



Columna
**De la encrucijada no
se sale mediante atajos**
Por el Dr. Ignacio Katz



Columna
**¡Otra vez
Sopa!**
Por Patricio Pasman

Mé^odicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XIV. N 71. Setiembre 2012

Un nuevo concepto de "Salud Móvil"

"mHealth"

La omnipresencia de la tecnología móvil ofrece grandes oportunidades para que la industria del cuidado de la salud pueda direccionar uno de los desafíos globales más importantes: lograr que el cuidado de la salud sea mejor, más accesible, rápido y económico.



Un viaje **tranquilo** es un **viaje feliz**. Un viaje **feliz** es **para toda la vida**.



Brindamos tranquilidad. **Hacemos pasajeros felices.**



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

DISFRUTÁ 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.





40 AÑOS TIRANDO JUNTOS PARA EL MISMO LADO.



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet www.buenosaires.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasportes. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar - R.N.C.S. 4-0080-0 R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.



**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**



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN

**CENTRO INTEGRAL DE ATENCION
MEDICA INFECTOLOGICA**



CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS

LABORATORIO



VACUNATORIO

HOSPITAL DE DIA Y ENFERMERÍA

AREA PSICOSOCIAL



MEDICINA DEL VIAJERO

DIVISION EMPRESAS



ACCIDENTES LABORALES CORTO-PUNZANTES

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: Galt S.A., Ayolas 494, Tel.: (54-11) 4303-3723 Capital Federal.

Primera Plana

Hacia el cuidado móvil de la salud Pág. 22

GRAGEAS

Pág. 10



OPINIÓN

Enfermedades
Crónicas no
transmisibles,
un nuevo flagelo

Pág. 16



TENDENCIAS

La recesión aún
no tiene nada
que ver con la
crisis externa

Pág. 18



COLUMNA

¡Otra vez
Sopa!

Pág. 20

COLUMNA

De la encrucijada
no se sale
mediante atajos

Pág. 26



VOCES

El "Compromiso
Sustentable"
de la fuerza
laboral

Pág. 28

MEDICAMENTOS

Nueva vida
para viejas
drogas

Pág. 35



VOCES

Límites y
oportunidades
para cambiar
el sistema
de salud

Pág. 38

INVESTIGACIÓN

Plantilla de recomendaciones
"Medicación segura salva vidas", un
reaseguro para prevenir errores



Pág. 40

DESAFÍOS

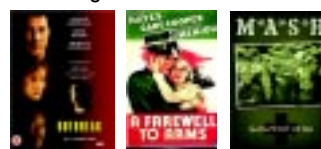
Una historia
que inicia con
gran beneplácito
presente
y futuro



Pág. 42

MEDICINA Y CINE

Un Largo Romance



Pág. 44

COLUMNA

Reglamentación de la
ley de derechos
del paciente y
muerte digna (1ª Parte)



