueden estarlo los centros de atención primaria? –se preguntó–. Si podemos garantizar computadoras para todos los estudiantes primarios y secundarios, ¿cómo no podemos garantizar lo mismo para los servicios de salud?”

Una de las prioridades es promover “un shock de inversión y un shock de organización en los servicios públicos de salud.” Según Tobar: “El sector público tiene buenos recursos humanos, pero están mal pagos y descoordinados. Necesitamos una fuerte inversión para mejorar la capacidad instalada, mejorar la infraestructura, remunerar los servicios a los profesionales y generar una gestión adecuada. Es un esfuerzo que vale la pena, así como vale la pena endeudarse para que tengamos servicios de salud como tienen los países desarrollados.”

El proyecto del doctor Tobar contempla cuatro grandes estrategias de intervención.

1) Construir protecciones por líneas de cuidados: Lograr “que todos los argentinos frente a la misma necesidad o enfermedad tengan exactamente la misma respuesta en calidad, oportunidad y accesibilidad”.

2) Transformación del sector público: Los municipios estarían a cargo de las acciones de promoción y las provincias serían responsables de integrar el sistema y garantizar que todos los ciudadanos tengan cobertura.

3) Creación de un seguro para enfermedades catastróficas: Se deberán seleccionar aquellas patologías de menor prevalencia y mayor costo y crear un único seguro nacional que acredite prestadores y que compre los medicamentos de forma centralizada.



Dr. Federico Tobar y Jorge Sabatini durante la Conferencia de cierre.



4) Competencia estructural de aseguradores: "Pensamos en un sistema que brinde cobertura a través de seguros provinciales", sostuvo el doctor.

ESTRATEGIAS DEL MODELO

El programa implica establecer "puentes por protecciones", resolviendo problemas desde el primer nivel de atención (enfermedades pediátricas, cuidados obstétricos esenciales). Esto requiere pasar de un PMO concebido como una canasta de prestaciones a establecer un programa de cuidados centrado en el ciclo de vida. "Hay que asumir la salud como un derecho pero también como una obligación -alentó Tobar-. Si la salud deja de ser una mercancía y pasa a ser un bien social no es solamente responsabilidad de las instituciones, sino también de los ciudadanos". Es importante entonces separar las protecciones básicas de las catastróficas.

Otra estrategia está relacionada

con la atención programada. "No entiendo por qué no podemos avanzar a tener centrales de turnos telefónicos en las provincias o municipios", se quejó. "Tenemos que fortalecer la capacidad instalada. Necesitamos un funcionamiento en red."

En esa línea, la capacidad instalada y los profesionales deben asignarse en función de las necesidades sanitarias y no de los intereses del mercado. "Necesitamos un mapa sanitario que nos diga dónde están los pacientes, cuáles son las patologías prevalentes y en función de eso diremos: hacen falta tantos médicos con tal formación, tantos establecimientos, tantos equipamientos", describió el doctor.

EQUIDAD Y PROMOCION

Tobar planteó consolidar para el 2015 un gran Fondo Nacional de Salud y otros dos mecanismos de financiamiento. El primero, el Fondo de Equidad, serviría para mejorar la capacidad instalada del sector público. El restante es un

Fondo de Promoción para evitar "la puja distributiva entre la asistencia médica y la promoción."

"Hay que incrementar el gasto nacional en salud, que es ínfimo en la Argentina: el 8 por ciento del gasto total", expresó el doctor. El Fondo Nacional del Salud captaría así "recursos del Tesoro Nacional, lo que hoy las obras sociales nacionales aportan al Fondo Solidario de Redistribución y los recursos de las prepagas que quieran participar de este sistema." Para garantizar esta gestión sería necesaria, según Tobar, la creación de una nueva institución estatal.

"Necesitamos cambiar las reglas entre todos y eso sólo se construye con debate", sostuvo el doctor Tobar durante la ronda de preguntas que siguió a su exposición, que funcionó como una síntesis perfecta del espíritu de esta última edición de Quo Vadis Salud: "Pasamos mucho tiempo discutiendo lo urgente cuando es fundamental discutir lo importante. Estamos bailando en la cubierta del Titanic y tenemos que anticiparnos a la debacle." □

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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





MUERTE DIGNA

Proyectos Legislativos (2da. Parte)

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

Se encuentran circulando en las comisiones de la Cámara de Diputados cinco proyectos de ley de "muerte digna".

