



Columna:
**Las empresas
se ponen las zapatillas**
Por Patricio Pasman



Salud Corporativa:
**Cambios en la cobertura
médica en los EEUU**
Por el Dr. Héctor Barrios

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XIII. Nº 68. Marzo 2012



Regulación prepagas

ENTRE DUDAS Y CERTEZAS



PONETE LA CAMISETA

GALENO 18.25 Tu primer plan médico.



GALENO

Con Universal Assistance tus afiliados disfrutan su viaje sin preocupaciones.



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



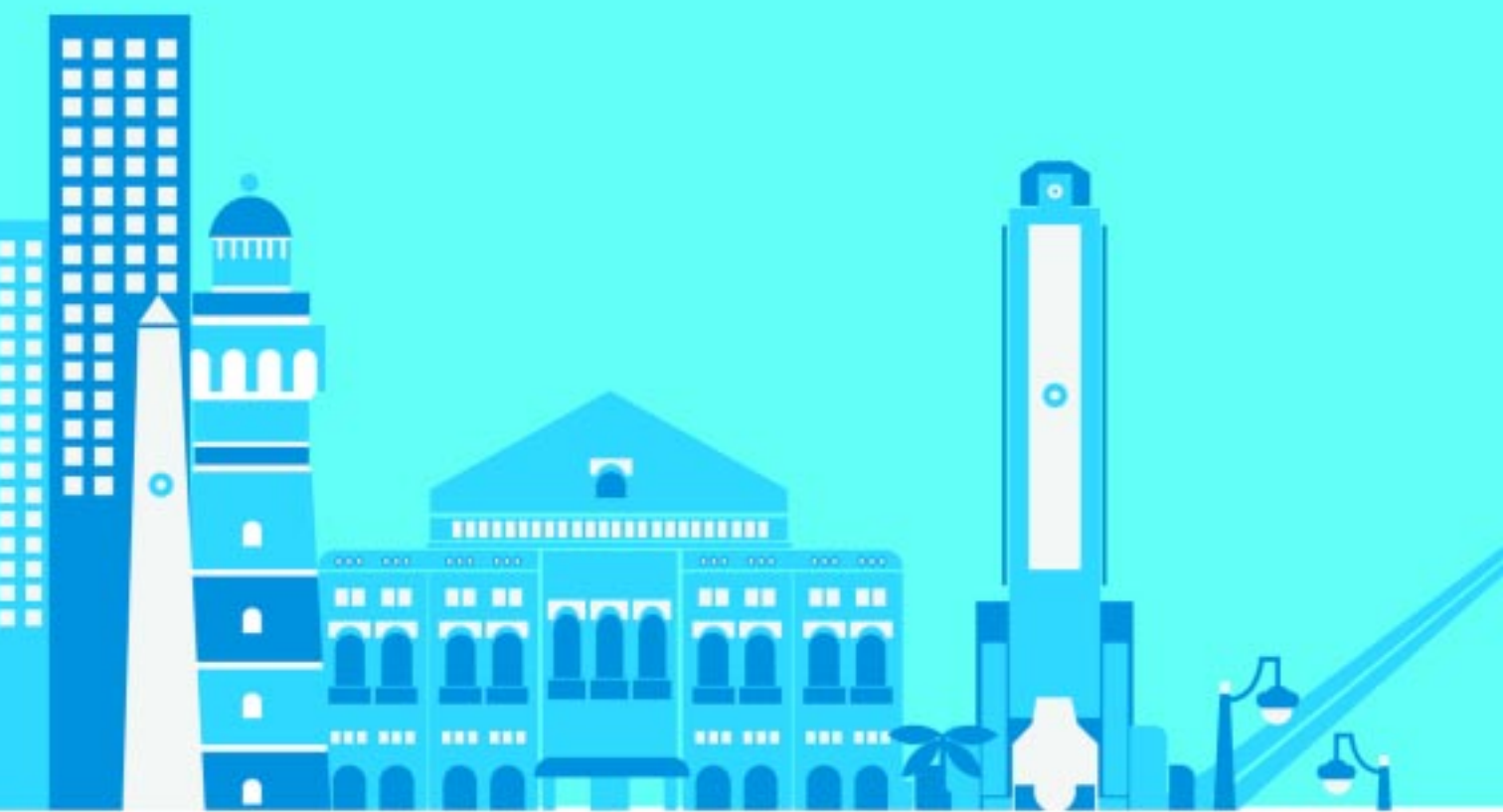
Capacitamos a nuestros prestadores
con la coordinación científica
de la Asociación Médica Argentina.



andar

29 DELEGACIONES

Más allá de la distancia,
Su salud nuestro compromiso.



Obra Social de Viajantes Vendedores
de la República Argentina

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



**USTED
Y NOSOTROS.
UNA SOCIEDAD
SALUDABLE
PARA ELLOS.**



> Usted

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

> Nosotros

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

> Ellos

sus clientes, disfrutan de la tranquilidad de viajar protegidos por una SOCIEDAD SALUDABLE.

LLAME HOY AL
0800 122 2774
y contacte a su ejecutivo ASSIST-CARD

**DIVISIÓN
SA+UD**
ASSIST-CARD

ASSIST-CARD
THE TRAVEL CARE COMPANY

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

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

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123

www.construirsalud.com.ar

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

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

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

18 Novedades ¡Albricias!

SMG Seguros: Jornada
de Praxis Médica

20 Salud Corporativa

Cambios en la
cobertura
médica
corporativa
en los EE UU

- Los efectos de la
reforma Obama -



22 Columna

Un sistema para
mirarnos en el
espejo



24 Columna

Las empresas
se ponen las
zapatillas



26 Medicina prepaga

Entre dudas y certezas



32 Columna

La brecha
público/
privada



34 Informe Especial

Diez
mandamientos
para el sistema
de salud



38 Obras Sociales

Actualidad en salud mental



40 Voces

Política sanitaria:
navegando a la
deriva



42 Columna

Reglamentación
de la ley de
medicina prepaga
(1ra Parte)
"Dura Lex Sed Lex"



44 Opinión

FACTORIAL:
El cuarto paso:
Lecciones desde
el primer mundo



46 Columna

Prevención del
riesgo médico
(2da parte)



50 Opinión

Seguridad y
adelanto en
salud mental



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.



Está naciendo una nueva Clínica Bazterrica.

Nueva Guardia de Emergencias y Urgencias.



Atención más rápida y eficiente.

Billinghurst y Juncal • 4821-1600



ASSIST-CARD EXPANDE SU SERVICIO SUMANDO NUEVOS VINCULOS COMERCIALES EN TODA LA REGION

ASSIST –CARD ARGENTINA - DIVISION SALUD



La RAS - Red Argentina de Salud - firmó un acuerdo para que el consorcio que reúne a las entidades de Medicina Prepaga de todo el país, pertenecientes a las Federaciones y Gremios Médicos, puedan sumar a sus planes de salud, los servicios de asistencia integral al viajero para todos sus clientes.



En la primera etapa se incorporaron instituciones como SIMECO – Sistema Médico Consejo Profesionales - y UNIMEDICA de la Pcia. de Entre Ríos, los servicios de asistencia al viajero en el ámbito nacional e internacional.



Austral OMI acordó también con ASSIST-CARD Argentina, la prestación de sus servicios para sus planes de salud. Clínica del Buen Pastor acordó la inclusión en sus planes de salud los servicios Nacional y Regional con ASSIST-CARD.

ASSIST-CARD Argentina y su División Salud, le da la bienvenida a estas instituciones, deseando fortalecer en el tiempo su vínculo, con el desarrollo de futuros beneficios para todos nuestros clientes. De esta forma asumimos el compromiso de convivir en una sociedad saludable.

ASSIST-CARD INTERNACIONAL

La Gerencia Regional División Salud, informó que a partir del corriente año, en su campaña 2012, se realizarán auspicios en importantes eventos, ligados a la salud, la investigación y la docencia.

En el mes de enero la División Salud de ASSIST-CARD Uruguay, tiene el agrado de comunicar la incorporación del SANATORIO MAUTONE a su distinguida cartera de clientes del sector salud, dicha medicina privada tendrá los servicios de asistencia al viajero en todo el mundo.



ASSIST-CARD ARGENTINA – DIVISION SALUD – NUEVOS NOMBRAMIENTOS

Nos complace en anunciar que, a partir del mes de enero de 2012, ha sido designado Jefe División Salud Argentina, al Señor Sebastián Bras Harriott. Sebastián, ingresó en la compañía en el año 2008 y ocupó posiciones en el área de Asistencias para AC Internacional, y el cargo de Analista Comercial para la Dirección Comercial para Latinoamérica. Descartamos el éxito en su gestión.

NOTICIAS ADMIFARM GROUP

El pasado 12 de febrero se hizo presente en la Argentina el evento más importante de Padel a nivel mundial, y ahí estuvo Admifarm Group, apoyando y promoviendo el deporte y la salud como pilares esenciales para una mejor calidad de vida.

El evento, se realizó frente al obelisco, contó con una excelente participación de público que disfrutó de una tarde a pleno sol y deporte.

Nos alegra haber formado parte de este acontecimiento y felicitamos a todos los jugadores y a quienes hicieron posible dicho torneo. ■



EL HOSPITAL BRITANICO DONO TECNOLOGIA MEDICA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN AL HOSPITAL GARRAHAN

El Hospital Británico de Buenos Aires, una asociación civil sin fines de lucro fundada en 1844 que brinda servicios médicos de alta complejidad a toda la comunidad, donó piezas claves de un resonador marca Toshiba al Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" de la ciudad de Buenos Aires.

El traslado de las piezas implicó un complejo operativo en el que se necesitó una grúa de gran porte para extraer el aparato por el techo del Hospital, cuyo peso supera las 8 toneladas. Durante el operativo, hubo que cortar la Avenida Caseros a la altura de Perdriel por más de dos horas con la autorización del Gobierno de la Ciudad.



La iniciativa surgió en diciembre pasado cuando el Departamento de Tecnología Médica del Garrahan se contactó con el Hospital Británico con la intención de adquirir el resonador para utilizar parte del mismo en su establecimiento, que cuenta con un resonador de similares características. En función de la relación histórica que vincula a ambas instituciones, el Hospital Británico decidió cederlas en forma gratuita.

Las piezas serán utilizadas por el Hospital Garrahan, un centro pediátrico de alta complejidad que atiende niños procedentes de todo el país, que las utilizará para mejorar el rendimiento del equipo similar que ya posee. ■



La mejor asistencia al viajero, ahora con más beneficios.

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

**NUESTRO
COMPROMISO
ES ESTAR CADA VEZ
MÁS CERCA**

ospe

Delegación Pilar

ospe



0-800-444-OSPe (6773)

www.ospesalud.com.ar

**Casa central: Av. L. N. Alem 690 1er piso, (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Superintendencia de Servicios de Salud
0800 – 222 – SALUD (72583)

NUEVA SEDE

ACAMI informa sobre el cambio de su sede social.

Nueva dirección: AZCUENAGA
1860 – 2° PISO – CABA.
(CP1128AAF)

TEL/FAX. 4804 – 4377 /
4804 – 7367

Email: info@acami.org.ar



SE INAUGURO LA NUEVA OFICINA DE LA DELEGACION DE IOMA DEL SANATORIO GÜEMES

Con la presencia de la Directora General de Regiones, Lic. Ana Paula Ruggiero y la Directora de la Región Capital Federal, Dra. Cecilia Pampuro, se oficializó la nueva oficina ubicada en el Sector Ambulatorio (desde el año pasado la Delegación funcionaba en la Guardia) que beneficiará a los afiliados con una mejor y más ágil atención, teniendo en cuenta que dentro del mismo sector podrán acceder a las autorizaciones, atención médica y compra de bonos. ■



CRECEMOS PARA ESTAR MAS CERCA. NUEVA DELEGACION PILAR

OSPe inauguró el pasado 11 de enero una nueva delegación en Pilar, ubicada en Chacabuco 457. La misma cuenta con dos pisos y está equipada con la mejor tecnología y modernas instalaciones.

El Cdr. Alejandro Casuscelli, Gerente General, enfatizó en que este nuevo desarrollo fortalece la identidad y el consistente accionar de la organización, basados en sus tres pilares: superación constante, fidelidad al origen y empatía. Al evento asistieron directivos, personal y prestadores de la Obra Social, apoyando como siempre el crecimiento sostenido del cual son parte activa y necesaria.

OSPe nació en el año 1996 con casi 7 mil afiliados y hoy cuenta con más de 245 mil en todo el país, producto del crecimiento y del trabajo de su gente. ■



EPICRISIS: UNA NUEVA FORMA DE CUIDAR A LAS PERSONAS

Epicrisis es una nueva Historia Clínica Electrónica que funciona de forma similar a un consultorio virtual. Este sistema fue concebido para los Profesionales de la Salud, por colegas que saben que se puede brindar una mejor atención a los pacientes mediante el uso de las Tecnologías de la Comunicación, manteniendo la privacidad del paciente con la encriptación de datos. La información se aloja en el Cloud Computing permitiendo tener siempre a mano la información y realizar copias de seguridad.

Epicrisis permite a todos los médicos, digitalizar las Historias Clínicas y las Agendas de Turnos, apoyado en su diseño inteligente y funcional pensado para el acceso remoto a través de Internet. Este servicio no requiere instalaciones ni mantenimientos costosos. Un nombre de usuario y una contraseña segura, son suficientes para que los profesionales cuenten con información veraz a la hora de la toma de decisiones con sus pacientes.

Epicrisis se diferencia de otros registros automatizados o digitales, porque brinda la posibilidad de elegir ciertas características que se adaptan a los usuarios. "No intenta ser igual al registro en papel, sino que tiende a optimizar la performance del equipo de salud al administrar más y mejor información para que esté disponible en el momento de la toma de decisiones", afirma el médico y gerente general del proyecto, Federico Pedernera.

Este producto ya está disponible para los médicos independientes y la industria farmacéutica (laboratorios principalmente) quienes además contarán con datos estadísticos ciertos acerca de las problemáticas que afectan a la población, y les permitirá, además, tomar mejores decisiones en favor de la salud de sus pacientes. Así mismo Epicrisis se puede implementar en grupos que integran diferentes usuarios administrativos y profesionales, pudiendo incluir secretarías, recepcionistas, enfermeros y múltiples profesionales asistenciales, compartiendo la información administrativa y clínica de los pacientes. ■

GALENO PRESENTO LA NUEVA SUCURSAL PINAMAR

GALENO inauguró una Nueva Sucursal Pinamar. La misma está ubicada en E. Shaw 328, loc. 4, en la provincia de Buenos Aires. De esta manera, continúa con una gran expansión a nivel nacional. La empresa anunció la concreción del nuevo proyecto bajo la siguiente premisa: "ahora si viajas a la Costa tendrás toda la seguridad que buscas y la tranquilidad que mereces".

GALENO es la empresa de Salud con la mayor infraestructura sanatorial propia. Cuenta con 6 Sanatorios de la Trinidad con 1.150 camas de internación con tecnología de última generación, 6 Centros Médicos propios, Centro Médico Trinidad Quilmes, San Isidro, Barrio Norte, Trinidad

Medical Center Palermo, Mitre y Consultorios Externos del Sanatorio Dupuytren.

Además cuenta con más de 3.000 sanatorios e instituciones de Diagnóstico y Tratamiento contratados; 6.000 empleados; más de 64 sucursales en todo el país; 25.000 Profesionales; 5.000 Farmacias; Central de Urgencias y Emergencias; 668.000 vidas para cuidar todos los días.



**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



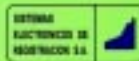
Tel: 6345-1000



Tel: 4877-7100



Tel: 4958-7309



Tel: 4831-2722



Tel: 4586-0707

EPSON®
EXCEED YOUR VISION

OSPAT LANZO SU CAMPAÑA DE BIEN PUBLICO "EN EL LUGAR DEL OTRO"



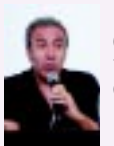
El pasado 6 de diciembre se realizó el lanzamiento oficial de la campaña "EN EL LUGAR DEL OTRO" en la sede de la Asociación Médica Argentina. Con esta campaña la Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turf busca movilizar la reflexión, tanto del personal de salud como de la comunidad en general, sobre la temática del buen trato en la relación médico-paciente y en la asistencia en salud en general. Asumiendo su responsabilidad social como institución garante de servicios de salud, OSPAT se propone de esta forma generar un debate en torno a la necesidad de brindar una atención sanitaria más humanizada.



Durante el evento se realizó una Mesa-Debate con la participación de reconocidos especialistas, entre ellos la doctora Isabel Pincemín, coordinadora en el Hospital de Clínicas, el doctor Rodolfo Berna, médico del Hospital Garrahan, la psicóloga Mariana Jacobs, y Lucas McCormack, director del Hospital Alemán.

La Dra. Pincemín expresó que "la medicina es una construcción cultural y si nosotros la hemos creado, nosotros la podemos modificar". Por su parte, el Dr. Berna señaló que "hay que poner los escritorios a un costado, porque cuanto más grande es el escritorio del médico, mayor es la distancia entre éste y el paciente".