Pág. 46

Opinión

El precio de
los recortes

Pág. 48



OPINIÓN

Violencia en los
hospitales, una cifra
que lastima

Pág. 50



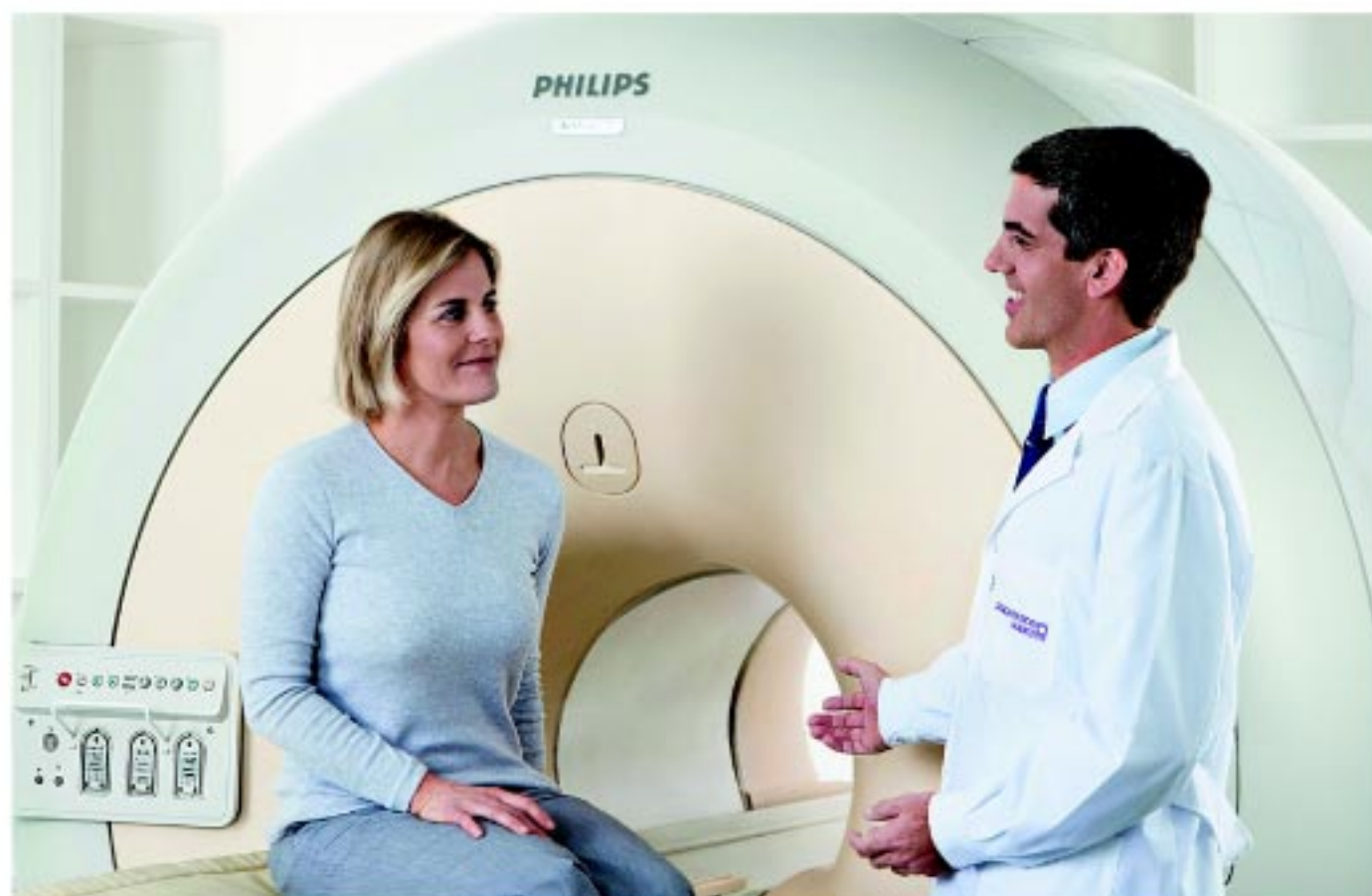
INFORME ESPECIAL

Estimación del gasto necesario para garantizar la canasta asistencial del PMO



Pág. 30

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.



NUEVO SERVICIO DE DIAGNÓSTICO MAIPÚ EN CLÍNICA BAZTERRICA.

Resonancia y Tomografía Computada Multislice con tecnología de avanzada.



La Clínica Bazterrica incorpora este nuevo servicio de Diagnóstico Maipú; el mismo está equipado con un moderno Resonador Magnético 1.5 T Philips Achieva HP y un Tomógrafo Computado Multislice de 128 cortes Philips Ingenuity, con sistema iDose, que realiza tomografías con hasta un 80% menos de radiación. La experiencia de especialistas de trayectoria interactuando con la central de informes de la Sede Vicente López y una plataforma tecnológica del mejor nivel internacional, garantizan un verdadero compromiso de calidad con los pacientes y profesionales médicos.

Central de turnos, Diagnóstico Maipú: 4837-7777.

**DIAGNOSTICO
MAIPU** 25
AÑOS



Juncal 3002

GRAGEAS

ASSIST-CARD ARGENTINA – DIVISION SALUD INFORMA



Tenemos el agrado de comunicar que a partir del mes de setiembre de 2012 iniciamos un nuevo proceso de comercialización con HOMINIS, plan de salud del Sanatorio Güemes, un centro asistencial de excelente prestigio, por la alta calidad de sus servicios de salud, docencia e investigación. El mismo contará con productos para viajes en la Argentina y el resto del mundo, los cuales fueron creados totalmente a medida para todos sus socios y con tarifas diferenciales para ellos.

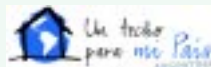


También nos es grato informar que una vez más hemos renovado junto a CEMIC la confianza por otro exitoso año de trabajo en equipo para juntos brindarles la mejor asistencia a todos sus socios tanto en la Argentina como en el resto del mundo. Gracias una vez más por confiar en nosotros.



GALENO, empresa líder en medicina privada, renovó su relación comercial con ASSIST-CARD ARGENTINA, y sigue brindando en todo el mundo la asistencia médica a todos sus socios. Nos sentimos orgullosos que nuestros clientes sigan creyendo y confiando la salud de su gente en nuestro mundo ASSIST-CARD. ■

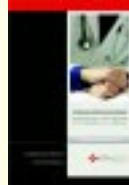
ASSIST-CARD SOLIDARIO



Itatí y su familia recibieron la primera casa que construimos para “Un techo para mi país” en el mes de marzo en la Argentina. Itatí es una persona increíble y luchadora, que tiene una energía y una alegría que no le permiten pasar inadvertida nunca. Y trabajó muchísimo para que los 300 chicos de su barrio “El Manzanar” en Villa Rosa pudieran tener un lindo festejo del Día del Niño el pasado domingo 12 de agosto. Trabajó muy duro y consiguió que le donaran leche chocolatada y galletitas para que los niños tuvieran una rica merienda. Y además, consiguió 300 libritos para colorear para dar a cada niño como regalo. El solidario equipo de ACI en la Argentina realizó una colecta para reunir el dinero para comprar 300 cajas de lápices de colores y también globos y cotillón para decorar el lugar del festejo. Un grupo de ASSIST-CARD se hizo presente para compartir con los niños ese día tan especial. Y nuestro perro San Bernardo, símbolo de nuestra empresa, también se sumó al festejo, sembrando las risas que esos niñitos tanto necesitan. ■

NUEVO LIBRO

PMO, ESTIMACION DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA DR. ERNESTO VAN DER KOOT / DR. HECTOR PEZZELLA



A partir del primer trabajo que realizáramos en marzo de 2010, tratando de valorizar este grupo de prestaciones, hemos realizado ya dos actualizaciones, la última de las cuales finalizó a fines de abril de 2012. Para los Agentes de Salud es fundamental conocer cuál es el financiamiento necesario para brindar el PMO, aunque por sus dificultades instrumentales nunca ha sido fácil determinarlo. Conspiran contra ello datos muy cambiantes, tecnología variable, tratamientos y protocolos asistenciales diversos, accesibilidad diferente, características locales y regionales desiguales, mercados imperfectos, etc.

En conocimiento de estas dificultades y a pesar de ellas, desarrollamos en su momento una matriz tomando como parámetro, indicadores de uso que describen el comportamiento promedio de la población bajo estudio y valores de mercado, metodología reconocida por los actores del sector y que permite su aplicación sistemática. Por la forma y lugar de recolección de datos, los mismos son más representativos de grandes conglomerados urbanos.

En la primera actualización modificamos algunos indicadores de uso, pero de poca trascendencia. En la segunda, los únicos parámetros que cambian son los precios de mercado, que se han incrementado mucho, teniendo en cuenta la alta inflación existente.