En el artículo anterior ("*Muerte Digna*" Revista Médicos N° 66 Setiembre de 2011) señalamos la necesidad de que la nueva ley sea elaborada con técnica legislativa adecuada, lo que implica:

Concordarla con la ley 26.529 artículos 6º, 7º 10º y sobre todo el 11º que prohíbe las "prácticas eutanasicas" y la muerte digna lo es, de tipo pasivo.

Concordarla con la semántica: dando a las palabras el mismo significado que el diccionario (si es el de la Real Academia Española, mejor) o su utilización usual.

Debe ser "operativa" estableciendo un procedimiento claro que permita saber cómo puede el paciente consciente decidir sobre el fin de su vida y quiénes y en qué condiciones pueden hacerlo respecto de la vida ajena en caso de incapacidad legal, de hecho o declarada judicialmente.

De no salvar estas falencias los profesionales y establecimientos seguirán prolongando artificialmente vidas sin calidad por temor al enjuiciamiento civil y penal.

LOS PROYECTOS EN LA CAMARA DE DIPUTADOS

Los denominamos por el apellido de sus firmantes.

PEREZ

Tiene la virtud de la parquedad, dice lo necesario, sólo sufre de algún leve defecto de redacción que seguramente será pulido antes de que sea tratado.

Nos parece "técnicamente correcto" ya que no sólo modifica los artículos 7 y 11 sino que establece el orden de prelación en que los parientes del agonizante decidirán.

La "prelación" es importante: podrían existir disidencias, por ejemplo entre el cónyuge los padres, los hijos y los sobrinos y el médico no sabría a quién hacerle caso, defecto que advertimos en la ley 4.264 de la Provincia de Río Negro.

Es el único que fue aprobado por la Comisión de Legislación General y la de Derechos Humanos, por lo que es el más avanzado y posiblemente será la base del que sea sancionado.

RIVAS, MACALUSE, SABBATELLA, HELLER, BASTEIRO, MERCHANT

En la misma y correcta línea, que el anterior modifica la ley 26.529, no solo en los artículos 7 y 11, también el la declaración de derechos, información clínica, consentimiento informado y orden de prelación.

No establece claramente si en estado de inconien-

cia o incapacidad mental los parientes deciden el cese del soporte, ya que más bien parece delegar la "firma a ruego" que "el consentimiento por representación".

La primera presupone la voluntad del paciente y no es lo mismo que sustituir la misma en los parientes cuando no puede prestarla.

MILMAN

Modifica los artículos: 2º estableciendo como "derecho" la suspensión del tratamiento, el 3º incluyendo esa posibilidad entre la "información sanitaria", el 5º obligando a incluirla en el consentimiento informado, el 6º facultando a los parientes a prestarlo en caso de incapacidad y el 10º, y, el 11 permitiendo dar como directiva anticipada la suspensión del sostén. Tiene como defecto la misma indefinición entre "firma" y "consentimiento por representación". Tampoco establece los grados de prelación entre parientes.

VEGA, ALBRIEU, COMI, BARRANDEGUY, MERCHANT, FORTUNA

No modifica expresamente la ley de derechos del paciente, sí lo hace de hecho al declarar lícitas algunas conductas.

Crea un nuevo "corpus" legal que se superpone con la anterior lo que trae problemas de concordancia.

Es declamativa de principios e indefinida en el momento de precisar las conductas exigibles para verificar la toma de decisiones.

Complejiza la toma de decisiones por representantes llegando a poner en cabeza del médico "*que lo hayan podido conocer o los registros existentes en la historia clínica*" o por la persona que actúe como representante legal, por el cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad, por los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad, sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal".

En la práctica este artículo impediría su aplicación en cualquier establecimiento público o privado.

¿Qué profesional se atrevería a desconectar el soporte si después deberá probar en juicio que conocía la voluntad del paciente o los parientes o persona vinculada por análoga relación de afectividad sabiendo que en caso de duda deberá requerir la autorización judicial?

¡Ciertamente ninguno que pida consejo legal...!

Crea un registro de voluntades anticipadas.

Esta forma de redacción legal, muy en la línea de la ley de derechos del paciente y de salud mental es de cuestionable técnica legislativa.



El legislador que tiene en claro los principios no necesita enunciarlos: los ejerce al declarar lícita o ilícita una conducta.

En el proyecto sobran declaraciones de principios y faltan conductas claramente definidas como "lícitas" o "ilícitas".

No permitiría la "solución" del Caso Camila.

BONASSO

Da al paciente el derecho a decidir anticipadamente la suspensión del sostén vital y quienes pueden firmar a su ruego.