Luego de la Mesa-Debate, el actor Javier Lombardo brindó su testimonio junto a su médica personal Celina Averbuj. "No hay nadie que conozca más sobre la enfermedad que el propio paciente, ponerse en el lugar del otro es entender la enfermedad y de esa manera entender al paciente", manifestó el actor que generosamente se sumó a la campaña en "EN EL LUGAR DEL OTRO".



Tanto Lombardo como Averbuj padecen Parkinson, y ambos están fuertemente comprometidos con la causa de mejorar las relaciones humanas en los entornos de las personas enfermas, comprendiendo que además del tratamiento médico es fundamental una atención y un acompañamiento integral, que no descuide las emociones sino todo lo contrario.

Al cierre del lanzamiento, el presidente de OSPAT, Carlos Felice, expresó su opinión señalando que "es muy estimulante este tipo de debates, ya que estamos en el medio de cambios importantes, hay media sanción respecto a la ley de muerte digna y se habla de cuestiones de bioética que son fundamentales. Creo que hay un cambio cultural respecto de la atención médica, tenemos que cambiar a nivel sociológico. Lo importante es que debemos seguir trabajando y por eso lo próximo será una jornada de bioética, donde se pueda debatir sobre el modelo médico."

La campaña "EN EL LUGAR DEL OTRO" tiene su anclaje en un spot audiovisual que se presentó públicamente en la Asociación Médica Argentina y está disponible en www.youtube.com/obrasocialospat. ■

PREMIOS OSPAT

Como cierre del evento se entregaron los "Premios OSPAT 2011" en los rubros "Médico del Año", "Enfermero del Año" y "Empleado de Atención al Público del Año", los cuales fueron seleccionados en base a candidatos propuestos por las Delegaciones de todo el país y votados por la comunidad en el sitio web de OSPAT. De esta forma, la Obra Social de la Unión de los Trabajadores de Turf distingue al personal que se desempeña en sus distintas sedes provinciales, destacándose por su dedicación y por la atención personalizada. En síntesis: a quienes tienen la generosa capacidad de "ponerse en el lugar del otro".



Resultaron ganadores:

Pablo Cusato-Premio OSPAT al Empleado de Atención al Público. Carmen Pintos-Premio OSPAT a la Enfermera del año. Víctor Aizenstein premio-OSPAT al Médico del año. ■

UNIVERSAL ASSISTANCE ACOMPAÑA A LA FUNDACION RUGBY SIN FRONTERAS EN SU SEGUNDO VIAJE A LA CORDILLERA DE LOS ANDES



La empresa de asistencia al viajero fue uno de los sponsor de la segunda edición del partido de rugby homenaje llevado a cabo por la Fundación Rugby sin Fronteras en la Cordillera de los Andes.

Desde el 23 al 26 de febrero, Universal Assistance, empresa de asistencia al viajero, acompañó a la delegación de Rugby sin Fronteras en el partido homenaje por los 40 años de la Tragedia de los Andes.

El evento contó con la presencia de Gustavo Zerbin (sobreviviente) y las familias de las víctimas. A su vez, se armó una cancha, ubicada a 3.800 metros de altura, en la cual se jugó un partido de homenaje. Una vez finalizado el mismo, se llevó una cruz y una placa al lugar del accidente. ■

UNIVERSAL ASSISTANCE, JUNTO AL DEPORTE EN EL VERANO

La empresa de asistencia al viajero Universal Assistance S.A. fue sponsor de la Copa Argentina de Tenis y de la XXIII edición del Seven de Rugby de Punta del Este.

En el marco de un amplio plan de acciones para el verano, Universal Assistance estuvo presente en el tradicional certamen de rugby que se realizó los días 7 y 8 de enero en el Campus Municipal de Maldonado.

La competencia, que resultó una importante muestra del rugby de la región, coronó al seleccionado argentino (UAR) en la copa de selecciones; al equipo argentino Personal-7 en la copa de Oro; al combinado de Buenos Aires (URBA) en la Copa de Plata, y a Trébol de Uruguay, en la Copa de Bronce.

En el marco de las premiaciones, la compañía entregó el premio "la mejor asistencia" a Santiago Gortari del Club Old Boys de Uruguay durante la final de la Copa de Bronce, disputada con Trébol de Paysandú.

Asimismo, a través de su marca Travel Ace Assistance, fue sponsor de la tradicional Copa Argentina de Tenis. La misma se llevó a cabo durante los días 15, 16, 17 y 18 de diciembre en el Lawn Tennis Club y contó con la presencia de jugadores de la talla de David Nalbandian, Gael Monfils, Marcos Baghdatis y Juan Carlos Ferrero. ■



Alejandro Méndez, Representante Comercial de Universal Assistance en Uruguay, entrega el premio "la asistencia del torneo".



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.



Santa Isabel

50 Años de Vida



II ENCUESTRO DEL PROGRAMA DE QUALITY PROMISE HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Campus Médico de Harvard – Boston - USA

14, 15 y 16 de Mayo de 2012

SEMINARIO PARA EJECUTIVOS DE SALUD LATINOAMERICANOS

Entre el 14 y 16 de mayo de 2012 se realizará en Harvard el II Encuentro de Calidad para Ejecutivos del Sector Salud Latinoamericanos, dirigido a Ex Alumnos e Invitados Especiales.

El Programa profundizará los contenidos del I^{er} Encuentro, especialmente aquellos referidos a la gestión estratégica de los cambios, las resistencias y los incentivos al recurso humano para la mejora de la calidad.

Entre otros temas los participantes han propuesto cómo se pasa de un sistema de pagos por prestaciones a un sistema de pago por resultados, cómo se miden estos resultados sanitarios, cómo se manejan las resistencias, cómo se premia a los más productivos. Problemas tan importantes como la "productividad" en salud y los aspectos éticos de la Calidad, que mejora el acceso y la equidad de los sistemas de salud son cuestiones a resolver conjuntamente entre docentes y participantes.

Se ha convocado a los mejores docentes de Harvard School of Public Health y un experto latinoamericano como es el Dr. Alberto Mazza, creador del Programa Nacional de Calidad cuando fue Ministro de Salud en la Argentina.

También esperamos escuchar programas iniciados o profundizados por los participantes del Primer Encuentro, trabajar en común con los docentes y tener un Seminario más participativo.

Los invitamos a contactarnos para mayor información o enviar su Solicitud de Admisión desde la web www.liderlatam.com

Informes: maride@liderlatam.com / enriquemschiavon@gmail.com

Te. +5411 15-61278913 / 15-49494775 / 4807-7790 / 4806-6375 ■

EN CASA FESTEJO SUS 20 AÑOS



Cuando culminaba el 2011, *En Casa*, la institución de internación domiciliaria, festejaba sus 20 años con un cóctel para más de 150 personas en el Jardín Japonés.

Entre los invitados se encontraron los directivos más importantes de las empresas del medio como Swiss Medical Group, Centro Médico Pueyrredón, Osdepym, Ospit y Hospital Italiano entre otras.

Durante el evento se sortearon tres viajes a Mendoza y se entregaron los premios del concurso "20 años En Casa", el cual fue ideado con el fin de estimular la investigación científica entre los integrantes del rubro, así como contribuir al desarrollo científico en dicho ámbito. El trabajo ganador fue: "Niveles de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar avanzada en enfermeros de internación domiciliaria".

En Casa es una institución de internación domiciliaria que funciona en la Argentina desde 1991 y está integrada por un equipo de profesionales especializado en este modelo de atención.

Actualmente se realizan aproximadamente 80.000 prestaciones mensuales, para lo cual *En Casa* cuenta con un plantel de más de 400 profesionales de distintas disciplinas con experiencia y formación en este tipo de internación.

Tiene cobertura nacional y oficinas en Buenos Aires, Córdoba y Rosario. ■



MEDIFE COBERTURA MEDICA OFICIAL DE LAS PENTACAMPEONAS DEL CHAMPIONS TROPHY 2012

Medifé, la empresa de medicina prepaga de alcance nacional, acompañó una vez más a Las Leonas durante el Champions Trophy 2012 disputado en Rosario. Que, por quinta vez, coronó al seleccionado argentino como campeón del certamen.

Como Cobertura Médica Oficial, Medifé, estuvo junto a la Selección de Hockey cuidando su salud y acompañándola. La empresa también acompañó a los seguidores de Las Leonas. Para ello creó un espacio especial en el stand de la compañía, en el que se entregó merchandising y los asistentes se pudieron fotografiar con imágenes tamaño real de Noel Barrionuevo y Carla Rebecchi. También estuvo Magui Aicega firmando autógrafos y sacándose fotos con el público.

De esta manera, Medifé afianza su alianza estratégica con el deporte, continuando la estrecha relación que los une a un equipo con un excelente desempeño deportivo como el que han demostrado Las Leonas durante toda su carrera.



MEDIFE INAUGURO NUEVA SUCURSAL EN BUENOS AIRES

MEDIFE, la empresa de medicina prepaga de alcance nacional, inauguró oficialmente el lunes 5 de diciembre su nueva sucursal en la ciudad de Buenos Aires, ubicada en Vuelta de Obligado 1970, Belgrano.

Esta nueva apertura se encuentra dentro de un plan de expansión y renovación que MEDIFE lleva adelante en todo el país. De esta forma, hace frente al creciente número de asociados y empresas de primer nivel que depositan su confianza en esta firma de medicina prepaga joven y moderna.

MEDIFE cuenta en la actualidad con más de 60 sucursales en todo el país para dar respuestas a las necesidades de salud de 200.000 asociados.

La solidez y calidad de servicio de MEDIFE llevaron a la compañía a convertirse en una de las principales empresas de medicina prepaga del país. Su aspecto diferenciador es la flexibilidad, lo que le permite desarrollar un sistema dinámico que se adapta a las necesidades de cada empresa y particular.

Acerca de Medife

MEDIFE se ubica hoy entre las principales empresas de medicina prepaga de la Argentina, con más de 200.000 asociados y 60 sucursales en todo el país.

La piedra angular de la propuesta de Medifé se basa en la continua comunicación con el asociado, atendiendo sus necesidades de forma personalizada. Esta propuesta se respalda en una importante nómina de profesionales, farmacias, clínicas, sanatorios, servicios de emergencias y urgencias, y centros de diagnóstico y tratamiento a nivel nacional. Conformando un grupo de prestadores con el mayor prestigio y calidad científica del país, que logra gestionar la tranquilidad y el bienestar de sus asociados con un amplio concepto de servicio. ■



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*

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

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

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



¡Albricias!

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

En el marco de las Políticas del Ministerio de Salud de la Nación, se desarrolla en nuestro país, el Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica, desde hace ya varios años, creado durante el Ministerio del Dr. Alberto Mazza. En ese contexto, y luego del realista informe del IOM (Institute of Medicine de EE.UU.) "Error es Humano: construyendo un sistema de salud seguro" de 1999, con el paso de los años, la Organización Mundial de la Salud, fue alentando a las comunidades médicas de las naciones, a que desarrollaran distintas acciones en áreas diferentes de los establecimientos médicos, tendientes a brindar mayor seguridad a los pacientes, con la instalación de barreras adecuadas que evitaban la producción de errores, y consecuentes daños, que podrían ser evitados. En la Argentina y otros países de América latina, ya hace un tiempo que algunas instituciones han instalado un Sistema, adaptado a las realidades de cada establecimiento sanitario, con el fin de evitar los daños a los pacientes antes, durante y después de los actos quirúrgicos, mejorando la seguridad de ellos. Asimismo, algunas asegura-

doras del riesgo de Responsabilidad Civil Profesional – entre ellas TPC - también han colaborado en todo este tiempo con sus asegurados, proponiendo distintas acciones, con la misma base de intención que la propuesta por la OMS, inclusive distribuyendo modelos de Formularios para llevar adelante las acciones más seguras. Felizmente, en fecha reciente, el Ministerio de Salud de la Nación ha dictado la resolución 28/2012 poniendo a disposición de los establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, un Manual de Uso e Instrucciones conteniendo el Listado de Verificación para la Cirugía Segura. Sobre todo de aquéllos, quienes como bien expresa la Exposición de Motivos, "estén interesados en mejorar la seguridad de los pacientes durante los actos quirúrgicos, y en reducir muertes y complicaciones prevenibles en relación con la cirugía, por considerarlas cuestiones indispensables que deben ser tenidas en cuenta para realizar una cirugía segura". Cada institución podrá ponerla en práctica efectuándole modificaciones para lograr la adaptación a cada contexto, y lo podrán incorporar paulatinamente a las intervenciones de urgencia, a las programadas, a las pediátricas y otras. Bienvenida esta iniciativa, ya que no sólo será en beneficio de los pacientes, sino también de toda la Comunidad Médica, y colaborará indudablemente con una mejor y más comprensible asunción de responsabilidades profesionales por cada uno de los miembros del equipo de salud, un mejor entendimiento del desarrollo del acto quirúrgico, un freno a las aventuras judiciales, y concretos elementos de juicio para los señores magistrados al momento del juzgamiento de la responsabilidad profesional. □

SMG Seguros: Jornada de Praxis Médica

La compañía realizó una nueva Jornada de Praxis Médica de la que participaron más de 100 inscriptos de distintas disciplinas. En el encuentro se desarrollaron temas de gran interés sobre Responsabilidad Profesional Médica, Riesgo Médico Legal, Gestión del riesgo y Seguridad del Paciente, y aspectos de la cobertura de seguro en tal sentido.

SMG Compañía Argentina de Seguros, la compañía de Seguros Generales de Swiss Medical Group, llevó a cabo una nueva Jornada de Praxis Médica en el Hotel Emperador de la Ciudad de Buenos Aires que contó con la participación de directivos de instituciones de salud, brokers, productores asesores de seguros, médicos y enfermeras tanto del área metropolitana como del interior del país.

Durante la jornada, el Dr. Horacio Canto, Gerente de Administración de Riesgo de Swiss Medical Group expuso sobre "*Realidad actual de los Reclamos por Responsabilidad Profesional Médica en nuestro medio*". Posteriormente, la Dra. Mariana Flichman, Jefa de Auditoría de Riesgo de Swiss Medical Group, se refirió a distintos aspectos sobre la gestión de riesgo a través del trabajo en la Seguridad del Paciente y el Dr. Roberto Vázquez Ferreyra, asesor letrado del grupo, disertó sobre los aspectos judiciales de dichos reclamos.

Luego, el Gerente Comercial de SMG Seguros y SMG ART, Alberto Bugna, se refirió a la realidad actual del mercado asegurador en relación a la Responsabilidad Profesional Médica, coberturas y sumas aseguradas, destacando también que SMG seguros recibió por 6ª vez el primer lugar en RC Profesional Médica (Praxis Médica), galardón entregado por una consultora independiente con la votación de toda la comunidad de Productores Asesores de Seguros de nuestro país.

Para finalizar, se compartió con los participantes un video sobre el "Error Médico y la instauración", de un Programa sobre Seguridad del Paciente, destacando que el sector de Administración de Riesgo del grupo viene desarrollando en el último año un programa de este tipo, tanto para las instituciones propias como para las instituciones aseguradas.

En este sentido, Swiss Medical Group es pionero en su medio, habiendo logrado reducir con el mismo los riesgos de la práctica asistencial y alineándose así a las propuestas de la Organización Mundial de la Salud. □



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



Salud Corporativa

Cambios en la cobertura médica en los EE. UU.

- Los efectos de la reforma Obama -

Por el Dr. Héctor Barrios – Director de Towers Watson

A la luz de la reforma de salud impulsada por el gobierno del Presidente Barack Obama, los empleadores de los Estados Unidos han comenzado a cambiar su enfoque, desde el simple cumplimiento de la ley en un principio, al inicio del desarrollo de una estrategia de salud corporativa a largo plazo.

Sin embargo, con muchos detalles de la reforma de salud aún por conocerse, a las organizaciones les resulta difícil poder trazar sus cursos de acción, sobre todo cuando se siguen enfrentando al aumento permanente de los costos de atención médica. Para entender mejor cómo se están manejando las empresas, ya sea con respecto de las preocupaciones actuales de aumento de costos, como del desarrollo de una futura estrategia de salud corporativa, la Consultora Towers Watson realizó recientemente una encuesta a 368 empresas medianas y grandes de los Estados Unidos.

Los resultados de la encuesta confirman el compromiso de los empleadores con la atención médica de su personal, pero muestran también, en forma destacada, varias inquietudes y preguntas sobre el impacto que la reforma de salud podría provocar en los próximos años.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- ✓ La mayoría de las empresas (88%) están planeando sólo pequeños o moderados cambios para sus planes de salud para el año 2012, aunque algo menos de la mitad (45%) piensa replantear durante este año su estrategia de salud corporativa a largo plazo.
- ✓ Se espera que los costos de atención de salud aumenten en una forma mucho más lenta en el 2012, en comparación con 2011 (5,9% frente al 7,6%). (Para conseguir esto, alrededor de dos tercios de los encuestados aumentará la parti-

cipación a cargo de los empleados en el costo de las primas de los seguros de salud).