Actualización abril 2012 - La metodología utilizada en el presente estudio sigue los mismos lineamientos de los estudios anteriores, siendo la población estudiada la descripta oportunamente menor a 65 años. Si analizamos las variaciones de costo del PMO desde 2010 hasta abril 2012, el aumento de su costo desde febrero 2011 a abril 2012, ha sido cercano al 30% y, ha superado, al igual que en 2011, a los registros de inflación de las consultoras privadas. Cabe aclarar que el aumento de las diferentes prestaciones de la canasta no ha sido homogéneo. ■



NUEVO DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS PARA EL GRUPO ASE-MEDIFE

El grupo ASE- Medifé designó como nuevo director de Recursos Humanos al licenciado Hugo Oscar Mayer quien se desempeña en la empresa desde el mes de agosto de 2012.

Hugo Oscar Mayer se recibió de licenciado en Relaciones Industriales, completó el Doctorado en Sociología del Trabajo en la Universidad Argentina de Empresas (UADE). Asimismo cursó el Advanced Human Resources Programme en la Universidad de Cornell, Estados Unidos. Realizó el programa Dirección Pequeña y Mediana Empresa (DPME) en el IAE Universidad Austral. Mayer cuenta con una larga trayectoria tanto en el ámbito público como privado. Tiene una nutrida experiencia como docente en la Universidad de Buenos Aires, la Universidad del Salvador y la Universidad Argentina de Empresas. Está casado, tiene 59 años y 2 hijos. ■

1er. MARATON SOLIDARIA ADMIFARM GROUP

DOMINGO 4.11.12
COSTANERA SUR

10 hs.

NO SE SUSPENDE POR LLUVIA

a beneficio de:

Pequeños Gestos
GRANDES COSAS

OBRA DEL PADRE MARIO
PANTALEO

ASDRA
Asociación Argentina de Sociedades de la Salud Argentina



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)

SWISS MEDICAL GROUP AMPLIO EL SANATORIO DE LOS ARCOS



Comprometido con brindar la mejor atención médica e infraestructura a sus asociados, Swiss Medical Group continúa aportando a la Ciudad de Buenos Aires nuevos espacios para brindar un servicio de excelencia al ampliar el Sanatorio de los Arcos, ubicado en el corazón de Palermo.

El Sanatorio de los Arcos fue inaugurado en el año 2006 con una torre de 20.000 m² y en setiembre de 2010 se inició la construcción de una segunda torre de 18.500 m². Con este crecimiento, se incorporó un Centro de Traumatología, Urgencias y emergencias y un centro médico ambulatorio para demanda espontánea.

Se sumaron 111 camas de Internación clínica y pediátrica y se ampliaron las áreas de Obstetricia, Neonatología y de Diagnóstico por Imágenes incorporando un nuevo Resonador y un nuevo Tomógrafo, ambos de última generación.

El Centro Médico incluye 24 consultorios de atención y 13 puestos de observación equipados con la misma complejidad que las habitaciones de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria. También tienen un shock room para poder dar respuesta inmediata a pacientes que ingresen en situación crítica o politraumatizados y funcionará las 24 horas atendiendo las principales especialidades: Pediatría, Clínica, Cardiología, Cirugía, Traumatología, Ginecología y Obstetricia.

La planta quirúrgica se amplió sumando 3 nuevos quirófanos a los 6 ya existentes. Los mismos tienen al igual que los previos, torres, monitores y mesas de anestesia suspendidas desde el techo. Se incorporó tecnología LED para las lámparas scialíticas logrando mejor visualización del campo quirúrgico, menor generación de calor, ahorro de energía y mayor vida útil de las mismas.

Se incorporaron 2 torres de laparoscopia 3 D Full HD que permiten a los cirujanos una orientación más precisa que disminuye la probabilidad de accidentes y reduce hasta un 30% el tiempo quirúrgico. Se sumó además un monitor de 24 pulgadas de Grado Médico reproduciendo las imágenes quirúrgicas en la pared del quirófano.

Uno de los quirófanos tiene 3 cámaras: una enfocando la totalidad del mismo, otra en la lámpara scialítica enfocando el campo quirúrgico y otra en el laparoscopia. Estas imágenes podrán ser transmitidas en el auditorio con capacidad para 70 personas, equipado con tecnología para la proyección de imágenes y audio desde los quirófanos en tiempo real.

La finalización del proyecto Sanatorio de los Arcos resulta clave tanto para el sector como para el país. De esta manera, Swiss Medical Group confirma su compromiso permanente por brindar el mejor nivel de atención médica e infraestructura a sus más de 770.000 asociados. ■



VISITA ACADEMICA A SAN PABLO 2012: Educación Médica y Gestión Hospitalaria

Coordinada por el Dr. Enrique Schiavon y María Adela Contreras se realizó la IV Visita Académica a San Pablo, con la participación de profesionales argentinos, chilenos y bolivianos. Un Curso Teórico Práctico, organizado por los Hospitales Einstein y Oswaldo Cruz, con la colaboración de la Universidad Anahembi Morumbi.

Conocer el mejor Hospital de Latinoamérica y el primero acreditado por la Joint Comission fuera de los Estados Unidos, en 1998, sería ya suficiente para justificar un viaje a San Pablo. Sin embargo, el Hospital Einstein, a través de la Sociedade Beneficente Israelita Brasileira realiza una admirable obra de responsabilidad social. Trabajando asociado al SUS (Sistema Unico de Salud Brasileiro) y al gobierno municipal de San Pablo, participa en el proyecto de hospital público con gestión privada. Por ello la visita al Hospital de Moisés Deuscht en M'Boi Mirim, fue un momento muy importante del Curso. Al igual que la