No trae la necesaria concordancia con la 26.529 y no define la distinción entre "firma" que es la expresión de la voluntad por alguien en su propio interés y "representación" que es la expresión de voluntad en sustitución de la de otro, cuando el paciente se encuentra incapacitado para decidir.

No establece claramente la potestad de los parientes del incapaz (declarado o de hecho) de decidir, por lo que no daría sustento a la decisión de los padres de Camila (los promotores de la ley).

GALVALISI, - PINEDO, FEDERICO - TONELLI, VANOSI

De redacción más cuidada que el de Vega, Comi, Barrandegui cae en algunos de sus defectos: superpone "corpus legales" (leyes de alguna complejidad) sin concordarlas.

No modifica la 25.659 e inclusive mantiene la prohibición de la eutanasia, que parece redefinirla sólo en su aspecto activo.

No es bueno que las leyes creen su propia semántica en contradicción con el diccionario. Establece un régi-

men complejo de registro de voluntades e intervención judicial que dificultaría su aplicación.

Y sobre todo no define si los representantes legales (o que persona y en que prelación) pueden decidir por sí o en aparente representación del paciente terminal la suspensión del soporte.

No solucionaría la situación de Camila.

Si bien el diputado Vanossi, reconocido jurista, es firmante del proyecto no creemos que haya intervenido en su redacción.

BARRANDEGUY

Finalmente el diputado Barrandeguy (cofirmante del proyecto Vega, Albrieu, Comi ...) agrega una modificación del Código Penal añadiendo un artículo 79 bis, desincriminando el retiro del soporte artificial para médicos y parientes, lo que no está mal, pero al no modificar la ley 26.529 deja subsistente la prohibición al menos civil de esa práctica.

SINTESIS

Como ciudadano encuentro encomiable que diputados de bancadas oficialistas y opositoras, que usualmente no coinciden en nada o casi nada, concuerden en firmar proyectos conjuntos de interés general.

Esperemos que esas coincidencias se extiendan hasta la aprobación de una ley que realmente solucione el problema de los enfermos terminales o irrecuperables dependientes de sostén vital, redactada con la técnica adecuada y que resulte operativa dentro del sistema de salud. □

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

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 dónde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

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

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)





FACTORIAL:

El tercer paso

La variable “gente”

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

En un mundo envuelto en inequidades, donde los sistemas antes que producir “bienestar” generan excluidos, la salud pública se ha convertido en la víctima propiciatoria de modelos económicos perversos y de conductas políticas que colaboran a que éstos impongan cortes, recortes y limitaciones que no hacen otra cosa que dañar aún más al conjunto social.

Por estas horas se aprecian dos expresiones terminales de la “salud pública”:

1. Estados Unidos de Norteamérica: la reforma Obama no logra hacer pié, por ende la expansión de eventuales beneficios a personas o poblaciones otrora separadas del conjunto social, está contenida por un sistema que siempre se sustentó con la producción de “excluidos” (siempre creciente). Las inequidades se sostienen sin solución de continuidad y los seguros siguen sin dar respuesta adecuada a las necesidades de salud de una población que acumula demandas contenidas por diversas razones (epidemiológicas en primer término, ausencia de oportunidad en la atención y más).
2. Europa: lo que estaba bien o parecía estarlo ha ingresado en un cono de sombra que se está comiendo al sistema en sí mismo. La población médica está técnicamente cercada y presionada para cumplir con bajadas de línea política que atienden a recetas económicas que arrasan, destruyen, pero no construyen ni tampoco agregan valor. Cuestionan aquello que se identifica como fuente de “daño” contable y financiero, lo circunscriben para luego eclipsarlo y más tarde liquidarlo... dando lugar a que la historia se repita de manera interminable, asegurando que las recetas sobrevivan y los modelos que funcionaban sucumban. La sociedad que se contenía por un sistema público que se retroalimentaba dentro de ciertas pautas de equidad, se ha visto invadida y luego desbordada (en ese orden) por idéntico mecanismo. Tanto es así que se imponen listas de medicamentos, listas de espera, y otros obstáculos que prometen acrecentar la gravedad de los cuadros clínicos tanto como incrementar la incidencia esperable de los gastos consecuentes al criterio de “enfermedades diferidas”.