- ✓ El 8% reducirá significativamente la cobertura para los cónyuges y dependientes en 2012, y otro 23% está considerando una reducción en 2013 y 2014.
- ✓ La mayoría de los encuestados (54%) tiene confianza en que la reforma de salud se llevará a cabo dentro de los tiempos previstos. Sin embargo, el 70% se muestra escéptico sobre que los cambios en el sistema de salud ofrecerán una alternativa viable para la cobertura patrocinada por el empleador para los empleados activos en 2014 o 2015.
- ✓ Más de dos tercios de los encuestados (71%) espera continuar ofreciendo cobertura de salud a sus empleados hasta el 2014. Un porcentaje aún mayor (84%), cree que el cuidado de la salud seguirá siendo un componente clave de su propuesta de valor a los empleados más allá de 2014.
- ✓ Más de la mitad de los empleadores (54%) que ofrecen cobertura médica a los jubilados planea discontinuarla. Muchos de ellos pondrán en marcha estrategias alternativas de cobertura para la transición.
- ✓ Los empleadores van a monitorear las respuestas de otras empresas a la reforma de salud. Casi cuatro de cada cinco compañías (78%) serán influidas por las acciones de los otros grandes empleadores de su industria respecto a los planes que adoptarán.

Como se puede observar, la denominada "Reforma Obama" ha generado un replanteo del modelo de salud corporativa. Sólo el transcurso del tiempo, amigo lector, nos permitirá saber si ha servido para bien o no. □

Un Interesante aporte de los encuestados con relación a la contención del incremento de los costos médicos: Las estrategias basadas en el Valor.

Los encuestados reportaron que el costo anual promedio de la cobertura médica es de u\$s 11.204 por empleado (no se moleste en sacar la cuenta amigo lector: al cambio de \$ 4,38, \$ 49.074 anuales o sea \$ 4.090 mensuales en promedio). Teniendo en cuenta el incremento de los costos médicos, aproximadamente el 66% de los encuestados dice que, para financiar dicho incremento, va a aumentar en el 2012 sólo la contribución de los empleados y el 73% incrementará la de los empleados y también la de los familiares.

Ahora bien, frente a este escenario, resulta claro que el mecanismo no es de aplicación permanente. Obviamente las empresas están haciendo foco en la contención del incremento de costos, ya que no es sostenible en el tiempo el traslado de los costos a los empleados.

Por otra parte, es un hecho que un mayor gasto en la atención de la salud, no necesariamente es igual a mejor calidad o mejores resultados. Es por eso que muchas empresas están centrando sus estrategias en el "valor". Estos programas están destinados a proporcionar el más alto nivel de resultados por cada dólar gastado.

En su forma más básica, las estrategias basadas en el Valor, buscan incentivar de forma explícita a que los proveedores para que:

- Cumplan protocolos de tratamientos ya establecidos –y reconocidos por sus resultados- para ciertos tipos de enfermedades.
- Brinden atención integral a las enfermedades complejas.
- Utilicen Centros Médicos de excelencia para algunas enfermedades o cirugías.
- Además los enfoques más sofisticados combinan estas prácticas con otras que incluyen el estudio profundo de las poblaciones de los empleados para identificar las enfermedades y las condiciones demográficas.

Para concluir me pregunto y le pregunto: ¿Será este último un camino posible a futuro en la Argentina... o es una utopía?



PRAXIS PROFESIONAL

RESPONSABILIDAD CIVIL

CAUCIÓN

VIDA

ACCIDENTES PERSONALES



Valores asegurados

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

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

TPC es la compañía que asegura sus mejores valores.

TPC

COMPAÑÍA DE SEGUROS

Av. Belgrano 634, Piso 9
1092AAT - Buenos Aires, Argentina.
Tel. (5411) 4876.5300
Fax (5411) 4876.5320
info@webtpc.com

CALIFICACIÓN



Evaluadora
Latinoamericana S.A.



www.webtpc.com



Columna

Un sistema para mirarnos en el espejo

Por Carlos Felice *

El día 5 de enero de 2012, el diario La Nación publica un editorial que reza: “*Desigualdades en el sistema de salud*”. En el mismo se hace referencia a informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El trabajo en cuestión sentencia: la cobertura en salud en el país está fragmentada, con enormes brechas entre las provincias, lo cual genera una marcada inequidad social, fundamentalmente en cuanto al acceso a ella. Más adelante dice: hace falta una reforma integral, para compensar inequidades que hacen, por ejemplo, que una persona que sólo puede recurrir al hospital público tenga más desventajas que las que acceden a obras sociales y prepagas. En estas líneas, las tres entidades arriba mencionadas, hacen un resumen contundente de nuestra realidad en salud. Queda claro que el hospital público de nuestro país es valorado por el resto de los países de América latina, cuyos habitantes recorren miles de kilómetros para recibir asistencia gratuita en los hospitales de la Capital Federal, prefieren recorrer distancias más largas y llegar hasta nuestra metrópolis, para una atención de su salud que ellos consideran de mayor jerarquía. Cada provincia tiene su subsistema estatal, y de acuerdo a la capacidad de gestión de cada gobierno, surgen las diferencias de atención. Los que conocemos el rubro desde hace décadas, sabemos que la atención en el sistema hospitalario de algunas provincias deja mucho que desear. En cambio otras son ejemplo de la buena asignación de recursos.

Un escalón intermedio es de las obras sociales provinciales agrupadas en la COSPRA, donde se destaca la prestación brindada por la poderosa IOMA, obra social que además de poseer recursos, está bien gestionada y funciona como un organismo autárquico, y aquí el resultado es el esperado: asociados

conformes y aumento del número de afiliados voluntarios (prepaga de la obra social). Otras obras sociales provinciales que no cumplen con las pautas arriba señaladas (autarquía y buena gerencia), tienen graves déficits de atención y acceso al sistema.

Un capítulo aparte es el de Pami, aquí los recursos son suficientes y el sistema está bien diseñado. Las variantes que afectan las prestaciones son de orden político y de gestión. Como expresa el trabajo publicado por la CEPAL, la OPS y el PNUD, el mejor subsistema de salud en nuestro país es el de las obras sociales gremiales, no importa si el gremio es estatal, de los mercantiles o camioneros. Hoy un paciente de obra social, viva en Catamarca, Misiones o cualquier otra provincia, tiene acceso inmediato a prestaciones oportunas y de calidad. Un afiliado de obra social puede operarse de cualquier patología en cualquier punto de nuestro territorio. Este subsistema nacido a mediados del siglo pasado, se desarrolló con el correr de los años, fortaleció sus lazos con el sector privado y con hospitales estatales que brindan prestaciones de excelencia, optimizó la accesibilidad, mejoró sustancialmente el nivel de calidad, comenzó a solicitar acreditación de los establecimientos de internación. Implementó programas de prevención. Con el programa de libertad de opción entre las obras sociales mejoró la competitividad. La eficacia en la asignación de recursos es superior a la de otros subsistemas.

No hay duda de que hay *desigualdades en el sistema de salud*. Que hay que tomar acciones correctivas. Pero a no equivocarse, ya tenemos un sistema para mirarnos en el espejo. □

*** Presidente de la Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turf y Afines.**



ASOCIACIONES DE CLÍNICAS 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



PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL **PRAXIS MÉDICA**

PRUDENCIA
Seguros

A stylized logo graphic for Prudencia Seguros, featuring a blue and grey abstract shape that resembles a stylized 'P' or a wave.



Las empresas se ponen las zapatillas

Por Patricio Pasman
Consultor de obras sociales y empresas de medicina
prepaga / patricio@pasman.com.ar

La nueva ley de regulación me recuerda a un viejo cuento de estrategia empresarial. Se trata de la situación en la que dos hombres se encuentran en medio de la selva; en esto aparece un león hambriento.

Uno de ellos rápidamente comienza a ponerse las zapatillas y se prepara a correr, mientras el otro le dice:

“¿Qué haces?, Si piensas que con zapatillas podrás correr más rápido que el león eres un tonto... El que estaba preparando las zapatillas le contesta:

“No necesito correr más que el león, tan solo necesito correr más que tú”.

Como sucede con el resto de las industrias, el Estado cada vez interviene más en la economía del país y el sector de la Medicina Prepaga no va a ser la excepción.

La nueva ley le otorga a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) un enorme poder de control e intervención sobre la industria y las empresas. La situación de vulnerabilidad es mayor debido a la promulgación de una ley que nace ideológicamente desde la mirada de la defensa del consumidor y que pretende en varios aspectos, que las empresas se hagan cargo de lo que el Estado no cumple o mejor dicho cumple ineficientemente.

Esta nueva situación cambia las reglas de juego y requiere que el sector se adapte a trabajar en mercados muy regulados y a entender que el vínculo con el Estado adquiere de ahora en más una importancia crucial para la sustentabilidad de las empresas.

La reglamentación conocida el jueves 1 de diciembre de 2011, manejada con admirable sigilo por parte de las autoridades, resultó una mala noticia para las empresas desde el aspecto que era mejor que esté “cajoneada” la misma. Sin embargo mantiene alguna esperanza, ya que quedan algunos temas fundamentales sin definirse. Quiero decir con esto, que podría haber salido mucho peor, y este hecho, refuerza la idea que el Gobierno no quiere “matar” al sector. Podemos deducir que las autoridades necesitan encontrar la forma de reglamentar una ley que por un lado sea políticamente viable frente a la opinión pública pero que no haga quebrar a las empresas.

Fundamentalmente, creo que la etapa de catarsis y de seguir hablando o escribiendo de cómo debería ser la ley ya terminó. La energía y creatividad debe centrarse en conseguir alguna mejora donde todavía queda algún espacio de acción.

Consciente que son varios los aspectos que ocupan y deben definirse, entiendo que los tres

temas más importantes que aún están abiertos y que finalmente definirán la “voracidad del león” son:

1) Carencias y preexistencias

Aún no se establece con precisión cómo va a funcionar el artículo más polémico y que compromete seriamente al sector.

La categorización definida sobre preexistencias en aquellas de carácter permanente, crónico o de alto costo, es razonable aunque surgirán dudas cuando las personas tengan una combinación de éstas.

Queda aún una ventana cuando dice que la SSSalud “autorizará valores diferenciales” sin establecer con precisión si cada empresa enviará el valor y el organismo lo autorizará, o es la autoridad la que definirá previamente con algún criterio los valores.

Las prestaciones en la Argentina tienen valores muy diferentes tanto en lo que respecta a la localización como al nivel de complejidad de la institución médica donde se realice la misma. Por ejemplo un módulo de parto en una Clínica de segundo nivel en el NEA puede costar menos de la mitad que la de un Sanatorio de primer nivel en Capital o en la Patagonia.

Considero fundamental que los valores diferenciales por preexistencias sean presentados y justificados por la entidad y no por una tabla general preestablecida.

El valor por las enfermedades de carácter temporario puede distribuirse en tres años. Esto es razonable ya que de esta forma se hace más accesible para la gente poder abonar este diferencial. Sin embargo como la ley no establece períodos mínimos obligatorios de asociación, podría generarse que una vez curada su enfermedad se dé de baja antes de los tres años. Debe establecerse un mecanismo donde el compromiso de abonar este diferencial esté reflejado en un documento que sea independiente de su contrato de afiliación.

Con respecto a las de carácter crónico, si no es posible que los valores sean presentados y definidos por la entidad, podría establecerse alguna tabla de coeficientes sobre el valor cuota del plan según la enfermedad. Igualmente, éstas seguramente serán las que ocasionen mayor pérdida al sector ya que, como bien sabemos, las enfermedades crónicas vienen creciendo considerablemente tanto en la Argentina como en el mundo.

Para las enfermedades preexistentes de alto costo no hay cuota “razonable” que sea políticamente viable. Lamentablemente la opinión pública no simpatiza con el sector y la ley fue ampliamente

apoyada por el Congreso. Una cuota de decenas de miles de pesos mensuales o más, que es lo que cuestan estas enfermedades, repercutirán en forma muy negativa en los medios de comunicación y organismos de defensa al consumidor. La única manera de solucionar esta amenaza es con un seguro universal que sea manejado por el Estado o por el sector privado en su conjunto.

2) Cuotas

El nuevo sistema de cuotas, por rango solo aplicable en el momento de ingreso, es viable de confeccionar actuarialmente hacia adelante e inaplicable si quiere imponerse hacia atrás.

La mayor parte de las carteras de los prepagos fue comercializada estableciendo valores de cuotas que fueron costeados de acuerdo al rango de edad de las personas. A mayor edad mayor costo. Pretender que esos contratos vigentes no sean nunca más actualizados cuando la gente cumpla años y cambie de rango es una bomba de tiempo inmanejable. En el corto plazo el impacto sería menor pero en el mediano plazo quebrarían todas las empresas y en contra de lo que dice al artículo 16 de la ley generaría "menoscabo" a los asociados existentes.

El artículo no me parece conveniente ni necesario, ya que los abusos que hoy pudieran existir al respecto, están ya contemplados con la definición que el rango de edad superior no debe ser más de tres veces el rango menor y que los mayores de 65 años con más de 10 años en la empresa no recibirán incremento por edad.

Sin embargo, hacia adelante las empresas pueden adaptarse definiendo actuarialmente listas de precios que contemplen esta nueva normativa.

Una alternativa posible podría ser enviar a los asociados su actual convenio de precios y rangos de edad junto con la nueva lista de precios y rangos definida y que sea el asociado el que elija libremente si prefiere mantener el contrato actual o prefiere cambiarse.

Esto tendría como ventaja adicional, que los asociados conozcan claramente cómo es su contrato actual, ya que suele pasar que éstos se enteran del mismo cuando reciben las cartas de aumento como "regalo" de cumpleaños.

3) APE – Alto costo

La ley dice en el artículo 23 que "por los planes superadores no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales".

Lo primero que hay pendiente es definir claramente qué es un "plan superador".

Actualmente hay diferentes interpretaciones.

1) Por un lado está la mirada económica desde el sujeto, que si desembolsa dinero de su bolsillo por encima del aporte y contribución, ése es un plan superador.

2) Otra interpretación es desde el objeto, es decir desde los beneficios del plan. Es superador, si los beneficios y/o coberturas son mayores que el PMO.

3) Existe también una mirada meramente administrativa, argumentando que los planes superadores son sólo aquellos que están registrados como tal en la SSSalud.

La última definición del Manual del Beneficiario de Obras Sociales dice:

Los Planes Superadores son aquellos que ofrecen prestaciones que amplían la cobertura del PMO y por las cuales las obras sociales reciben un aporte adicional.

Es decir que si tomamos esto por válido podemos decir que son necesarios ambos requisitos para ser superador.

Sin duda que no va a ser sencillo resolver para las autoridades el tema del APE para los planes superadores.

Por un lado porque no parece posible administrar que no se retenga el porcentual del 10, 15 o 20%, según corresponda, sobre los aportes y contribuciones de ley.

Por otro lado, en caso de poder administrarlo, esto va a desfinanciar el fondo, ya que estos planes suelen ser de los beneficiarios con mayores sueldos.

Quizás la forma de salir de este "laberinto" en que están inmersos, sea "por arriba" y finalmente esto acelere la generación de un "nuevo APE" o sea un fondo para enfermedades catastróficas que incluya a las EMP y quizás también al subsector público.

Las reglas de juego han cambiado. Será un año largo y complicado. Todos los actores: autoridades, cámaras y empresas; irán acomodándose a la nueva situación y haciendo camino al andar. Algunos creían que una vez que este todo definido y reglamentado iba a haber una especie de "Día D" donde todos los enfermos en masa irían a asociarse a las prepagas mientras que los sanos se darían automáticamente de baja. Ese día D no existe. El proceso será largo y sinuoso con varias idas y vueltas.

Al sector le "han corrido el queso", o si volvemos al cuento del inicio, los acecha un león que aún no sabemos con precisión su grado de voracidad aunque es evidente que mientras la situación sea tolerable no se realizarán modificaciones sustanciales a la ley. Estos cambios de fondo sólo podrían venir, como sucedió en otros países, si el "león" comienza a comerse a algunas empresas. Mientras tanto cada una intentará correr más rápido que las demás. □


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



Entre dudas y certezas

A finales de 2011, la Universidad ISALUD organizó un seminario para analizar la controvertida Ley 26.682 y los Decretos 1991 y 1993/11. Los oradores pasaron revista a las modificaciones más salientes que, en su proceso de reglamentación, se realizaron en la Ley, a la vez que expusieron las zonas de incertidumbre que surgen de los nuevos Decretos.

Poco después de la aprobación de los Decretos de Necesidad y Urgencia (DNU) 1991 y 1993/11, que dieron inicio a la reglamentación de la ley 26.682 de regulación de la medicina prepaga, la Universidad ISALUD realizó un seminario para analizar en detalle cada punto de dichos decretos y, a la vez, para revisar las claves de la ley original y de todas las modificaciones y cambios que fue sufriendo. El seminario también formó parte de los festejos por el 20° aniversario de la Universidad.