visita al Centro de Atención Primaria Pediátrica en la favela de Paraisópolis. En estos proyectos conjuntos entre sector público y privado radica uno de los aspectos más interesantes del desarrollo de la salud pública en Brasil. El Hospital Einstein, que no paga impuestos por ser una ONG, devuelve a la comunidad servicios, desde cirugías de alta complejidad hasta los trasplantes hepáticos de pacientes del SUS, como así todas las derivaciones pediátricas y para adultos de alta complejidad, desde el Hospital de M'Boi Mirim. Para comparar estilos de gestión hospitalaria se visitó otra institución privada de comunidad, también acreditada por la Joint Comission, el Hospital Alemán Oswaldo Cruz. Situado en el séptimo puesto en el Ranking de Calidad Hospitalaria Latinoamericano, este hospital tiene un modelo de gestión diferente a Einstein, pero también centrado en la seguridad del paciente, la humanización del cuidado y el logro de los mejores objetivos en reducción de la infección intrahospitalaria, disminución de reingresos, tratamiento de enfermedades crónicas y cirugía de alta complejidad. Por fin el programa se completó con la visita a la Facultad de

formar a los profesionales de salud del siglo XXI es central en el modelo pedagógico, que permite aplicar técnicas informáticas, método de casos, técnicas de simulación, bodypaiting, en fin, toda una gama de recursos muy poco habituales en nuestras Universidades. ■

EL DR. GUILLERMO CAPUYA RECIBIO EL PREMIO RAICES A LA CIENCIA 2012

El Dr. Guillermo Capuya, recibió por su labor como médico y comunicador científico esta distinción. Desde hace 23 años la Cultura, la Ciencia, el Medio Ambiente y otros exponentes han recibido la estatuilla del PREMIO RAICES, creado por el Periodista y Embajador de Paz, Sr. Osvaldo García Napo. El espíritu del mismo es premiar la trayectoria de aquellas personalidades que nos dejan un legado en diferentes disciplinas, especialmente, comunicadores, científicos y escritores, entre otros, y los que en la actualidad están haciendo un camino de excelencia en la ciencia en el país y en el mundo. ■





NUEVO CENTRO OBSTÉTRICO Y NEONATAL.

La Clínica Santa Isabel brinda una completa atención en Obstetricia y en Neonatología, con dos áreas totalmente renovadas y equipadas con alta tecnología, atendidas por excelentes profesionales.



PISO EXCLUSIVO DE MATERNIDAD

Atendido por un grupo médico consolidado con marcada experiencia y personal de enfermería especializado. Equipado con amplias y confortables habitaciones, que cuentan con todas las comodidades necesarias para hacer más placentera la estadía del paciente y su familia.





TRAVEL ACE ASSISTANCE JUNTO AL EQUIPO ARGENTINO DE TENIS

Travel Ace Assistance, la empresa de asistencia al viajero oficial de la selección argentina acompañó al Seleccionado Argentino de Tenis en la semifinal de la Copa Davis por BNP Paribas. Los dirigidos por Martín Jaite participaron del encuentro que tuvo lugar los días 14, 15 y 16 de setiembre en Parque Roca, contra el seleccionado de República Checa.

TRAVEL ACE ASSISTANCE JUNTO AL DEPORTE NACIONAL EN LOS JUEGOS PARALIMPICOS

La empresa de asistencia al viajero, *Travel Ace Assistance*, apoyó al Comité Paralímpico Argentino en la competencia que tuvo lugar en la ciudad de Londres, Gran Bretaña, a partir del 29 de agosto.

La delegación nacional compitió en los rubros de atletismo, remo, bochas, ciclismo, equitación, fútbol 5, fútbol 7, judo, pesas, vela, tiro, tenis de mesa, esgrima, tenis en silla de ruedas y natación.

ACERCA DE TRAVEL ACE ASSISTANCE

Con más de 30 años de experiencia, *Travel Ace Assistance* es uno de los principales proveedores de servicios de asistencia integral al viajero, operando las 24 horas del día, los 365 días del año, alrededor del mundo. Sus centrales operativas propias, su red de prestadores en todo el mundo y su calidad certificada bajo normas ISO, convierten a *Travel Ace Assistance* en la más confiable empresa de Asistencia al Viajero de América latina para el mundo. ■

PRUDENCIA SEGUROS CUMPLE 89 AÑOS EXHIBIENDO CAPACIDAD DE INNOVACION Y CONFIABILIDAD



El 23 de agosto de 1923 los directivos de un grupo económico nacional de relevancia fundaban Prudencia Compañía Argentina de Seguros Generales S. A., con el objetivo de resguardar las actividades de sus empresas. Años después, atenta a la oportunidad que ofrecía la expansión del mercado, se amplió su cartera con la incorporación de clientes ajenos al holding fundador. Aquella capacidad de adaptación a los nuevos tiempos es una característica que Prudencia Seguros mantuvo a lo largo de los años, esto le permitió mantener un rol importante en dos recientes procesos: el de transformación del mercado asegurador en los años 90, y el que sobrevino a la fase aguda de la crisis socioeconómica de la República Argentina, al comienzo del presente siglo. Con una nueva composición accionaria, que se mantiene actualmente, en el año 2002 el Directorio de Prudencia Seguros convocó a un grupo de especialistas con vasta experiencia y antecedentes en el sector, que diseñó un plan estratégico adaptado al nuevo escenario de desafíos que se planteaba en el marco de un sector fuertemente competitivo. La definición estratégica orientó entonces a la Compañía hacia un proceso de gestión en mercados de nicho tales como lo son el de la Responsabilidad Civil Profesional, especialmente en la actividad de la salud, Caución, Responsabilidad Civil en sus distintas formas, y más recientemente, los Riesgos Ambientales, coberturas todas en las que Prudencia Seguros se ha convertido en referente. Lo señalado no intenta desconocer el acompañamiento de la compañía en el desarrollo del mercado automotor y de vida. Prudencia Seguros, en la actualidad es una empresa que ha logrado ser especializada en la cobertura de riesgos poco cubiertos por otras compañías, y, además, distinguirse por su elevada capacidad innovadora. Por último, es importante también señalar que el desarrollo logrado, es compartido con brokers y productores del mercado que han desempeñado un rol fundamental en la intermediación con los asegurados y que son los únicos canales que sostienen la difusión de sus productos. ■

HELIOS SALUD: UN CENTRO ESPECIALIZADO QUE SIGUE CRECIENDO

Desde hace 15 años Helios Salud está dedicada a la atención integral de las personas que viven con VIH, y ahora amplía sus servicios a otras áreas de la salud.