Junto con lo dicho, la decisión asociada entre políticas y economías ha resuelto avanzar sobre los polos de investigación científica en el ámbito de la medicina (biología molecular, genética, genómica, etc.) y “cocinar” sus recursos a los que estima como “impropios” en tiempo y en espacio, lo cual cercena uno de los ángulos (¿piedras?) fundamentales de la medicina como ciencia y de la salud pública como inteligencia social. Ello deriva en la pérdida de puestos de trabajo, de programas de investigación, y consecuentemente en la literal evaporación del pensamiento científico (hoy más necesario que nunca) que al no hallar tierras propicias para expresarse se consume en frustraciones irreversibles.

Acompañando la inconducta estratégica, también se actúa sobre los ámbitos académicos amurallando sus estructuras y sus alcances, de modo de limitar el acceso a los claustros tanto como el consiguiente acceso al conocimiento. La consecuencia inmediata se expresa como evidencia, socialmente se confunden información con formación, información con conocimiento, conocimiento con interpretación científica, y la mezcla produce frustraciones en los extremos de los ámbitos involucrados... por un lado los aspirantes padecen la incertidumbre creciente de un futuro carcomido... por otro lado, los pacientes ven que la formación profesional camina en retroceso, lo cual genera dudas de diversa índole.

Indudablemente, la salud pública sufre hoy dos enfermedades de la globalización:

- La clase política gobernante ha establecido el criterio del “estado ausente”, un estado que está pero no escucha, no ve, tampoco atiende, mucho menos entiende o interpreta la realidad que se ha inducido a través de políticas públicas eminentemente deficientes, que insultan la consciencia pública tanto como desmerecen los derechos ciudadanos. Léase, la clase política ha perdido capacidad de lectura de la realidad y sus circunstancias sociales. La consecuencia directa es que las gentes están libradas a su suerte... aun cuando los discursos reciten todo lo contrario.
- El modelo económico, perverso si los hay, ha diseñado una ecuación donde los médicos (el equipo de salud en su totalidad), los pacientes, los beneficiarios (como conjunto mayor), las estructuras (y todo



lo que ellas contienen) son meras variables de ajuste que producen pérdidas, por lo que deben ser exterminadas secuencialmente en escalas de destrucción masiva por sectores... Léase (una vez más), para que los números cierren adecuadamente en los libros contables, hay que cerrar los servicios aparentemente improductivos, hay que eliminar las tecnologías, hay que restar calidad en los medicamentos escudándose en falsos conceptos de bioequivalencia (donde bioequivalencia química poco o nada tiene que ver con bioequivalencia clínica), y nuevos etcéteras que usted podrá enriquecer a su entera discreción.

Pero detrás de ello, se ocultan deudas internas monumentales donde los estados desconocen a los proveedores, y al hacerlo comprometen seriamente al resto de las variables de nuestra ecuación, esencialmente al cuerpo médico y al universo de pacientes. Traducido, el estado fabrica deuda, excluidos y frustrados, y como a pesar de ello los números siguen sin cerrar, las variables se verán cada vez más ahogadas en sus respectivas circunstancias.

La evidencia indica que este modelo, más allá de servirle o no al poder político, más allá de servirle o no al poder económico y sus injustificables recetas, no le sirve a la gente, a la sociedad y sus necesidades genuinas.

Esa misma evidencia establece que contener demandas sólo contribuye a quebrar los sistemas... ¿entonces?

La salud pública debe ser tal en toda su dimensión, ofreciendo cobertura universal a todas y cada una de las necesidades que una sociedad expresa, ya que cada una de ellas (necesidades) tiene una razón de ser que no amerita discusión alguna y que debe ser resuelta en tiempo y forma, esto es no dilatando ni tampoco diluyendo el "sentido de prioridad". Para ello, los estados hoy ausentes deben regresar a una presencia donde la salud pública sea ángulo y piedra fundamental de cualquier sociedad... ello conlleva presupuestos que deben ajustarse siempre de manera positiva (hacia arriba), para lo cual los recursos disponibles están (deben estarlo) fuera de cualquier cuestionamiento de oportunismos, clientelismos, amiguismos, o conveniencias sectoriales.

Más allá, los estados deben resolver las deudas ya que acumularlas sólo sirve a la justificación de extrañas pérdidas y de desfinanciamientos que suenan a dibujo, no más que eso. No se puede insultar la conciencia pública... no es prudente. □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2011-10-29. Copyright by Cerasale, 2011. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos*, Medicina Global. <http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com>
CIENCIAS MEDICAS NEWS®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://saludequitativa.blogspot.com>
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®

SECCION **SALUD**

CONDUCTOR

CARLOS ABAD

LUNES 18: 30 HS.
EN VIVO



CANAL 13
CABLEVISIÓN : MULTICANAL



artear



MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500

www.seccionsalud.tv



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**

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.





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