El seminario contó con dos mesas de oradores que, a diferencia de lo que suele ocurrir, dialogaron intensamente con el auditorio, escuchando y compartiendo inquietudes. En primer lugar, tomaron la palabra dos ex funcionarios de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud): el Dr. José Pedro Bustos, Consultor

de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, y el Dr. Oscar Cochlar, Master en Dirección y Gestión de los Sistemas de Servicios de Salud, quienes analizaron los alcances y sujetos comprendidos en la ley y los decretos sancionados el 29 de noviembre último, para luego detenerse en el rol que éstos otorgan a la Superintendencia y en los plazos que surgen de dichas normas. Más tarde, fueron los doctores Rubén Marano, Gerente General de OSDEPYM (Obra Social de Empresarios Profesionales y Monotributistas) y Miguel Troisi, de FAOSDIR (Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección) los encargados de reflexionar sobre la política de precios que establecen los decretos y sobre el régimen de contrataciones. Todos contaron con las intervenciones del coordinador, Lic. Eugenio D. Zanarini, Vicerrector de la Universidad, que abrió la jorna-

da junto al Rector, Dr. Carlos Garavelli, destacando lo que impulsó a la Institución a postular el seminario: "Como universidad, es nuestra responsabilidad plantarnos ante las diferentes problemáticas y, por eso, nos decidimos por un enfoque analítico, para analizar los aspectos jurídicos y reglamentarios de los decretos."

ANTECEDENTES DE LA LEY 26.682

Para dar inicio a la conferencia, el doctor Bustos realizó una introducción en la que se refirió, en primer lugar, a los aspectos más generales de la ley 26.682, analizando sus antecedentes. Así, Bustos realizó un recorrido a través de la historia de la ley, desde el proyecto hasta el reciente DNU, recordando que el proyecto de ley surgió en el año 2007 y que, luego de múltiples discusiones, sufrió modificaciones sustanciales.

Bustos se detuvo luego en los fundamentos que estaban en discusión por aquellos días, cuando la ley todavía no había llegado a la Cámara Alta. Bustos destacó las ideas que por ese entonces pesaban en las mesas de discusión. En primer lugar, el impulso por otorgarles más derechos a los usuarios, para contrarrestar los abusos que podrían recibir de las empresas de medicina prepaga. "Los convenios eran contratos civiles, pero los jueces entendían que no se podían dejar librados al solo arbitrio de las empresas; había una necesidad de regular, para tener reglas claras", especificó Bustos. En segundo lugar, el doctor destacó que el objetivo, en ese



Lic. Eugenio Zanarini, Dr. Carlos Garavelli, Dr. José P. Bustos y Dr. Oscar Cochlar.

primer momento, era tratar de proteger a la Seguridad Social y evitar la intromisión de las empresas de medicina prepaga en ese ámbito. Por último, subrayó, se sostenía que un marco regulatorio para la medicina prepaga iba a favorecer la integración de todos los subsectores.

Finalmente, en mayo de 2011, la ley fue sancionada y promulgada, luego de hacer su paso por la Cámara Alta y de volver a Diputados. En noviembre de 2011, llegaron los decretos. Por eso, Bustos se dedicó al análisis detenido de los artículos más importantes del DNU 1993, señalando primero que fue el decreto 1991 el que modificó expresamente el artículo 1° de la ley, cambio que incluyó en los alcances de la misma a las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones cuyo objeto fuera brindar prestaciones de salud mediante la modalidad de asociación voluntaria y pagos de adhesión. Así, el decreto determinó que estos sujetos jurídicos quedarán comprendidos bajo la ley,

En relación a la protección de los usuarios, Bustos detalló que “el DNU precisa cuestiones técnicas que estaban imprecisas en la Ley: algunos puntos están más claros, otros siguen confusos y, en otros casos, se hizo una equivalencia desmedida entre los regímenes voluntarios y la Seguridad Social”

junto a las empresas de medicina prepaga y los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las leyes nros. 23.660 y 23.661. Según siguió analizando Bustos, el artículo 4 del

decreto 1993 postula a la Superintendencia como autoridad de aplicación: “En mi opinión, es una modificación adecuada porque apunta a integrar los distintos subsectores”, destacó. En relación al artículo 7, el DNU ha establecido que las empresas pueden ofrecer planes parciales sólo para los casos de odontología, emergencias y traslados y única localidad.

Bustos se detuvo especialmente en el análisis de algunos artículos del DNU inspirados en los principios de la Seguridad Social, cuya aplicación genera más interrogantes que certezas. Es el caso, por ejemplo, de la posibilidad que se les da a los usuarios de renunciar una vez por año a su empresa de medicina prepaga. “Son cuestiones que hay que reglamentar con mucho cuidado, pues se trata de normas que no parecen propias de regímenes voluntarios sino de la Seguridad Social”, explicó.

Para finalizar, Bustos retomó los objetivos que, según había planteado al principio de su exposición, habían inspirado la ley ori-



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



Medicina prepaga



Dr. Oscar Cochlar y Dr. José P. Bustos.

ginalmente, para esclarecer si, en esta nueva instancia, con los DNU ya sancionados, se han cumplido o no. En relación a la protección de los usuarios, Bustos detalló que “el DNU precisa cuestiones técnicas que estaban imprecisas en la ley: algunos puntos están más claros, otros siguen confusos y, en otros casos, se hizo una equivalencia desmedida entre los regímenes voluntarios y la Seguridad Social”. Además, Bustos afirmó que la ley en su conjunto “no sirve para impedir el ingreso de la medicina privada en la Seguridad Social y tampoco avanza en relación al efecto descreme porque, hoy por hoy, hablar de descreme es un poco desactualizado: los beneficiarios eligieron estar donde están.” En relación a la integración de los sectores, Bustos señaló que, aunque todavía hay grandes incógnitas, la autoridad de aplicación compartida señala un camino positivo. En este sentido, concluyó, “esperamos poder retomar el Plan Federal de 2003, que aspiraba a integrar los tres subsectores.”

INCERTIDUMBRE: UNA CUESTION DE PLAZOS

Luego de la introducción del doctor Bustos, el doctor Oscar Cochlar pasó a analizar detenidamente los puntos y dudas más salientes que surgen a partir de la sanción de los DNU 1991 y 1993/11. Así, revisó las fechas y los plazos que la misma ley proponía para los

diferentes procesos de regulación e inscripción, comprobando que muchos de ellos, en rigor, ya habrían caducado, lo que pone en evidencia la falta de certezas y claridad en torno al proceso de reglamentación que está comenzando. La ley, recordó el doctor, fue publicada en el boletín oficial el 17 de mayo de 2011; es a partir de la sanción de los decretos que, estableció Cochlar, “hay que analizar si hay artículos en la ley para los que ya se han cumplido los plazos que la misma ley establecía”. Así, considerando que la misma entró en vigencia el día de su publicación en el Boletín

“Creo que la Superintendencia tendrá que definir qué se entiende por un plan superador”. Según Cochlar, una de las cuestiones más complicadas en relación con este tema es que, según lo establece el artículo 23 de la ley, no se deben realizar aportes al Fondo Solidario por los planes adherentes y superadores.

Oficial, Cochlar expuso cálculos en relación a los plazos.

Según detalló el doctor, el artículo 30 de la ley, por ejemplo, establecía 180 días de plazo para que las empresas y entidades pudieran adaptarse al nuevo marco regulatorio e inscribirse. Este período se computa en días corridos, de forma tal que “el plazo de 180 días venció el 17 de diciembre pasado”. Lo mismo ocurre cuando se analiza el artículo 29 de la ley, que otorga al Poder Ejecutivo 120 días para reglamentarla. Este plazo, expuso Cochlar, habría vencido el 17 de setiembre de 2011. Luego, Cochlar destacó la necesidad de “analizar cómo funcionan estos plazos y fechas para los sujetos que antes no estaban incluidos en los alcances de la ley y que, ahora, por el decreto 1991, sí lo están”.

En torno a este tema, el doctor se preguntó primero cómo y por qué se realizó la inclusión de las entidades antes no alcanzadas por la ley. “Ha habido una integración asimétrica de los diferentes sectores; se aplican las mismas reglas a sujetos que, en su origen, no funcionan con las mismas reglas”, sintetizó. Otras de las claves para esta inclusión, destacó, fueron la creación del Registro de Entidades del Cuidado de la Salud, el excesivo reglamentarismo y los cambios en la terminología, en los casos de términos como *usuario* y *comercialización*. “Está todo reglamentado: la relación con el usuario, la relación entre la empresa de medicina prepaga y los prestadores, el precio, etc. Van a quedar muy pocas cosas libres de reglamentación”, reflexionó Cochlar. Pero quizás el punto más importante que llevó a la inclusión de las entidades antes no afectadas por la ley es la idea de que la salud ya no puede ser considerada como un bien de mercado, comentó el doctor.

En relación al rol regulador de la Superintendencia, Cochlar pasó a describir las cuestiones que hacen a “la reglamentación de la reglamentación”, como, por ejemplo, todas las acciones que, de ahora en más, debe encarar el organismo de control, sus atribuciones y los plazos que debe cumplir. Así, enumeró las primeras de-

cisiones que tiene por delante, las cuales poseen, por ley, un plazo para su cumplimiento. En primer lugar, la SSSalud debía crear y normatizar el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga.⁽¹⁾

Uno de los plazos que más preocupa a los representantes de las empresas de medicina prepaga es el que otorga 90 días para establecer los valores para la aceptación de beneficiarios mayores de 65 años. En este sentido, Cochlar señaló que “según la ley, hoy por hoy las empresas estarían obligadas a recibir a estos usuarios, pero todavía no poseen un precio”. Advirtió, además, que ya ha habido fallos judiciales que obligaron la inscripción de beneficiarios de esta franja etaria. Más tarde, Cochlar listó las tareas que, aunque sin obligación de plazo, la Superintendencia debe realizar:

Requisitos generales a cumplir, sin plazos, por la SSSalud:

- Proveer canales técnicos.
- Capacidad de gestión.
- Sistemas de información.
- Estructura de costos.
- Organizar la categorización y acreditación de las empresas.
- Declaraciones juradas de los usuarios.
- Proponer un plazo para invocar la falsedad de las declaraciones juradas.
- Aprobar contratos entre las empresas y los usuarios.
- Definir las preexistencias.
- Definir los capitales mínimos, las garantías y avals y la matrícula anual.

Otro de los puntos que más conflictos genera es el de los planes superadores: “Creo que la Superintendencia tendrá que defi-

Otro de los puntos que genera controversia es el lugar de importancia que el artículo 17 del Decreto le otorga a la Secretaria de Comercio: “La SSSalud deberá pedir a la Secretaria de Comercio un dictamen vinculante para habilitar la autorización de los incrementos”, advirtió Troisi.

nir qué se entiende por un plan superador”. Según Cochlar, una de las cuestiones más complicadas en relación con este tema es que, según lo establece el artículo 23 de la ley, no se deben realizar aportes al Fondo Solidario por los planes adherentes y superadores, “pero tenemos que preguntarnos qué pasa con los planes ya aprobados y que ya están en curso en las Obras Sociales; hay que definir si en estos casos se deben realizar aportes”. Lo mismo ocurre, se explayó Cochlar, con los complementos: “En el plano práctico, tenemos que preguntarnos qué pasa cuando el complemento es mayor que el aporte: ¿es realmente un complemento?” En estos casos, destacó, “no sólo se requiere precisión desde la reglamentación, sino que también se necesita una interpretación.” Para la situación especial de los copagos, el doctor explicó que “la nueva Ley cambia las reglas del juego para las rela-

ciones contractuales; las normas dicen taxativamente qué se debe cubrir y cómo se deben establecer los precios.”

“Ahora viene la parte más complicada de la tarea, que es la de la reglamentación del decreto de reglamentación”, advirtió Cochlar. En sus conclusiones, Cochlar destacó también que “es claro que se ha utilizado el basamento de la Seguridad Social para incluir a otros sujetos en los alcances de la ley; sería importante aportar certeza.” Para finalizar, el doctor dejó al auditorio con dos preguntas para reflexionar: “La ley, los decretos, ¿van a mejorar el servicio de salud para todos los beneficiarios?, ¿van a reducir y controlar la judicialización del sistema?”

LOS MODELOS DE PRECIOS

El doctor Miguel Troisi comenzó aclarando, por su parte, que “todos estamos de acuerdo con la reglamentación de la actividad y, aunque hay puntos que nos preocupan mucho, hemos avanzado.” Más tarde, el doctor enumeró algunos de los puntos que, a su entender, resultan más problemáticos en la ley y los decretos. Uno de ellos es el tema de los precios: “El artículo 17 de la ley establece que las variaciones de los precios se realizan mediante cálculos actuariales, en el momento de la contratación.” Además, comentó Troisi, “el decreto 1993 se explaya sobre las estructuras de costos y los incrementos que se originan pero, si bien los enuncia, no existen modelos para estas estructuras”.

Otro de los puntos que genera controversia es el lugar de importancia que el artículo 17 del decreto le otorga a la Secretaría de



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


Medicina prepaga

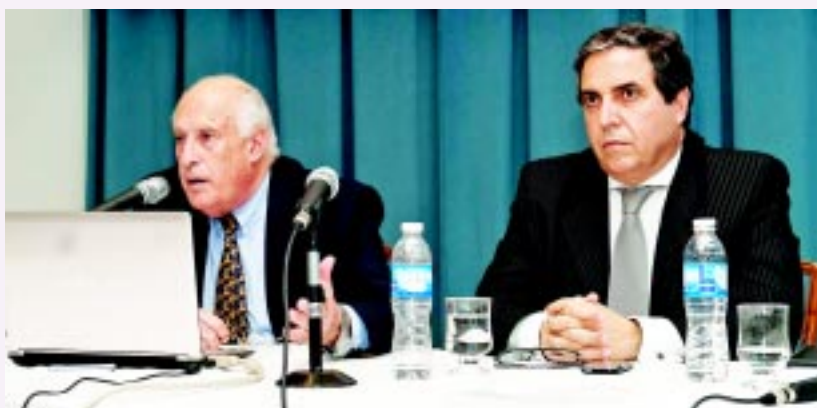
Comercio: "La SSSalud deberá pedir a la Secretaría de Comercio un dictamen vinculante para habilitar la autorización de los incrementos", advirtió Troisi.

Más tarde, destacó, en relación a la problemática de la fijación de los precios, que la nueva reglamentación propone un modelo de precios constante, frente al modelo actual, de cuotas escalonadas. "El sistema actual, escalonado, está diseñado para atraer a la gente joven y genera una disputa por los precios", subrayó. En cambio, el modelo propuesto por la nueva reglamentación tendería a fijar un precio constante: "Se podrían señalar ventajas y desventajas, pero es importante destacar que, mientras el modelo actual beneficia a los más jóvenes, el modelo de precios constantes aseguraría, en la edad adulta, valores estabilizados". Sin embargo, destacó Troisi, "resulta muy complejo el cambio de un sistema al otro de la forma en que se está llevando a cabo".

En relación a la admisión por parte de las empresas de beneficiarios mayores de 65 años, otra de las cuestiones más polémicas, Troisi especificó que "la autoridad de aplicación va a ser la encargada de definir los porcentajes para los costos, pero no se sabe cómo se van a instrumentar". En referencia a la rescisión de los contratos, Troisi acordó con sus colegas en que, en este terreno, "se están estableciendo similitudes con la Seguridad Social" y en que "falta avanzar mucho".

La aplicación o no de los reintegros del APE (Administración de Programas Especiales) es otro de los puntos en los que, explicó Troisi,

Rubén Marano advirtió que "cuidar al beneficiario es primordial pero también hay que cuidar al sistema, porque si no hay sistema no hay beneficiarios".



Dr. Rubén Marano y Dr. Miguel A. Troisi.

la ley plantea incertidumbres. "En el caso de los planes superadores, si pertenecen a afiliados obligatorios, la ley no deja en claro si se pueden aplicar o no los reintegros; la idea no fue dejar afuera de la ayuda del APE a los usuarios obligatorios pero la ley no es clara en este sentido; por eso hay que avanzar en este tema."

Hacia el final, Troisi concluyó que "es imprescindible proteger al usuario y que los ingresos estén en manos de quienes los manejan de la forma correspondiente".

CUIDAR EL SISTEMA

Al iniciar su intervención, el doctor Rubén Marano advirtió que "cuidar al beneficiario es primordial pero también hay que cuidar al sistema, porque si no hay sistema no hay beneficiarios". En relación con uno de los temas más críticos de la ley, el de las carencias y las preexistencias, Marano señaló que "debe ser tratado con mucho cuidado porque no se puede realizar traslados linealmente desde las normativas de la Seguridad Social al ámbito de la afiliación voluntaria". Este tipo de acciones, aclaró, "pueden desequilibrar el sistema".

Más tarde, Marano pasó a describir las diferencias y similitudes que existen entre los afiliados obligatorios, los voluntarios y los monotributistas, tal como surgen del análisis de la entidad que dirige. "En nuestros planes, los afiliados obligatorios realizan 5 consultas por año; los monotributistas, 7; esto nos dice que el monotributista tiene características similares al afiliado voluntario". En este

sentido, explicó, "el sistema de monotributo funciona como una alternativa para gente que no puede acceder a un servicio de costos más altos". En esta situación, detalló Marano, surgen complicaciones. Al no incrementarse las cuotas del monotributista, "el afiliado obligatorio termina subsidiando al monotributista".

En sus conclusiones, Marano señaló que "la fijación de precios va a ser un tema muy complejo para la autoridad de aplicación" y que "las entidades que gestionan la salud tienen que protegerse para que pueda existir un sistema". □

(1) Con la creación del Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.), mediante la resolución 55/12 del 23 de Enero de 2012, la SSSalud normatizó la inscripción y además recientemente en Febrero con la Resolución 146/12, se otorgó una prórroga de sesenta días para cumplimentar la obligación de las empresas de medicina privada de presentar el padrón actualizado de usuarios y el listado de efectores prestacionales. Al cierre de esta Edición, con la sanción de la Resolución 174/12 la SSSalud extendió el plazo hasta el 16 de marzo inclusive para la inscripción de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la ley N° 26.682 (Mod. por decreto N° 1991/11) en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.).



**CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**

La evolución en el diagnóstico

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

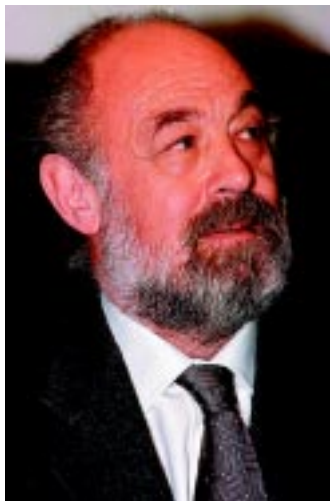
SEDE BARRIO NORTE - ABASTO - MICROCENTRO - BELGRANO
PROXIMAMENTE NUEVA SEDE ESMERALDA 135

CENTRAL ÚNICA DE TURNOS: (011) 4011-8080
ATENCIÓN GENERAL: (011) 4011-8000
CDR@CDROSSI.COM - WWW.CDROSSI.COM

Sitio Móvil



<http://m.cdrossi.com>



La brecha público - privada

“La vida es muy peligrosa. No por las personas que hacen el mal, sino por las que se sientan a ver qué pasa”.
Albert Einstein

Por el Doctor Ignacio Katz

La contingencia es compleja en el área de la salud –en su significado más profundo– y es ella la que nos señala la necesidad de priorizar la solidaridad y el progreso, a fin de evitar (y revertir) las desigualdades que ocasiona el aumento de la brecha entre lo público y lo privado. Esto solo se alcanza a través de un diálogo propositivo y una negociación acordada.

No bastan las fórmulas matemáticas para resolver la actual situación, que por demás es conocida, pero -a mi entender- debemos extender su comprensión mediante un método que enlace la teoría y la acción. Si se logra que interconectemos los componentes existentes, se habrá construido una red asistencial que incremente su potencia y eficiencia.

Las rupturas políticas permanentes que ha sufrido la vida institucional del país, han tenido su correlato en la consolidación de un campo sanitario fragmentado, en donde los lineamientos nacionales se diluyen en pocos años, o ni siquiera llegan a instrumentarse. De este modo, cada distrito actúa como puede, a ciegas en muchos casos, despilfarrando recursos y tiempos; cuando con una política en salud mancomunada entre la Nación y las provincias, se podría ayudar a revertir décadas de atraso.

Las asimetrías que son evidentes entre distintos puntos geográficos refuerzan las desigualdades sociales preexistentes. Así, una persona empobrecida en lo económico sufre además otra inequidad cuando está en una zona con baja calidad sanitaria. Esta mala atención a su vez potencia esa carencia original, a través de enfermedades que se detectan tardíamente y que incapacitan a la persona afectada, al mismo tiempo que la sumerge en una serie de gastos extra en medicamentos y traslados a los centros de atención.

Cabe recordar que un 36 % de la población argentina sólo cuenta con el hospital público para resolver sus problemas de salud. Esto significa que algo más de 14 millones de personas deben confiar en el Estado, en sus distintos niveles (nacional, provincial y municipal) para tratar sus enfermedades. Por lo tanto, cualquier demora en lograr un verdadero Sistema Federal Integrado de Salud a

nivel país, más que un atraso es una falta de compromiso social.

Hegel, el gran pensador alemán, ha expresado lo que él denominaba “la astucia de la razón” en la historia. Esto es precisamente de lo que se trata a nivel país, ser lo suficientemente astutos como para poder construir una estructura sanitaria nueva y, fundamentalmente racional.

Ya en *La fórmula sanitaria* publicada por EUDEBA en 2003, explicaba la necesidad de arribar a un Acuerdo Sanitario que contemple los cambios demográficos, económico-sociales, la biodiversidad acentuada por el envejecimiento de la población, y la innovación tecnológica, que tornaban difícil la sostenibilidad de un accionar que a todas luces se revelaba anacrónico. Dada la importancia y la complejidad de este tema es que no debemos soslayar la preocupación constante en la búsqueda de encaminar su solución. No se trata de imperfecciones del sistema. Se trata de su ausencia, cuyo síntoma más saliente es la fragmentación y dilución de responsabilidades que esto conlleva.

Hoy considero que el acuerdo es urgente no sólo por ser una “obligación moral”, sino una “necesidad social” perentoria, que tenga como meta la atención sociosanitaria.

A la fragmentación se la combate con la verdadera federalización. Esta última palabra no implica un Estado nacional que decida absolutamente todo, y de manera inconsulta. Por el contrario, un verdadero federalismo tiene una guía central, orientada desde la Nación, y luego cada provincia aplica y adapta esos lineamientos a su realidad territorial, sanitaria, económica y cultural. Pero esa aplicación tiene que ser efectiva, estructural, y no una simple expresión de deseos, mediante la cual las autoridades regionales se desentienden de cualquier compromiso de cumplimiento de las políticas públicas nacionales. Pero “federalizar” es imposible sin un marco básico de normativas, postulados y objetivos que deben cumplir todos los protagonistas del Sistema.

Proponer un Acuerdo debe servir, por un lado, para que el sector privado no sea el que defina la política de salud en el país, basándose en una idea de



“cliente” en vez de “ciudadano”. Por el otro, establecer claramente los roles que debe cumplir también el sector público, e involucrar activamente a las universidades en la interacción con otras instituciones públicas y privadas, para que vuelquen sus saberes en pos de un mayor bienestar social.

Es ensamblando el accionar público y privado a partir de una planificación estratégica que paute intereses y finalidades comunes, que podremos coincidir con lo recomendado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) cuando señala la necesidad de una reforma integral del sistema y una rejerarquización del rol del gobierno nacional, que posibilite una articulación y coordinación activa, en correspondencia a nuestra condición actual.

Con este fin, se hace imprescindible apuntar a consolidar un verdadero “Acuerdo Sanitario”, mediante el cual los distintos actores de dicho campo interactúen entre sí, asuman sus responsabilidades legales y sociales, y se articulen unos con otros, guiados por las orientaciones emanadas desde el Estado.

No se trata de discusiones entre tecnócratas, sino de poder entablar un lenguaje llano que exprese en una agenda pautada, funciones y finalidades de aquellos que componen el complejo campo de la salud, a fin de saber su costo real y garantizar su financiamiento.

Este Acuerdo debe servir para que todos los componentes del futuro sistema sanitario compartan objetivos y políticas básicas, a cumplir con la tarea que a cada uno le toca.

Si cada jurisdicción no toma medidas homogéneas y articuladas bajo la guía de la Nación, la población seguirá padeciendo las inequidades que actualmente observamos a diario.

Es tiempo de decisión política y responsabilidad colectiva. No hay que esperar que la crónica periodística nos ocupe con algún escándalo relacionado con la medicina, o que alguna epidemia, real o exagerada por los medios, inquiete a la población. Cuando los cambios se producen a las apuradas, suelen ser contraproducentes.

No esperemos a que sean las noticias las que nos obliguen a tomar las medidas necesarias para crear el verdadero sistema de salud integrado, federal y solidario. Que el futuro nos depare un orden más justo, en especial para aquellos millones de pacientes que muchas veces, más que pacientes son sufrientes, por ausencia de un concreto sistema sanitario. □

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 Formula 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.

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

CONEAU Expte. 804-122/10

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

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

GESTIÓN DE SALUD AMBIENTAL

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

GESTIÓN DE SERVICIOS EN DISCAPACIDAD, SALUD MENTAL Y GERONTOLOGÍA

Disc. Res. N° 1813/08 M.E. - CONEAU Res. 247/10 Categoría C
Ger. Res. N° 275/00 M.E. - CONEAU Res. 410/04 Categoría C
SaMe Res. N° 499/02 M.E. - CONEAU Res. 243/10 Categoría C.

5239.4000
www.isalud.edu.ar
informes@isalud.edu.ar
Venezuela 931/847/758 | CABA

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

 ISALUD
1991-2011



Diez mandamientos para el sistema de salud

Por el Dr. Federico Tobar

La Argentina es el único país de la región que no cuenta con una Ley rectora de su sistema de salud. Este hecho parece haber pasado desapercibido hasta el momento. Pero: ¿Es necesaria una ley? Desde el año pasado, un conjunto de sanitarios, nos venimos reuniendo de forma periódica para debatir esta cuestión y aún no hemos conseguido llegar a una conclusión. Sin embargo, advertimos el riesgo de que aparezcan nuevas propuestas de ley que resulten más problemáticas y nos alejan de la solución.

En estas líneas propongo una reflexión respecto al horizonte del sistema de salud argentino, bajo la forma de un conjunto de hipótesis como imperativos categóricos que el sistema de salud debería cumplir.

1. El sistema de salud debe construir ciudadanía. El sentido de las políticas de salud es la integración de la sociedad. La salud es una conquista social. Concretar derechos es más que combatir enfermedades y ganar años de vida. El fin último de las políticas de salud no se limita a que la gente viva más y más sana. Al fin y al cabo las medidas respecto a cuánto es vivir mucho y cuánto es vivir poco no dejan de ser artificiales. El animal humano está preparado para vivir en condiciones naturales poco más de 30 años. Hoy, en media, los argentinos alcanzan dos veces y media esa cantidad. Pero ese logro no resulta suficiente ni genera satisfacción. Porque resulta inaceptable perder una sola vida

humana antes de tiempo. Además de evitar las muertes, tanto como sea posible, hace falta darle vida a los años ganados. El sector salud no garantiza esto pero contribuye evitando y reduciendo la enfermedad y sus secuelas. En otras palabras se trata de ganar tanto cantidad como calidad de vida para que los argentinos se realicen y concreten sus derechos. De eso se trata construir protecciones sociales en salud.

2. El sistema de salud debe promover la equidad. Si vamos a consolidar la salud como un derecho universal, es necesario avanzar garantizando cuidados de calidad homogénea. Es decir, semejantes para todos, independientemente de la capacidad de pago de las personas. Un derecho universal no debe segregar ni social ni territorialmente. No debemos perpetuar un modelo sanitario con una salud pobre para pobres y una salud de calidad para ricos. En un sistema equitativo el acceso a los cuidados debe ser independiente del ingreso o condición social del ciudadano. Siendo la salud un bien común cuyo acceso en condiciones de calidad homogénea es garantizado por el Estado, la política sanitaria se debe inspirar en un principio de justicia redistributiva que, a través del financiamiento colectivo, permita al acceso a bienes y servicios de calidad aun para aquellos ciudadanos que carecen de medios para pagar por las prestaciones que reciben. Claramente, esto significa que quienes tie-

nen capacidad contributiva deben colaborar con aquellos que no la tengan, por lo cual el principio es que cada uno contribuye de acuerdo a sus recursos y recibe de acuerdo a sus necesidades sanitarias.

Sin embargo, es imprescindible recordar que la equidad en la financiación es un medio, no es el fin. Sí es un fin evitar que las desigualdades sociales y económicas se consoliden en los cuerpos de nuestra población.

3. El sistema de salud debe producir salud. El enfoque de derechos centrado en protecciones (primer mandamiento) y el enfoque de equidad (segundo mandamiento) no nos eximen de producir salud. Las políticas y los servicios no sirven si no hacen que la gente esté más sana. Si lo olvidamos corremos el riesgo de repetir el discurso de las dos últimas décadas, donde la reforma del sistema era más importante que los resultados de salud y mientras gastábamos recursos en programas (y a veces nos endeudábamos para ello) aparecían enfermedades reemergentes y se retrocedía en algunos logros sanitarios. En otras palabras, producir salud es indispensable, es necesario, aunque no suficiente.

4. En un sistema que funciona bien resulta claro quién es el responsable por la salud de cada ciudadano. La enfermedad sólo avanza cuando no hay organización y la organización comienza con la responsabilidad. La frag-

mentación que aqueja a nuestro sistema de salud se manifiesta bajo la forma de disolución de responsabilidades. El problema no es que haya muchos actores sino que no haya un responsable concreto por la salud de cada ciudadano.

El antídoto contra la fragmentación comienza implantando modelos de atención con responsabilidad nominada en el primer nivel de atención. Pero también con evaluación de desempeño no sólo de los profesionales y servicios, sino también de las instituciones financiadoras responsables por garantizar la salud de las personas.

5. En un sistema de salud adecuado la salud involucra derechos, pero también deberes. El constituirse en un bien social involucra que los resultados de salud tienen una alta interdependencia. La salud se produce de forma colectiva

y ningún argentino tiene capacidad por sí solo de garantizarse un futuro saludable mientras no lo tenga el resto de los ciudadanos. Esto exige que profesionales y servicios ajusten su accionar y sigan, en forma progresiva, guías y esquemas terapéuticos. Pero también es requisito el compromiso del paciente. Los cuidados de salud no son un bien de consumo que el paciente puede usufructuar a su criterio y entendimiento. Para que todos los argentinos sean más sanos, hace falta que cada paciente siga un camino de cuidados de complejidad creciente, entrando por una puerta definida al sistema de salud, comprometiéndose con los cuidados y la adhesión a los tratamientos y a las acciones de promoción y prevención.

Es razonable y hasta deseable, que un sistema de salud tenga consideración respecto a la legíti-

ma expectativa de acceder en tiempo y forma a un turno con un médico pero no parece igualmente recomendable que sea el usuario del sistema quien defina qué cantidad de “chequeos” anuales necesita o si hace falta una tomografía computada para estudiar su cefalea. Es aquí donde suelen colisionar demanda con necesidad, dos conceptos muchas veces asumidos como uno solo y que pueden no sólo generar sensaciones de insatisfacción por parte del paciente sino también, conducir a resultados no deseados en salud. Existen múltiples definiciones para entender la diferencia entre ambos conceptos pero basta mencionar que “necesidad” se refiere a aquello que se precisa para alcanzar un objetivo determinado mientras que “demanda” es sólo la sensación subjetiva de dicha necesidad. Muchas veces ambos con-



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

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



ceptos coinciden pero otras tantas no es así, por lo cual es recomendable que sean consideradas las expectativas de los pacientes que no se refieran a temas estrictamente técnicos.

6. El sistema de salud debe promover una división del trabajo y competencias entre actores y servicios que resulte adecuado y funcional. El sistema es bueno cuando cada uno hace lo que tiene que hacer. Ni lo que puede, ni lo que quiere. Producir salud es como hacer música desde una sofisticada orquesta. Si no hay un director, si cada músico no afina su instrumento en concordancia con los demás, si no respeta la partitura que le corresponde; entonces sólo se genera ruido. Excelentes hospitales haciendo lo que no tienen que hacer no sólo es un desperdicio, es un crimen social.

Como corolario de este mandamiento podemos postular al menos otros seis:

- a) La Nación no debe hacer asistencia médica ni tener efectos.** Debe hacer lo que ningún otro hace, diseñar y coordinar el modelo de salud. Por ejemplo, construir un mapa sanitario para fijar prioridades de inversión, incorporación y desarrollo de Recursos Humanos y de tecnología.
- b) Las provincias deben consolidarse como el eje que integre territorialmente al sistema.** Es muy interesante el compromiso que asumió el actual gobierno de España de lograr definir un conjunto de cuidados y acciones de salud que cada autonomía se compromete a concretar. Brasil hizo lo mismo al definir pisos básicos de asistencia y antes lo hizo Canadá. Es un error asumir que nuestra constitución federal impide avanzar hacia un modelo más organizado y equitativo de salud. El papel de las provincias

es insustituible. Necesitamos resistir la tentación de nacionalizar las respuestas porque va contra la esencia de nuestra configuración institucional. El espacio de autonomía de las provincias debe crecer, no reducirse. El COFESA debe convertirse en el órgano rector superando su carácter meramente consultivo.

- c) Los municipios no deben ser provincias pequeñas.** La función principal de los municipios debe estar centrada en la promoción y en la atención primaria. Cuando comienzan a incorporar hospitales y buscan mayor complejidad, lejos de solucionar sus problemas de salud tienden a complicarse en el ámbito fiscal. Porque, por un lado, el hospital se lleva todos los recursos y se plantea una puja distributiva con los centros de salud y las acciones de promoción. Por otro lado, si el hospital funciona bien tiende a captar demanda de otros municipios y esto ocasiona un conjunto de dilemas. Además, el gasto hospitalario siempre se expande más rápido que los ingresos locales, de modo que el hospital resulta una bomba de tiempo.
- d) Los hospitales no deben hacer atención primaria.** A nadie se le ocurriría poner a Messi a atajar penales. A nadie se le ocurriría mandar a un niño de cinco años a estudiar en una universidad. Pero solemos poner a los servicios de salud de mayor complejidad a resolver demandas que no les corresponden.
- e) Los CAPS no deben ser salas de primeros auxilios.** Su función es desplegar una atención programada y continua. Anticiparse a la enfermedad, salir a buscar al paciente y enlazarlo en acciones preventivas y de promoción.
- f) Los promotores de la salud no deben estar adentro de los servicios.** Un promotor de salud no es administrativo ni un

auxiliar menor calificado. Un promotor de salud tiene la misión insustituible de salir (o mejor dicho de entrar) a la comunidad a transformar las necesidades en demandas. He escuchado recientemente a un secretario municipal afirmar con orgullo que tiene promotores especializados trabajando en el hospital. Considero que eso es tener capacidad y habilidad para hacer lo que no se debe hacer.