La institución es liderada por el Dr. Daniel Stamboulion, su director científico, quien en el año 1997 convocó a un grupo de médicos para brindar una solución a la atención integral de las personas con VIH en nuestro país. Por ello la formación médica de nuestros profesionales está orientada a la alta calidad científica y humana. Dentro del equipo de salud intervienen además de los médicos infectólogos e infectólogos pediatras, ginecólogos, nutricionistas, enfermeros, asistentes sociales, psiquiatras y psicólogos.

Su objetivo principal es trabajar en la "prevención", no solamente de los tratamientos VIH/SIDA; sino también en todo el campo de las infecciones (respiratorias, ginecológicas, osteoarticulares, hepatitis). Así Helios Salud abre nuevos consultorios dentro de la institución y brinda el servicio de: *programas de vacunación para toda la población, una atención infectológica general, campañas de vacunación y asesoramiento en infectología para empresas, medicina del viajero y un hospital de día con mayor desarrollo y énfasis en todo tipo de infusiones intravenosas*. Además Helios Salud ha contratado una *farmacia y una droguería especializadas*, las que cuentan con toda la tecnología que garantiza la trazabilidad de las drogas que allí se dispensan.

No podemos dejar de considerar otros servicios que son fundamentales para el desarrollo de Helios Salud:

- Un laboratorio especializado donde podemos realizar desde estudios simples hasta los más sofisticados.
- Asesoramiento para realizarse el test de VIH y devolución personalizada. Se trabaja en prevención y contención del paciente.
- Los grupos de apoyo para personas con VIH donde se discuten problemas de pares que difícilmente puedan tratarse en una consulta médica.
- Programas de segunda opinión: donde el médico puede realizar una consulta a nuestros profesionales sobre un caso en particular.
- Un programa y una red de médicos en el interior del país.

Por otro lado este equipo médico es líder en investigación y docencia. En lo que respecta a docencia Helios cuenta con numerosas actividades dirigidas a profesionales de la salud, entre ellas se destaca la pasantía de médicos como parte de su programa de entrenamiento. Mientras que en investigación se desarrolla desde el año 1998 y tiene un equipo especializado en el tema.

Contamos también con toda la tecnología necesaria para hacer que la atención sea rápida y eficiente. Hemos incorporado en la atención la historia clínica electrónica, herramienta fundamental para facilitar la tarea de los profesionales para el seguimiento del paciente.

Finalmente la institución liderada por el Dr. Daniel Stamboulion y cuya directora médica es la Dra. Isabel Casseti cuenta con un sistema de telemedicina. La telemedicina es un sistema de comunicación a distancia, que permite a una persona o a un grupo de personas, conectarse con otros grupos a través del lenguaje hablado y visual. De esta manera los médicos podemos discutir caso complicados, compartir experiencias o entrenarnos aún separados por grandes distancias.

En conclusión Helios Salud brinda un espacio de cuidado y bienestar para el paciente y su familia en el marco de un alto nivel científico y tecnológico. ■

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.

- ✚ 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



INNOVACION

ESTRATEGIA

COMPROMISO



**Management eficiente que mejora las prestaciones
en el ámbito de la salud**



Enfermedades Crónicas no transmisibles, un nuevo flagelo

Por el Dr. Horacio Martínez, presidente de OSIM

Desde hace unos años, OSIM viene trabajando consecuentemente en campañas de prevención sobre enfermedades crónicas no transmisibles. Lo hicimos con el Tabaco, logrando después de cinco años de implementar un intenso programa ser distinguidos por el Ministerio de Salud de la Nación el 8/4/2005 como la Primera Obra Social con Sede Libre de Humo. Luego de ello decidimos encarar junto con Estée Lauder, empresa internacional líder la Campaña de Prevención contra el Cáncer de Mama, logrando en este proyecto, la Asociatividad, con la Comisión Nacional de Energía Atómica (CNEA) a través de su presidente, la Dra. Nora Boero y con el recientemente creado Instituto Nacional del Cáncer en la Argentina presidido por el Dr. Roberto Pradier.

Así logramos a través de nuestra iniciativa que el Congreso Nacional, por unanimidad de ambas Cámaras sancionaran la ley N° 26.606 que estableció el mes de octubre como mes de la prevención de dicha enfermedad. Estas actividades fueron desarrolladas por OSIM como parte de un programa mayor que nuestra Obra Social viene encarando en la prevención sobre LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

Este objetivo fue encarado porque entendimos hace algunos años el alto impacto que este tipo de enfermedades incidía, no sólo sobre las posibilidades económicas de las entidades financiadoras de la salud, sino, por haber comprendido que las mismas generaban un verdadero deterioro de las economías familiares que se transmitían claramente a la sociedad en su conjunto.



Por ello recibimos con mucha satisfacción que en la apertura de la 51° reunión del Consejo Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington EE.UU., el Ministro de Salud de Brasil, Alexandre Padilha, señaló como oportunidad histórica que en la próxima conferencia de las Naciones Unidas se establecieran como nuevos objetivos del milenio, priorizar en las agendas de Salud de los países miembros los programas de prevención sobre las enfermedades crónicas no transmisibles. Tampoco es menor que la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), recientemente en New York incluyó este tipo de enfermedad como tema del debate entre Jefes de Estado de todo el mundo a los efectos de entender que este flagelo debe enfrentarse a través de la cooperación internacional en el continente americano. Con es-

tos antecedentes, desde OSIM estamos convencidos que se está instalando un nuevo paradigma en materia sanitaria. Hasta hace unos años la Salud Pública colocaba en 1° lugar el problema de las enfermedades infectocontagiosas y transmisibles. Hoy, sin abandonar estos objetivos, el centro de atención está cambiando debido a la realidad que se impone.

Para dar solamente un número, en Brasil, el porcentaje de muertes por enfermedades no transmisibles, como el cáncer, el tabaco, la presión, diabetes, llega al 72%. Eso hizo que Brasil se pusiera a la cabeza del continente creando en agosto próximo pasado El Plan de Acciones Estratégicas para la Lucha contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2011-2022, con la meta de reducir en 2% al año las muertes prematuras por este tipo de dolencias.

Creemos que este tipo de ejemplos ayudarán a los sanitarios de nuestro país y a los funcionarios que tienen a su cargo los sistemas de salud pública, revisar e implementar nuevas propuestas en línea con lo que está ocurriendo en la región y en toda Iberoamérica.

En ese sentido las Obras Sociales de Dirección y Obras Sociales Sindicales deberíamos coordinar trabajos en común que nos permitan participar en este nuevo desafío para la Seguridad Social y el subsector de la Salud. □





Bienvenido Liberty ART al Grupo Swiss Medical

Apostando al desarrollo y al crecimiento, SMG ART anuncia la adquisición del 100% del paquete accionario de Liberty ART S.A.

A partir de esta compra todos los clientes suman la excelencia en prestaciones médicas que caracterizan al Grupo Swiss Medical y a su amplia red de prestadores propios de primer nivel.

Para ser grandes hay que crecer



La recesión aún no tiene nada que ver con la crisis externa



Por Nelson Perez Alonso

Presidente - CLAVES Información Competitiva

Aún cuando todo el mundo atraviesa una clara tendencia a la desaceleración productiva, es falso el relato presidencial que afirma que el mundo se nos cayó encima, tanto como temeraria es su afirmación de que aún en este viento de frente los bonos argentinos emitidos en dólares serán pagados en agosto y diciembre en billetes verdes. Hay aclaraciones que oscurecen.

El mundo no se nos vino encima ni todavía cambió el viento, como lo demuestra que el precio de la soja está en un máximo de cuatro años y las tasas de interés internacionales en mínimos históricos. Las causas de la recesión, como del elevado riesgo país, son claramente de cabotaje. Repasemos para ello el panorama sectorial; hay dos actividades que por la magnitud de su desplome y su peso específico en la economía argentina, lideran la baja: el sector agrícola y la construcción. El primero por el factor climático que achicó la cosecha gruesa en más de 15%, y el segundo por la obturación a la compra de dólares. Ambos sectores en el segundo trimestre exhibieron bajas tan abruptas que no pudieron compensar las desaceleraciones o los descensos más moderados de otras actividades, especialmente industriales y de servicios. Así, con datos preliminares de mayo y proyecciones de junio, calculamos que el PBI total cayó 1,6% interanual en el segundo trimestre.

Esto no significa que la desaceleración global no vaya a impactar, o incluso que ya haya comenzado, pero esto tiene nombre y apellido: Brasil, destino de las exportaciones argentinas de mayor valor agregado. Pero aquí hay que ir discriminando qué porcentaje de las mermas que muestran nuestras exportaciones hacia aquel país responden a cada una de las causas que hoy las condicionan: las caídas interanua-

les de las exportaciones en carnes, pescados, elaborados de vegetales, frutas, grasas, aceites, vinos, son superiores al 10%, evidenciando problemas de volúmenes (caída de la demanda interna de Brasil, y/o respuestas proteccionistas) o problemas de precios (imposibilidad de competir por los altos costos en dólares de la Argentina).

Por alguna de estas razones el sistema agroalimentario argentino entró en crisis, quizás no terminal pero sí crónica, y de allí que la repercusión mediática de casos en que industrias alimenticias paralizan la producción porque se cierra el mercado brasileño puede ser sólo la punta del iceberg. Bajo las aguas del retraso cambiario y de las respuestas proteccionistas de nuestros socios comerciales, seguramente va a quedar congelado por ahora el sueño de abastecer de comida a 300 millones de personas, y los grandilocuentes programas oficiales para el sector terminarán convirtiéndose en papel pintado. Es que estamos en los umbrales de que maduren las denuncias que en el marco de la OMC han presentado contra la Argentina los países que atraen el 65% de nuestras exportaciones, y a partir de entonces estas naciones quedarán habilitadas a imponernos sanciones comerciales.

Todas las naciones son proteccionistas pero casi ninguna pone en juego un amateurismo y anomia tan grave como la Argentina para gerenciar una administración profesional del comercio exterior que no se convierta en un búmeran. De la misma manera, de seguir desconociendo los fallos en firme del CIADI contra la Argentina o la deuda caída con el Club de París, seguiremos trabajando para que la ¿tormenta perfecta? finalmente se cierne sobre la Argentina, a manera de autoprofecía cumplida por el relato oficial. □



ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

ACLIBA I: Calle 5 N° 669 La Plata Tel: (0221) 483-9590

ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

ACLIBA IV: Av. Rolón 881 Boulogne Tel: 4766-1060

Av. Callao 449 7° piso Of: A y B Capital Federal Tel: 4373-4102 / 4373-4123
e-mail: info@aclife.com.ar

Protección para quienes nos protegen



89
años

Responsabilidad Civil Profesional
PRAXIS MÉDICA

PRUDENCIA
Seguros



Lavalle 579 P.5, P.7, P.8 y P.9 | 1047 | CABA | Tel: +5411 5235 8816 | Fax: +5411 5258 2840
prudencia@prudenciaseguros.com.ar | www.prudenciaseguros.com.ar

¡Otra vez Sopa!