7. El sistema de salud debe ampliar los espacios de decisión y participación. Producir salud es una tarea política y social. Se produce salud con estetoscopios, con medicamentos, con recursos humanos, con servicios. Pero más salud se conquista con poder. Negar esto es no entender de salud. Sería una actitud negligente. La salud es una construcción política y la transformación sanitaria comienza, se activa, cuando hay voluntad política. Sin ella no hay cambio. Si la organización de la salud no ingresa a la agenda de políticas públicas es porque no hay voluntad política de cambiar la forma de producir salud en el país.

El primer objetivo a conquistar para construir un modelo argentino de salud será, entonces, construir esa voluntad de cambio. Y si no hay voluntad de cambio es claro que hay voluntad de preservar los problemas, las necesidades, las enfermedades y la exclusión. Pero en una sociedad democrática la voluntad política no surge del gobierno sino de la sociedad. Una transformación compleja cobra vida cuando los ciudadanos perciben que la necesitan y la convierten en una demanda.

Un vez que se logre la voluntad política indispensable, comenzará la construcción de la viabilidad. Un proyecto resulta viable cuando los actores involucrados alinean sus objetivos e intereses atrás de objetivos comunes. La

viabilidad es sincronía de objetivos y requiere sensibilizar y capacitar a los actores, a los trabajadores de la salud, a la comunidad, a los medios de comunicación, a las estructuras de gobierno de otros sectores e incluso a los partidos políticos.

El tercer paso de esta construcción política será conquistar la sostenibilidad. La misma no tiene nada que ver con el presupuesto. Una política es sostenible cuando el costo político de discontinuarla resulta demasiado alto.

Estos tres pasos, voluntad, viabilidad y sostenibilidad, sólo se concretan abriendo espacios de decisión. Los proyectos que se repliegan, que se hacen opacos y herméticos no resultan sostenibles en el tiempo. La única vacuna que se ha inventado contra las arbitrariedades y malos humores políticos es justamente más política. Más actores comprometidos en más procesos.

8. El sistema de salud debe optimizar el uso de los recursos disponibles. Los recursos siempre serán escasos en comparación con las necesidades. A mayores conquistas epidemiológicas se corresponden mayores desafíos. Las metas a conquistar serán cada vez más duras y esto exigirá apren-

dizaje organizacional permanente para mejorar junto con los recursos humanos, tecnológicos y financieros disponibles. Por ejemplo, un hospital que todos los años hace lo mismo en cantidad y calidad resultaría cada vez menos eficiente. Esto es porque el costo de los factores se incrementa solo. Los insumos siempre se encarecen e incluso el costo salarial se incrementa, aunque más no sea por la antigüedad de los agentes. En conclusión, no alcanza con hacer las cosas bien, hará falta que cada día se hagan mejor.

9. El sistema de salud funcionará bien cuando el gasto de bolsillo de las familias baje. Este es un buen termómetro del funcionamiento de nuestra organización. Si la gente debe gastar más de sus propios recursos será señal que nuestros esfuerzos fracasaron. Aún con conquistas en términos epidemiológicos resulta imprescindible que el gasto privado disminuya porque esto es indicativo de que la salud se constituye en un bien social y deja de ser un bien de consumo.

No hay fuente de financiación sanitaria menos eficiente y equitativa que el gasto de las familias. Insisto, lo primero es construir ciudadanía y producir sa-

lud; pero si esto se logra a costa de incrementar (e incluso de mantener) los niveles actuales de gasto de bolsillo, no habremos avanzado nada. Es importante no perder esto de vista porque reformas que apuntan a sistemas únicos a veces terminan generando, como efecto colateral, un éxodo masivo de sectores medios y altos hacia la medicina privada. Y esto en lugar de aumentar la equidad, la deteriora.

10. El sistema de salud funciona bien si se acaban las peregrinaciones médicas. Mientras el sistema permanezca centralizado los pacientes, trabajadores y directivos de servicios deberán recurrir a la capital provincial o a la Capital Federal cada vez que enfrenten un problema. La cantidad de trámites que se resuelven en la capital, así como la cantidad de pacientes que se deriven fuera de la provincia o de la región puede ser tomado como otro indicador del funcionamiento del sistema. Así como hace falta generar cada vez más espacios de participación y más instancias de aprendizaje para hacer las cosas mejor, también es imprescindible hacer de la descentralización un proceso permanente. □



Diseñado por médicos para médicos

Historia Clínica on line

Solución para médicos y profesionales de la salud

Consultorio Virtual
Mejor Calidad en la Atención del paciente
Foco puesto en el **paciente**, no en la administración
Indicadores y estadísticas
Acceso a su agenda de turnos y la historia clínica de sus pacientes...
y más mucho más!

Cumplimiento de la ley de Habeas Data
Sin instalación, acceso vía Internet esté donde esté

Servicio 24x7 GRATIS para médicos

Escribanos a info@epicrisisweb.com
y obtenga su acceso personal para comenzar a disfrutar de los beneficios que EPICRISIS tiene preparados para Ud.

www.epicrisisweb.com
Una sana costumbre



Actualidad en salud mental

La Obra Social *andar* inauguró su nuevo ciclo de *Jornadas de Participación y Compromiso con la Salud*. La primera emisión estuvo destinada a la salud mental y contó con la presencia de destacados profesionales especialistas en la materia. El tratamiento de las adicciones, las consecuencias de la internación y las nuevas formas de lazos sociales fueron algunas de las temáticas que se abordaron.

A pesar de ser una obra social joven, **andar** brinda servicios con altos niveles de calidad y ofrece una prestigiosa cobertura prestacional a lo largo de todo el territorio nacional.

Mientras que paralelamente también, como Obra Social Sindical, **andar** asume a su vez otro tipo de rol. Todos los años lleva adelante campañas de prevención, promueve el cuidado de la salud y realiza distintos tipos de acciones para toda la comunidad.

"El compromiso no es sólo con los trabajadores sino con toda la población en general de la República Argentina", dijo el Presidente Luis Carlos Cejas en la apertura del nuevo ciclo. Las *Jornadas de*

Participación y Compromiso con la Salud fueron inauguradas con el objetivo de abordar temáticas actuales de la medicina moderna a través del enfoque de distintos especialistas.

Las adicciones

La primera jornada estuvo dedicada a la problemática actual de la salud mental y tuvo como exponente principal al Lic. Francisco Hugo Freda, quien es miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y de la Escuela de Orientación Lacaniana Argentina.

Freda lleva más de treinta años trabajando con toxicómanos no sólo en la Argentina sino también en Francia donde fue Fundador del

Centro de acogida y de tratamiento para toxicómanos de Reims y Director del Centro psicoanalítico de consultación y tratamiento de París (actualmente es Director del Centro de Estudios Psicoanalíticos de la Universidad de San Martín).

"El toxicómano adquiere por esa práctica un nombre, una manera de ser. Algo que lo ubica y lo ordena tanto en su vida como en el mundo", explicó el psicoanalista a modo de introducción en la primera parte de la jornada referida a las adicciones. "La toxicomanía está anclada en el sujeto desde siempre, por eso lo primero y lo más difícil es convencerlo de que está enfermo. El toxicómano postula al mundo una nueva manera de gozar que no está estipulada y rechaza todo lo otro", dijo.

El tratamiento

Freda fue acompañado en el primer panel por dos médicos especialistas en psiquiatría: el Dr. Sergio Orlandini Cappannari (Director de Contextum y Presidente de la Asociación Argentina de Promoción de la Salud) y el Dr. Javier Naveros (Director de la Diplomatura en adicciones de la Universidad de Maimónides).

Orlandini Cappannari hizo hincapié en la posibilidad de prevenir las adicciones. En este sentido dejó en claro que las drogas son productos sociales y por consiguiente "hasta el agua puede convertirse en una adicción". Quien es también miembro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos se sumó al "pesimismo" de Freda y coincidió en eso de que "no todo se cura"; al tiempo que habló de la necesidad de "globalizar" los tratamientos en un mundo en el cual el consumo de drogas está también "globalizado".

Naveros, por su parte, se refirió a los distintos tipos de tratamientos. Explicó que no hay uno "definitivo", ni tampoco existe aquel que es "el apropiado para todas las personas". El psiquiatra con formación en neurociencias y terapia sistémica aclaró que el



El Presidente Luis Carlos Cejas en la apertura del nuevo ciclo junto a la Dra. Magdalena Lagier, Gerente de Prestaciones de **andar**.



tratamiento “puede ser de por vida”, pero también dijo que la recuperación “es posible”.

Los nuevos lazos sociales

El segundo panel estuvo referido a la familia, y en esta oportunidad quien acompañó al Lic. Francisco Hugo Freda fue la Lic. en psicología María Esther Cavagnis, quien es Magister en psicología clínica y miembro de la Fundación Familias y Parejas.

A través de la ejemplificación de un caso clínico Cavagnis enumeró las notables diferencias que existen en la actualidad en los vínculos familiares y habló de la necesidad de encontrar el modo de ser familia hoy “bajo las circunstancias que se nos presentan”.

Mientras que el tercer panel contó con la participación del Prof. Fernando Peirone (Fundador de la Facultad Libre de Rosario) y el Lic. Néstor Borri (Comunicador social y educador, Director del Centro MAPAS de Formación política).

Peirone habló de la organización social en un mundo mediado por la tecnología a partir del cual “el futuro pasó a ser un presente



El Lic. Francisco Hugo Freda junto a los integrantes del primer panel: el Dr. Sergio Orlandini Cappanari y el Dr. Javier Naveros.

absoluto”. Mientras que Borri hizo hincapié en los nuevos lazos sociales que se dan actualmente en el mundo del trabajo.

El cierre

Antes de terminar el Lic. Francisco Hugo Freda invitó a subir al escenario nuevamente a Luis Carlos Cejas. El Presidente de la Obra Social de Viajantes Vendedores agradeció la presencia de todos y celebró con orgullo el éxito de la

1ª Jornada de Participación y Compromiso con la Salud. □

Auspiciaron la 1ª Jornada de Participación y Compromiso con la Salud la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, la Fundación Universalista Social Argentina (FUSA), la Fundación Familias y Parejas, la Asociación Argentina de Promoción de la Salud (AAPS), la Universidad Nacional de San Martín, Contextum, Lectura Mundi y Pasaje 865 /.

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

ESPECIALISTAS EN GESTION DE RIESGOS MEDICO LEGALES
10 AÑOS
2001-2011





Política sanitaria: navegando a la deriva

Por Carlos Vassallo *

Navegar a la deriva es navegar sin gobierno, sin control, a merced de la marea. Es una buena descripción se me ocurre de lo que sucede en el diverso sistema de salud de la Argentina. Como establecer un rumbo en una nave donde no existe un capitán ni unidad de mando sino que el poder está distribuido entre varios tripulantes que logran impedir que alguien navegue pero que son incapaces de gobernar y conducir el barco hacia su destino.

Qué destino: una organización del sistema de salud más integrada que preste servicios de calidad a toda la población sin distinción de raza, religión, lugar geográfico o nivel de ingreso económico, o tipo de enfermedad o patología. Financiada en forma equitativa y con información que permita medir los resultados que se van obteniendo o variar el rumbo del barco si comienza a navegar a la deriva (en términos náuticos sería desvío de la trayectoria real (derrota) de una embarcación con respecto a la verdadera dirección de su proa.

Lo importante es tener proa, saber la dirección hacia donde navegaremos. No se puede cambiar de rumbos permanentemente según los intereses y factores que inciden en una u otra gestión de gobierno que se va sucediendo. Con un Congreso que legisla sin respaldo técnico y un Poder Ejecutivo (Nacional, Provincial y Municipal) que lo único que intenta es que la gente no proteste demasiado y pasar inadvertidos descargando responsabilidades.

El mayor problema es que el barco no existe. Sólo pequeñas balsas y barquitos que navegan con su propio capitán y planteando el rumbo y las coordenadas que quieren y pueden. Para definir la proa es necesario subir a todos al barco o armar una escuadra (conjunto de buques que navegan juntos) con un comandante. Me inclino a pensar tomando las lecciones de los intentos de reforma que estamos más cerca de construir una escuadra que de poner a todos en un solo barco.

No hemos discutido todavía en la Argentina el

derecho a la salud, pero no desde un punto de vista teórico o legal sino operativo. Los recursos no son infinitos y en consecuencia el gasto tiene que tener criterios y orden. No es posible lavarse las manos diciendo que todos tienen el mismo derecho y que todos concurren para que se les brinde ese derecho amplio a la salud que nadie se atreve a priorizar.

Claro la pregunta sería ¿cómo priorizar? Pues con los estudios de carga de la enfermedad y mortalidad que permiten conocer donde ganar más años de vida según la prevalencia de determinadas patologías o problemas sociosanitarios. Estos estudios constituyen una guía indispensable para tomar decisiones acerca de dónde y qué financiar en materia de salud.

Otra guía, los estudios de costo efectividad de las prestaciones, equipamiento, tecnologías y medicamentos que permitan saber cuáles son los componentes que no pueden faltar para asegurar un básico de salud para todos. Ese básico de salud es preventivo, curativo y de rehabilitación pero está construido de tal manera que tiene un sustento científico, legal, social y económico.

Estos son los instrumentos que el barco necesita para poder navegar hacia una dirección, también es necesario discutir y organizar quién será y qué rol deberá cumplir el comandante de la escuadra. Es el que planifica la operación y que ayudará a que mantenga el rumbo, pero no es el responsable del resultado. El resultado es responsabilidad de todo el equipo.

Qué habilidades debe tener o desarrollar un buen comandante para cumplir su papel de guía:

- facilidad de transmitir sus ideas, que el equipo entienda que quiere (construir instituciones) Consejo Federal de Salud ampliado.
- Pensamiento creativo, tiene que poder improvisar soluciones en forma rápida y efectiva.
- Análisis, antes, durante y después de las operaciones y programas que se lleven a adelante.

Hoy el Ministerio de Salud de la Nación, la Superintendencia que responde a intereses de los

sindicatos por el otro, los gobiernos provinciales, el Pami y las empresas con y sin fines de lucro que prestan servicios en salud conforman un quinteto donde no existe un mínimo consenso sobre la carta de navegación.

Cada uno intenta navegar por las suyas, con su barco o balsa e imponer su propio proyecto y en consecuencia observamos cómo el sistema se va degradando y todos más tarde o más temprano comienzan a hundirse lentamente pero sin pausa.

De pronto aparece un superministro de economía que comienza a intervenir, intentar regular y tapar agujeros de un modelo económico agotado y sus decisiones comienzan a incidir sobre el sistema de salud sin tener absolutamente nada que ver con la búsqueda de mejor salud, uso racional de los recursos y costo efectividad de las prestaciones que se brindan.

Y allí vamos como una escuadra a la deriva adonde un loco ahora se apodera del timón y en forma marginal comienza a tomar decisiones para evitar amotinamientos y protestas, imponiendo restricciones en el consumo que no tienen absolutamente nada que ver con las prioridades sanitarias y el costo efectividad sino con las divisas requeridas para solventar las mismas.

En 1978 Italia organizó su servicio nacional de salud, luego en 1984 Canadá aprobó el acta de salud

y la misma garantiza a todos los ciudadanos canadienses y residentes permanentes el derecho al seguro de salud y los servicios médicos necesarios, Brasil (1988) incluyó el derecho a la salud en su reforma constitucional y luego dio origen al SUS (Sistema Único de Salud) y finalmente Chile (2002) aprobó un conjunto de leyes con el objetivo de que la población tuviera mayor y mejor acceso a los tratamientos de enfermedades, se redujeran los tiempos de atención, se ampliara la red de establecimientos de salud y que no existieran impedimentos económicos para que las personas puedan someterse a tratamientos médicos complejos.

Estos países construyeron sus barcos (Italia y Brasil) o escuadras (Chile y Canadá) para navegar en las procelosas aguas de la salud y la enfermedad, La Argentina se encuentra ante el desafío de establecer reglas de construcción de la escuadra, seleccionar al comandante y poner proa hacia una mejor salud para todos. □

*** Carlos Vassallo.**

Consultor en Economía y gestión de la salud y el medicamento.

vassalloloc@gmail.com

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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





Reglamentación de la ley de medicina prepaga (1^{ra} Parte) “Dura Lex Sed Lex”

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

Apenas pasados seis meses de la sanción de la ley de Medicina prepaga, fue publicado el decreto reglamentario 1993/2011.

UN DECRETO DE NECESIDAD Y URGENCIA (Noticias malas y buenas)

El mismo día fue publicado el decreto 1991/2011 en el que modificó el art. 1° de la ley 26.682.

Noticia mala: la norma es de dudosa constitucionalidad, aunque difícilmente sea así declarada.

El Poder Ejecutivo no debería modificar las leyes que dicta el Congreso, ni siquiera para subsanar los errores del Legislativo, para eso, tiene el mecanismo del veto (total o parcial).

Noticia buena: era, lamentablemente, necesario: porque el art.1° era incongruente con el 2°.

El 1° excluía de ser consideradas “medicina prepaga” a las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles, fundaciones y obras sociales sindicales, creando fáciles mecanismos para evadir el sistema.

El 2° establecía el principio de la “realidad económica”: todos los que brinden medicina prepaga están sometidos a la reglamentación.

La técnica legislativa reconoce varios defectos, quizás el peor sea la incongruencia: que la norma diga algo y lo contrario simultáneamente.

Una vez pasada la oportunidad del veto, “algo había que hacer” para terminar con esa contradicción. El mecanismo elegido es cuestionable pero el resultado bueno: al menos sabemos a qué atenernos (y nos ahorramos años de incertidumbre hasta que la justicia declarara que el válido era el artículo 2°).

LA LEY ES MALA PERO OBLIGATORIA

En números anteriores: “El proyecto de ley de Medicina Prepaga (Edición N° 51 Setiembre 2008) y “Ley de Regulación de Medicina Prepaga o el regreso de los muertos vivos (Edición 62 diciembre de 2010) comentamos la ley y sus graves defectos.

Los juristas romanos, cuando aplicaban leyes malas o que llevaban a resultados injustos decían “dura lex sed lex” traducido: “la ley es dura pero es ley.”

En ese marco negativo, el decreto no es tan malo como pudo ser, hasta modera a la ley.

LA AUTORIDAD DE APLICACION (El infierno tan temido)

La reglamentación estableció como autoridad a la Superintendencia de Servicios de Salud (salvo en un aspecto).

Creemos que es un acierto o al menos, el mal menor.

Si bien los arts. 4° y 5° de la ley le otorgan las facultades omnímodas, la SSSalud no debería aplicar

criterios diferentes para obras sociales y prepagas por lo que la flexibilidad que tiene con unas debería redundar en beneficio de las otras. Además, la SSSalud y sus funcionarios tienen experiencia en la materia.

Peor hubiera sido crear un organismo con funcionarios nuevos y sin reglas previas y sumarle el doble comando del Ministerio de Economía y la “coordinación” con las autoridades locales.

Otro acierto, cuando la Súper realice el “análisis de la viabilidad para funcionar” de una prepaga, (que implica la prohibición de funcionar en caso negativo) lo resolverá “con base en normas de carácter general que la misma autoridad publicará”.

La sola existencia de las normas mínimas generales disminuye el margen de arbitrariedad que la ley concedía a la Autoridad de Aplicación.

LA OPERATORIA

El decreto deja múltiples aspectos a la “implementación” a resoluciones de la Superintendencia, hubiera sido imposible establecer sistemas de costos crear organismos, reglamentar su funcionamiento, etc. en tan breve lapso: el trabajo lo hará el organismo en la medida que pueda organizarlo.

Habrán un cuerpo de síndicos, auditores y veedores fijos para cada entidad o grupo de entidades que se renovarán cada cuatro (4) años. Las atribuciones y formas de operar serán fijadas por la Superintendencia.

Crea el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) donde deberán inscribirse todos los que presten el servicio, inclusive las Obras Sociales, en sus planes de adhesión voluntaria y los planes “superadores” y “corporativos”.

Para las entidades nuevas todos los requisitos son “previos”, ya es obligatoria la autorización a “iniciar su funcionamiento” y no todo está “implementado”, creando así una virtual suspensión del ingreso al sistema.

Una vez que la Superintendencia implemente todo el sistema existirá un deber de información y fiscalización total y permanente.

¿QUE HACER AHORA?

Las empresas deben acceder al Registro (R.N.E.M.P) en forma provisoria.

Hasta donde sabemos los únicos requisitos exigidos hoy son los modelos de contratos (reglamentos) planes, la información societaria y patrimonial.

Cuando la SSSalud se encuentre en condiciones, seguirán: el padrón, con la distribución territorial, datos patrimoniales, financieros, contables, estructura orgánico-funcional, de costos, cobertura prestacional médico-asistencial, y los muchos otros que establece el artículo 5°.



LAS FACULTADES “PARAJUDICIALES”

En artículos anteriores resaltamos la peligrosidad del art. 5º inciso “j” (de la ley) que, potencialmente permitía que la autoridad ejerciera funciones judiciales al “tramitar los reclamos de los usuarios”. Felizmente, el decreto no fue tan lejos y sólo promete un sistema general de tramitación de reclamos.

LOS AUMENTOS EN LAS CUOTAS ¿LOBO ESTA?

Deberán ser tramitados ante la SSSalud y aprobados previo “dictamen vinculante” de la Secretaría de Comercio Interior, actualmente desempeñada por “el cuco” Guillermo Moreno y aprobadas por Resolución del Ministro.

Este sistema implica que las pautas las establecerá la SSSalud pero el “sí o no” lo dará Comercio y el Ministro de Salud convalidará todo mediante resolución.

No parece un régimen particularmente ágil en épocas de inflación, al menos de los costos prestacionales.

El art. 5º inciso “g” del decreto remite al art 17, que dice que la Superintendencia “implementará la estructura de costos que deberán presentar las entidades, con los cálculos actuariales necesarios....”. (El detalle es largo).

Es muy positivo el expreso reconocimiento de que la medicina tiene su propia estructura de costos...no fuera a ser que a algún funcionario se le ocurriera denegar aumentos porque éstos excedieran, por ejemplo el cuestionado índice de precios al consumidor del INDEC.

Resulta opinable si el procedimiento de aumento de las cuotas se encuentra actualmente vigente, en nuestra opinión, no lo está.

Una correcta interpretación de lo normado es que hasta que la SSSalud no “implemente” esa estructu-

ra de costos, el sistema de aprobación previa no puede entrar en vigencia y por ello la fijación del monto de las cuotas continúa en poder de las empresas, con la supervisión optativa de las autoridades locales de comercio (no olvidemos que la defensa del consumidor es facultad delegada a las provincias).

Esperemos que este razonamiento sea compartido por la SSSalud porque si no puede pasar mucho tiempo antes de que se apruebe un aumento y dada la estructura de costos de la salud el sistema no toleraría cuotas congeladas meses o años.

Las Obras Sociales por el contrario gozan de las ventajas de aumentos de cuotas automáticos al incrementarse los salarios de su actividad.

Lamentablemente la presión que puede ejercer actualmente la autoridad, con la sola amenaza de no inscribir a las empresas en el Registro, es mucha.

Esperemos que esté a la altura de las circunstancias.

CONCLUSIONES

Desde que se sancionó la ley sabíamos que la actividad y operatividad del sector tendría un grado de control estatal máximo.

Con expectativas tan negativas, la reglamentación es hasta “moderada”: pudo ser peor.

La unificación del contralor de Obras Sociales y Prepagas resulta ventajosa.

Esperemos que las autorizaciones previas de aumentos de cuotas esperen a la implementación del procedimiento del decreto.

Queda mucho por comentar de la reglamentación, pero el espacio es limitante.

En próximos números seguiremos. □

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





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





FACTORIAL: el cuarto paso: lecciones desde el primer mundo

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

Concluido el año 2011 y transitados ya tres pasos de un complejo conjunto de factores que afectan a la “salud global”, (ver números anteriores de la *Revista Médicos-Medicina global*) aparece como conveniente abordar las lecciones que el mundo debe aprender de la crisis que se desprende de una Europa que bien podría ser calificada como “medieval”, así como de una democracia referente tal es considerada en la figura de los Estados Unidos de Norteamérica.

Indudablemente todo indica que la “salud como derecho humano elemental”, se encamina hacia su peor hora...

Lecciones:

1. La Unión Europea, a pesar de sus exhaustivas regulaciones y controles ejercidos a través de mecanismos de control fehacientes, enseña figuras “graves” que exponen falencias operativas cuyas consecuencias más negativas concentran en el daño en las “gentes”. Por caso, el fraude de las prótesis mamarias PIP y el número de pacientes perjudicadas en el mundo entero, por fisuras inadmisibles en los controles de los estados miembros, deja en evidencia que los tan alabados mecanismos de control y seguimiento, no son más que un espejismo y que por ende depositar la confianza en ellos representa un error más grave aún. Es de esperar que la fisura del sistema se amplíe y multiplique, debido a reclamos que nacen de distintos sectores de la comunidad y que permanecen sin respuesta alguna.
2. Los recortes implementados en España por el nuevo gobierno, se muestran como inequitativos tanto como discriminatorios, aleatorios a las conveniencias sectoriales del partido político que asume la conducción, en desmedro de la sociedad española en su conjunto. Un sistema que había sido ejemplo y referencia para el mundo de habla hispana, así como para países anglosajones y otros bien diferentes en su diseño y esquematización, ha sido puesto en tela de juicio y desmerecido por nuevas autoridades cuya prioridad estratégica se concentra en hacer los “deberes” que le impone un Fondo Monetario Internacional repleto de recetas que contrarían el
3. sentido común, la conciencia social y la inteligencia pública, esto es, van en contra del derecho humano y ciudadano.
3. Esos mismos recortes que se representan con una temible tijera de alcances intangibles, pero efectivamente destructivos, han dejado en evidencia que las ciencias médicas, la investigación y el desarrollo, así como la inversión necesaria para su sostenimiento, necesarios e imprescindibles para el respaldo de la salud social y de las personas como individuos, no están en la consideración política, no ahora, tampoco de cara al futuro. Ello se desprende de medidas que pretenden avasallar para luego justificar, jamás innovar, mucho menos conservar los espacios ganados con las “pestañas quemadas” por los otros.
4. Otro ángulo del modelo de los “recortes” españoles en la materia médica, deja en claro que la medicina como ciencia, que el sistema de salud como derecho social, son la trama necesaria para interrelacionar a las partes involucradas, coordinándolas de cara a necesidades versus coberturas y prestaciones, tampoco entran en la consideración de la planificación de los estados políticos, lo cual redundará en un médico de rodillas ante el sistema, esclavizado a los antojos de los oportunistas que nunca miden las consecuencias. Más horas de trabajo con menos remuneración, menos medios asistenciales y muchos menos recursos nacidos de presupuestos genuinos, imponen la clara visión de que la “comunidad” de votantes no es significativa a la hora de las obligaciones del Estado, más ausente que nunca antes.
5. Una anticonducta más de la larga lista que desciende del otrora excepcional modelo europeo, son las dramáticas deudas que han aflorado por claras omisiones y negligencias de estados ausentes y de funcionarios obsecuentes. Las víctimas de esta operatoria no son otros que los mismos protagonistas que el cáncer económico ataca en el ámbito social como un todo, médicos indefensos, farmacéuticos librados a su suerte, pacientes denigrados por un sistema que los asume como “material descartable”. Sin abandonar este mismo nicho de las economías quebradas, no debe omitirse lo actuado por ese mismo Estado en relación a sus



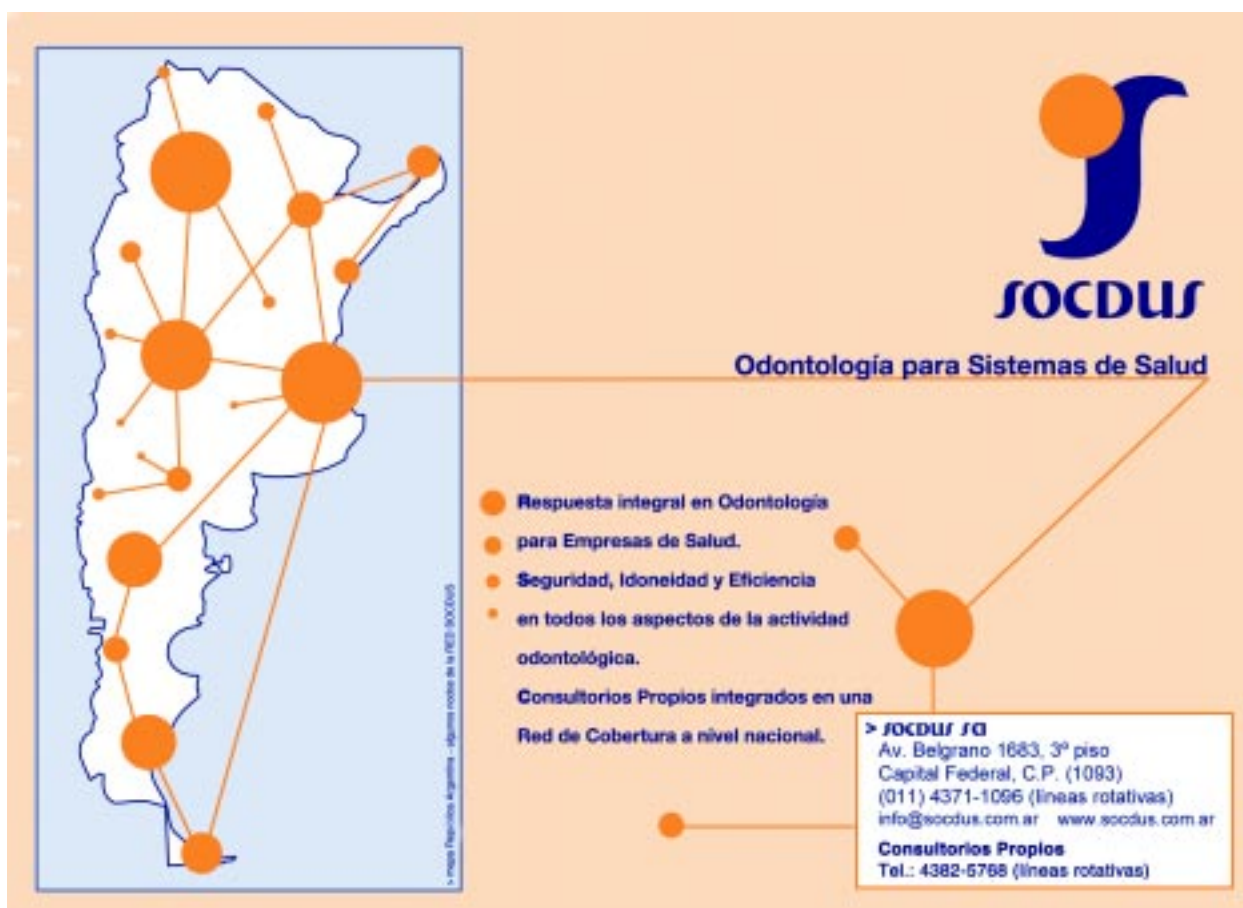
proveedores, incluyendo en ellos a la propia Industria Farmacéutica, que se transforman en agentes acreedores a eternidad de deudas que nadie tiene la intención de resolver. En este caso, pretender fabricar deuda para luego someter a los mecanismos sociales en solidarios responsables de un acto de barbarie, aparece como un hecho demencial de parte de los estamentos políticos, más allá de los grises y sus consideraciones.

6. El impuesto a la enfermedad, ahora denominado "copago", promete extenderse a toda Europa acompañando la decisión política de restar servicios, horarios, tecnologías, y todo aquello que el Estado ausente considere "gasto". Que la salud pública, derecho humano elemental, sea asumida como gasto y carga públicos, tendrá como consecuencia un daño social y económico que hoy se muestra como intangible, aun cuando ya pueden estimarse los impactos degenerativos de semejante consideración.
7. La administración Obama, por su parte, empeñada en corregir el rumbo de la "salud pública" en Estados Unidos de Norteamérica, se enfrenta a una "máquina de impedir" que además de revelar el fraude que la ha sostenido por décadas, agrega nuevos mecanismos que exponen un sistema de salud diseñado para pocos, altamente excluyente, para nada integrador. Dadas las características de los esfuerzos que enfrentan a los intereses sectoriales con los mecanismos de regulación y control, la tensión se traduce en daño hacia las

frangias sociales involucradas, cuyos problemas están cada vez más lejos de ser resueltos, observándose que la decisión corporativa de las empresas privadas de salud se sitúa bien lejos de cualquier derecho social y comunitario en un ámbito de semejante democracia.

Desde luego, las lecciones que impone el primer mundo a las economías emergentes, son mucho más que siete breves puntos, descriptos para una rauda visión bimensual. Los ciudadanos del mundo deberían comenzar a preguntarse de qué forma serán alcanzados y afectados por estas reformas, urdidas bajo el signo del atropello económico de organismos internacionales viciados de nulidad, y validados y homologados por estados políticos que han perdido su brújula (ya no su norte). En un mundo globalizado, creer que el tsunami irá para otro lado, también es parte de la negligencia consecuente a las soberbias y sus desprecios. □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2012-10-01. Copyright by Cerasale, 2012. Derechos reservados. Exclusivo para Revista Médicos, Medicina Global.
<http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com>
CIENCIAS MEDICAS NEWS®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://saludequitativa.blogspot.com>
GESTION EN SALUD PUBLICA®





Prevención del riesgo médico (2^{da} parte)

Por Fernando G. Mariona (*)

1.- NOCION DE RIESGO

Para los abogados que nos desempeñamos profesionalmente en el campo del derecho de seguros, o del derecho de daños, y porqué no en el derecho médico, el riesgo es una eventualidad que está prevista en el contrato, y cuya ocurrencia no depende de la voluntad de las partes, y no necesariamente ha de suceder. Por ello, al “siniestro” se lo denomina un hecho incierto.