Por Patricio Pasman

patricio@pasman.com.ar

Como todos los años en esta época, el sector atraviesa picos de máxima tensión en las discusiones por los aumentos de precios de los Prestadores con las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) y de éstas con el Gobierno para que autoricen el aumento de las cuotas a los usuarios. Lamentablemente, un proceso que naturalmente debiera darse entre el libre juego de la oferta y la demanda, en un contexto de mercados con muchos oferentes que compiten, se complica innecesariamente.

Todas las EMP se esfuerzan día a día en ofrecer planes médicos de alta calidad a costos lo más bajo posibles para ganar mercado. Si alguno intentará cobrar cuotas muy altas para obtener rentabilidades excesivas, perderá rápidamente asociados que migrarán a otras que ofrezcan planes con la misma calidad a precios inferiores. La gente no suele pagar de más y permanentemente averigua otras opciones.

Como comentara en la columna de mayo*, el sector no tiene un nivel de concentración que requiera la intervención del Estado. Vale aclarar también que muchas de las principales Prepagas son Entidades sin fines de lucro.

Este año el Gobierno se encuentra en una situación de mayor poder aún de negociación, al estar vigente una ley que obliga a las entidades a requerir una autorización formal a la Superintendencia de Salud para aumentar sus precios.

Los Prestadores a su vez comienzan a hacer frente a los mayores costos por las alzas salariales de la paritaria del sector y, en muchas ocasiones, sin poder conseguir que las EMP le aumenten el valor de las prestaciones, amparándose en que no pueden comprometerse a aceptarlos sin aumentar el precio de los planes a los asociados.

Algunos interpretan que el último aumento se resolvió cuando algunos prestadores importantes comenzaron a cobrar copagos a los asociados de las EMP y este conflicto adquiriera gran repercusión mediática. Pareciera que la presentación de estructura de costos o demostraciones actuariales que técnicamente demuestran la clara necesidad de aumentar los precios, no es suficiente para las autoridades. La opinión pública mayoritariamente considera que los valores de los planes de las EMP son muy altos, que los aumentos de los precios son excesivos y por consiguiente sea una medida de alto costo político para el Gobierno la autorización de los mismos, que por supuesto intenta evitar. La situación es compleja.

En el mes de julio la Universidad de Belgrano realizó una encuesta de más de 600 casos en la Ciudad de Bs. As. que nos ayuda a entender la situación:

En los últimos 5 años, ¿el sistema de salud pública en la Argentina mejoró, empeoró o se mantiene igual?

Empeoró 69% - Mejoró 4% - Se mantiene Igual 11% - NS/NR 16%

Si pudiera elegir, ¿preferiría que lo atendieran en un hospital público o en un sanatorio privado?

Sanatorio Privado 86% - Hospital Público 14%

¿Los funcionarios públicos deberían atenderse en los hospitales públicos o es correcto que también lo hagan en sanatorios privados?

Hospitales Públicos 84% - Les es indiferente 11% - Sanatorio Privado 4% - NS/NR 1%

¿Considera que los aumentos en los sistemas de medicina prepaga durante el último tiempo han sido bajos, moderados o excesivos?

Excesivos 74% - Moderados 26%

Vemos que los ciudadanos en general confían más en las Clínicas, Sanatorios u Hospitales Privados, que en el sistema de cobertura universal a través de los Hospitales Públicos e inclusive consideran que sería beneficioso que los funcionarios se atendieran allí, en el supuesto que al experimentar ellos mismos la atención que se brinda, el servicio va a mejorar. Sin embargo están también disconformes con los altos costos del sistema privado.

El "atajo" que encuentra el Gobierno para "satisfacer las necesidades" de sus contribuyentes -¡y votantes!-, es controlando los precios de la Medicina Privada. Sin embargo este atajo sólo conducirá a deteriorar la calidad, provocar mayor concentración y algunos creen que eventualmente pueda eliminar un sector que brinda cobertura a 6 millones de argentinos. Sector que finalmente le ahorra al Estado el gasto que representaría que estas 6 millones de personas se atendieran en el Sistema Público.

El camino virtuoso, aunque seguramente más largo, es mejorar la percepción de la calidad de atención en los Hospitales Públicos, con lo cual la gente podrá optar libremente a pagar las altas cuotas del sistema privado o utilizar el sistema público. El mejor ejemplo que tenemos en el país es quizás el de la Universidad, donde se puede encontrar una similar percepción de calidad en las Universidades Públicas que en las privadas. Lamentablemente no sucede lo mismo en la educación primaria y secundaria donde la brecha de percepción de calidad entre unas y otras se sigue ampliando según varias encuestas.

En el medio de este conflicto entre Prestadores y EMP están los médicos, que lamentablemente algunas veces han sido la variable de ajuste en los últimos años. La atención médica poco a poco se ha ido deteriorando, aumentando considerablemente la cantidad de consultas aunque éstas son cada vez más breves, con muy poca posibilidad de construir relaciones adecuadas de médico-paciente y la imposibilidad concreta que los médicos puedan realmente hacerse cargo de la salud de los usuarios del sistema.

Así como en muchas localidades del interior del país encontramos prestadores que dependen fundamentalmente de los aranceles del Pami y la Obra Social Provincial, en algunas ciudades grandes del Interior y en el AMBA (Área Metropolitana Buenos Aires) hay Clínicas y Sanatorios que dependen de los aranceles de las EMP. Aquí el conflicto va a agudizarse en estos meses con picos de máxima tensión entre unos y otros.

Son negociaciones donde todos tienen razón y algunos ya comienzan a jugar en esta disputa su supervivencia. Como en la selva, lamentablemente sobrevivirán los más hábiles y fuertes.

Esperemos que Prestadores, EMP y las Autoridades puedan encontrar caminos de solución. Lamentablemente las posibilidades de que esto ocurra son muy bajas. □

* (http://www.revistamedicos.com.ar/numero69/columna_pasman.htm)

Sumamos confianza a nuestros asegurados

- Brindando ventajas diferenciales en nuestras coberturas de Praxis Profesional Médica.