En el escenario del cuidado de la salud, la noción de riesgo, podría circunscribirse a lo siguiente:

- Una situación no deseada por nadie, que tiene consecuencias negativas que resultan de la intervención de uno o varios acontecimientos, circunstancias o persona, y cuya ocurrencia es incierta.
- Todo acontecimiento del que preocupa a todos su resultado, ya sea porque reduce la expectativa del beneficio para el paciente o porque pone en evidencia la ineficiencia de una actividad humana o de una Organización.

Sin embargo, el riesgo genérico forma parte de la vida, y está presente en toda actividad humana. Pero cabe resaltar una cuestión que tal vez no le sea explicada al paciente antes de realizar un acto médico: la actitud de asumir un riesgo por el médico, está ligada a la búsqueda de un beneficio para el paciente dentro de la especialidad o del acto médico que se está realizando.

El tratamiento de una apendicitis, recurriendo a una apendicectomía, permite evitar la evolución hacia la peritonitis y el deceso del paciente, pero requiere asumir un riesgo quirúrgico y anestésico.

Asumir un riesgo genérico es a menudo una condición para obtener un buen resultado. El riesgo genérico representa la posibilidad latente de que se produzca un determinado evento, dañoso e incierto.

En todas las actividades, asumir riesgos puede permitir aumentar la performance que se quiere alcanzar.

El tratamiento de la miopía se puede efectuar utilizando vidrios correctores. El tratamiento quirúrgico de la miopía busca obtener un beneficio superior, pero requiere asumir el riesgo inherente a la operación.

La realización de un trasplante de médula ósea para el tratamiento de una leucemia aguda puede aportar una posibilidad de curación más importante que una quimioterapia clásica, pero va acompañada de un aumento de los riesgos relacionados con la importancia y la duración de la aplasia.

En materia de salud, la búsqueda de un beneficio a largo plazo requiere a menudo la aceptación de un riesgo a corto plazo.

2.- EL RIESGO VOLUNTARIO Y EL INVOLUNTARIO

Para la gestión de los riesgos médicos, con el fin de prevenir que ocurran, es importante tratar de diferenciar los daños voluntarios de los involuntarios:

- la actitud de correr un riesgo voluntariamente por parte del médico, existe en medicina ya sea para tratar al paciente o bien para aumentar el resultado del tratamiento. Por más que el médico sepa que la suya es una Obligación de Medios, necesita alcanzar el resultado.

Se toma la decisión de utilizar un protocolo de quimioterapia más potente, pero con efectos no deseados más importantes, para aumentar las posibilidades de curación.

- Mientras que tomar involuntariamente una decisión arriesgada corresponde a las exposiciones a riesgos no conocidos o no previstos.

La gestión de los riesgos médicos supone la identificación de los ya existentes, efectuando una distinción entre el riesgo soportado y el riesgo voluntario.

3.- LA NOCION DE RIESGO ACEPTABLE

El riesgo no es tan solo un dato objetivo, es también una construcción social. Por consiguiente, la aceptabilidad del riesgo no es uniforme y presenta tres dimensiones diferentes y complementarias.



- **La aceptabilidad del riesgo para la sociedad** nos remite a la sociología del riesgo. Esta última explica la siguiente paradoja: la **aceptabilidad** guarda en realidad muy poca relación con la **intensidad** del riesgo. Por ejemplo, los accidentes de la ruta, los accidentes domésticos o los accidentes de trabajo producen muchas más víctimas que las catástrofes aéreas, industriales, químicas o nucleares. Sin embargo los primeros son mejor aceptados. La sociología del riesgo permite analizar y explicar esa paradoja.

Actualmente, la percepción del riesgo se caracteriza a la vez por una sensibilidad exacerbada y por una aparente irracionalidad.

Es así como un riesgo es más aceptable cuando es elegido y no simplemente soportado, sobre todo cuando el individuo tiene el sentimiento de poder evitarlo, aplicando un mecanismo de negación que se basa en la afirmación de una capacidad individual para controlar ese riesgo.

Cabe señalar que, aunque la mortalidad relacionada con los riesgos experimentados nunca ha sido tan baja, la sociedad contemporánea es percibida como más peligrosa que las anteriores. Esa percepción se traduce en una demanda de esfuerzos suplementarios para reducir los riesgos. El sentimiento de inseguridad parece superior a la realidad de las amenazas. El nivel de exigencia de seguridad de las poblaciones es asimismo cada vez más elevado.

En materia de salud, se trata por ejemplo de la exigencia por parte del paciente, de que las Instituciones y los Médicos dispongan de medios de atención al paciente que deben ser a la vez “de punta” y

“de proximidad” (material pesado, urgencias, tratamientos de última generación, etc.) “La obligación de medios” se transforma poco a poco en “obligación de resultado”. Esa evolución sociológica se encuentra asimismo en la evolución de la jurisprudencia. Se pasó de la concepción de que “no hay responsabilidad sin culpa” a la “reacción frente a un daño injusto”.

Siempre que hay un daño en un paciente, se lo debe considerar “injusto”.

Finalmente hay que precisar que, aunque el nivel de riesgo del sistema de salud sea mal conocido y mal interpretado en su conjunto por los jueces, en lo que se refiere a ciertos temas, la aceptabilidad es particularmente reducida y la presión del público y de los medios muy fuerte (sangre contaminada, infecciones hospitalarias, daño cerebral en el recién nacido, etc.) Esa presión provoca legítimamente una reacción de los actores políticos que inician acciones reglamentarias, técnicas y a nivel de la organización.

- **La aceptabilidad del riesgo técnico** por parte del médico y de los enfermeros nos remite a la idea de un riesgo calculado sobre bases científicas en función de una relación riesgo/beneficio para el paciente involucrado. Esta se basa en la consideración de los datos actuales de la ciencia de la cual depende el caso del paciente. La aceptabilidad supone en definitiva la destreza del médico y su equipo para utilizar los medios adaptados a la realización de la tarea terapéutica elegida en buenas condiciones de seguridad, y documentarlo, para demostrar el cumplimiento en un accionar diligente.

Precisión

al Servicio de
la Salud



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



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

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



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008



- **La aceptabilidad del riesgo por el paciente.** El paciente está directamente involucrado. Es él quien deberá experimentar las consecuencias positivas o negativas. La evolución reciente de la reglamentación en materia de los Derechos de los Pacientes (Ley 26.529) nos recuerda la necesidad de profundizar en la información que se brinda al paciente, indicándole en especial los beneficios y los riesgos de las diferentes alternativas. Es así como él puede participar activamente en las elecciones diagnósticas y terapéuticas que le conciernen y brindar su Consentimiento sabiendo muy bien de qué se trata. La información objetiva y completa del paciente y su participación en la decisión de exponerse al riesgo forman parte de la gestión de la aceptabilidad del riesgo.

La aceptabilidad del riesgo en materia de salud implica tener en cuenta estos tres aspectos: el nivel de aceptabilidad por parte de la sociedad, de los profesionales y de los pacientes.

4.- LA GESTION DE LOS RIESGOS Y LA ACEPTABILIDAD DEL RIESGO

Correr un riesgo es algo imposible de separar de la actividad humana. En el campo de la salud, no asumir éstos conduciría a no atender al enfermo, lo que nos llevaría a la paradoja de aumentar el riesgo. La gestión de los riesgos en el cuidado de la salud, procura conciliar la toma del riesgo con el control de los peligros que lo acompañan y por lo tanto lograr que se convierta en un riesgo **aceptable**.

Se busca un equilibrio entre el beneficio esperado y el riesgo que se acepta. Aceptar muchos o pocos, es algo que amenaza la calidad de los resultados.

La gestión de los riesgos reposa sobre:

- el conocimiento de los riesgos;
- la eliminación de ciertos riesgos;
- la prevención y la protección respecto de los riesgos a tomar de manera inevitable para poder hacerse cargo del paciente.

La seguridad en los establecimientos de salud no puede corresponder ni a la ausencia de riesgo, ni a la reducción completa de los riesgos. La máxima seguridad se busca mediante la identificación y el tratamiento de los riesgos. Esa forma de gestión permite que el riesgo residual resulte aceptable.

5.- LOS OBJETIVOS DE LA GESTION DE RIESGOS

La extensión de la gestión de los riesgos se debe al desarrollo de actividades complejas y generadoras de riesgos que pueden afectar a las personas, al medio ambiente o que pongan en juego la perennidad o la rentabilidad de la empresa o de la institución involucrada. Diferentes objetivos pueden ser asignados a la gestión de los riesgos según el contexto y el campo de actividad:

- **la seguridad de las personas:** clientes o usuarios (por ejemplo en la aviación civil), personal (por ejemplo en el campo nuclear), personas situadas en el medio ambiente (por ejemplo nuclear o químico).

El control del riesgo ecológico y la protección del medio ambiente pueden ser integrados en esa categoría de objetivos;

- **la seguridad financiera y la permanencia de la empresa en el Mercado.** Los bancos, las sociedades de seguros, las empresas tratan de controlar el riesgo financiero que puede comprometer la perpetuidad de la estructura afectada. La optimización de los costos generados por la prevención de los riesgos es asimismo un objetivo que debe ser buscado;

- **la preservación de la imagen y de la reputación de la empresa:** todo lo que afecte la reputación o la imagen de la empresa constituye un riesgo mayor. Es un riesgo que afecta la confianza, el prestigio a largo plazo de todas las partes que intervienen (proveedores, clientes, asalariados, accionistas);

- **la seguridad jurídica:** los profesionales saben que su responsabilidad civil o penal personal o inclusive la civil de la empresa puede verse comprometida cuando se produce un daño. El hecho de aportar al juez la prueba de que se habían adoptado las medidas de prevención y de gestión de riesgos permite que los profesionales aseguren que habían efectuado correctamente lo que el Código Penal llama la "inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo", y el Civil, "el cumplimiento de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación, y que correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar".

- la **"asegurabilidad"** es decir la posibilidad de contratar un seguro a un costo razonable. La implementación de un dispositivo de gestión de los riesgos constituye un elemento favorable para mantener esa posibilidad.

La importancia que se acuerda a tal o cual objetivo variará según la naturaleza de la actividad.

Las técnicas utilizadas por la gestión de los riesgos médicos serán entonces diferentes y más o menos desarrolladas según el sector de actividad. Los bancos y las sociedades de seguros han desarrollado esencialmente su gestión de riesgos en materia financiera.

La aviación civil, el sector nuclear o químico desarrollan una gestión de los riesgos centrada en la seguridad de las personas y/o la preservación del medio ambiente. Sin embargo, las diferentes categorías de riesgos dependen las unas de las otras y siempre es posible que se produzca un efecto cascada.

Por ejemplo, un accidente grave que tenga consecuencias para las personas puede engendrar una pérdida de confianza que implique consecuencias económicas que afecten la existencia de la empresa.

La problemática de la gestión de riesgos en establecimientos de salud es evidentemente la de un sector que debe afrontar riesgos para la seguridad de las personas aunque también esté en juego el factor financiero (eficiencia, rentabilidad, reducción de las pérdidas financieras, "asegurabilidad").

La experiencia de los sectores que enfrentan riesgos para las personas es rica en enseñanzas para los establecimientos de salud. □

(*) Abogado-Director-Gerente de Asuntos Legales TPC, Compañía de Seguros S.A.





Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres.

intelexis mujer

Conduce Natalia Marquiegui y el Dr. Guillermo Capuya

Lunes 18 hs.

Un programa donde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

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

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)

SECCION SALUD

CONDUCTOR

CARLOS ABAD

LUNES 18: 30 HS.
EN VIVO

www.seccionsalud.tv



CANAL 13
CABLEVISIÓN : MULTICANAL

artear



MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500



Opinión

Seguridad y adelanto en salud mental

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

Muchas veces hablamos de inseguridad en los hospitales, de las presiones, ataques y amenazas que sufren tanto los profesionales de la salud como los propios pacientes que se convierten en víctimas ocasionales de la violencia cada vez más notoria que se desarrolla día a día y que se agrava ante la falta de seguridad.

Las imágenes de vándalos copando la guardia del hospital Santojanni son contundentes y hasta previsibles, cualquiera que conozca las internas de las barras sabía que eso iba a ocurrir.

El año pasado hicimos una medida de fuerza y fuimos contundentes. La sociedad supo de nuestra boca, de quienes viven en primera persona este flagelo cuál era el problema y fundamentalmente sostuvimos que nosotros estábamos y estamos afuera de cualquier polémica que se instale entre el Gobierno Nacional y el de la Ciudad de Buenos Aires.

La Asociación de Médicos Municipales no hace política, sino política gremial que es diferente porque está alejado de las internas y se pone al frente de los reclamos de los médicos.

Por eso hablamos de políticas de salud, de implementarlas de manera urgente. Hablamos de mejorar la capacidad edilicia ociosa para que este año ante la llegada de las temperaturas más bajas podamos mejorar la atención, decimos que necesitamos que se agilicen los nombramientos, que si bien es cierto están saliendo, es necesario que se aceleren, por eso también pedimos que se aumenten los insumos, todos temas que hacen a una mejor atención para quienes llegan a los hospitales porteños. Pero al mismo tiempo no nos queremos olvidar de algo que es elemental, la seguridad para todos los actores, no puede ser que los que cuidan estén indefensos; no se entiende cómo un grupo de barras toma por asalto la guardia de un hospital y tampoco se explica cómo las ambulancias son atacadas en algunas zonas calientes de la ciudad.

Con todo, tras los hechos producidos en el Santojanni volvió a reforzarse la seguridad en ese lugar, además se reiteraron los pedidos para que se incrementara la atención en algunos nosocomios que están en zonas altamente peligrosas de la ciudad de Buenos Aires. Nosotros tuvimos negociaciones realizadas por el Comité Ejecutivo de la Asociación de Médicos Municipales ante los responsables del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y con la firme convicción que la única forma de resguardar al personal de salud y a los pacientes de los hospitales porteños, es con la presencia de fuerzas de seguridad en forma permanente con capacidad de respuesta ante hechos como los acontecidos. Allí se acordó la participación de la Policía Metropolitana con un nú-

mero de agentes acorde a las necesidades de la seguridad hospitalaria. Nueva evaluación de los requerimientos de personal policial en 30 días. Instalación inmediata de cámaras y kits electrónicos con monitoreo y botones de alerta. Integración de cámaras ya instaladas al sistema troncal de video-vigilancia. Monitoreo las 24 h los 365 días del año por el Centro Único de Monitoreo. Refuerzo del actual servicio de vigilancia privada. Mejoras edilicias que coadyuven al mejoramiento de la seguridad del Hospital. Implementación de un sistema de Alertas Tempranas desde la actuación del SAME, hacia las fuerzas de seguridad competentes. Creación de una Base de Recurrencia en colaboración con las fuerzas de seguridad con jurisdicción en el lugar. La base será instalada en el Instituto Superior de Seguridad Pública la que está ubicada geográficamente en las proximidades del Hospital Santojanni. La Asociación de Médicos Municipales y los integrantes de la Filial del Hospital Santojanni entienden que con estas medidas se complementan las acciones de seguridad necesarias exigidas, para que quienes se desempeñan en el ámbito hospitalario puedan desarrollar su actividad con normalidad.

UN PASO ADELANTE EN SALUD MENTAL

Un tema muy importante y que se definió el pasado 8 de febrero es que comenzó el traslado al Hospital Moyano de las últimas 46 pacientes que seguían alojadas en Clínicas Privadas. Se trata de pacientes de ese Hospital que fueron trasladadas en la gestión del Dr. Ibarra, por uno de sus Ministros de Salud, más precisamente el Dr. Spacavento a esas Clínicas. Recordemos que el motivo fue un amparo presentado en esa época por el mal estado edilicio del Moyano. El mismo derivó casi 300 pacientes a Clínicas Privadas.

Durante la actual gestión la mayoría de dichas pacientes fueron derivadas a dispositivos intermedios, otras regresaron con sus familias y algunas, por su estado psiquiátrico, fueron nuevamente trasladadas al Hospital Moyano ya que se realizaron las obras edilicias en casi todos los pabellones del referido Hospital y estuvo en condiciones de alojarlas.

Es necesario aclarar que gracias al trabajo de los profesionales del Hospital Moyano, del resto de sus trabajadores y de los miembros del programa "Preasis" (que es de Desarrollo Social y trabaja en el tema de subsidios de pacientes para su externación) fue posible lograr que se externaran muchas pacientes y reubicar en dicho nosocomio a otras, como las últimas, que estaban en Clínicas Privadas. □



2012

ExpoMedical

10ma. feria INTERNACIONAL de PRODUCTOS,
EQUIPOS y SERVICIOS para La salud

En conjunto con

10^{mo.}

Aniversario

11^{ras} JORNADAS DE CAPACITACION HOSPITALARIA

- Plano totalmente renovado
- 250 empresas
- 16.000 visitantes profesionales
- 13.000 m² de superficie



26 al 28
septiembre
2012

CENTRO COSTA SALGUERO
BUENOS AIRES - ARGENTINA

Media Partners

TEMAS  HOSPITALARIOS

Guía Anuario  ExpoMedical

Organiza

MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54 11) 4791.8001

Skype: expomedical

info@expomedical.com.ar

WWW.

expomedical
.com.ar



Estamos en un solo lugar:
TODA LA ARGENTINA.

Más de 380 Centros de Atención Personalizada.