Asistencia 0-800-TPC 24hs

Atención permanente a cargo de un equipo médico legista para el asesoramiento en la prevención de litigios y la gestión del riesgo.



Cobertura Extendida sin costo

Incluye cobertura de hasta 10 años para cualquier incidente que haya sucedido durante la vigencia de la póliza.



PRAXIS PROFESIONAL
RESPONSABILIDAD CIVIL
CAUCIÓN
VIDA
ACCIDENTES PERSONALES

LUK www.luknet.com.ar



Lo invitamos a seguirnos en
/TPC Compañía de Seguros

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

www.webtpc.com

CALIFICACIÓN



Exelente
Luzamericana S.A.



COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacia el cuidado móvil de la salud

Vivimos en un mundo que está conectado de manera inalámbrica mediante casi tantos teléfonos celulares como personas en el planeta. De acuerdo a la Unión Internacional de Telecomunicaciones, a fines de 2011 había casi 6 billones de teléfonos celulares a nivel mundial. La omnipresencia de la tecnología móvil ofrece grandes oportunidades para que la industria del cuidado de la salud pueda direccionar uno de los desafíos globales más importantes: lograr que el cuidado de la salud sea mejor, más accesible, rápido y económico.

El nuevo concepto de “salud móvil” (*mHealth*) probablemente logre un mayor efecto en cómo se presta asistencia por tres motivos: los dispositivos móviles son omnipresentes y personales; la competencia continuará impulsando la reducción de costos y mejorando la funcionalidad; y la movilidad por su naturaleza implica que los usuarios sean siempre parte de una red social, lo que aumenta radicalmente la variedad, velocidad, volumen y valor de la información enviada y recibida.

Incluso antes de la llegada de la conectividad móvil, la línea de separación entre los sectores tradicionales de salud se estaba desdibujando y nuevos modelos de negocios estaban naciendo. *mHealth* llega en medio de una “tormenta perfecta”, permitiendo y acelerando tres grandes tendencias mundiales que ya están en juego en el cuidado de la salud.

La reforma regulatoria impulsada por cambios demográficos como el envejecimiento y las enfermedades crónicas están restableciendo el equilibrio entre los sectores públicos y privados que participan en el cuidado de la salud. Cada vez más, el sector público, en su intento por optimizar el

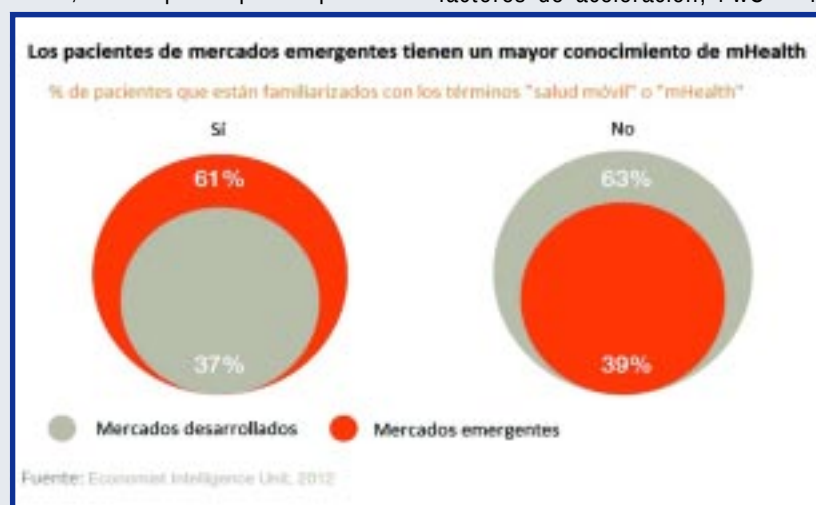
acceso y la calidad, está buscando innovación y eficiencia en el sector privado. *mHealth* ayuda a ambos sectores en estos aspectos, ya que mejora el acceso y la calidad y, al mismo tiempo, provee de innovación y oportunidades en la reducción de costos.

La industrialización del sector del cuidado de la salud, proceso impulsado por tecnologías tales como la historia clínica electrónica y plataformas de monitoreo remoto y comunicación, entre otras cosas, es el prerrequisito para el

florecimiento de *mHealth*. La atención centrada en el paciente, sin importar dónde esté ubicado, se está volviendo una realidad.

El cuidado de la salud está avanzando hacia un modelo basado en la precisión o en la “medicina personalizada”. Gracias a la tecnología, la conectividad y la información, la personalización en masa se encuentra en el horizonte, permitiendo que las soluciones de *mHealth* prosperen.

En reconocimiento de estos factores de aceleración, PwC (*) le



(*) “PwC” es la marca bajo la cual operan y prestan servicios las firmas miembro de la red global PricewaterhouseCoopers International Limited (PwCIL).

solicitó a la Unidad de Inteligencia Económica (EIU, en inglés) que examinara el estado actual y el potencial de *mHealth*; las barreras a superar y las oportunidades para compañías que buscan crecer en ese ámbito.

Según dicha investigación, las prepagas tienden a estar de acuerdo con la posición de los pacientes porque son ellos los que asumirán la mayor parte de las consecuencias económicas si el sistema de salud no consigue la reforma necesaria.

Al proveer al paciente de las capacidades móviles que desea, las aseguradoras logran diferenciarse de su competencia. Es por esto que el 40% de las prepagas alientan a los pacientes a que permitan que sus médicos monitoreen su salud mediante los servicios de salud móvil, mientras que sólo el 25% de los médicos incentiva la práctica.

Si bien *mHealth* ofrece una amplia gama de usos y beneficios también es real que existe un conjunto de barreras que se refuerzan mutuamente.

Por un lado, y en lo referido a las barreras tecnológicas, tanto los médicos como las prepagas enumeran la privacidad y los problemas de seguridad como las principales limitaciones para ampliar el uso de *mHealth*, y sólo la mitad de los médicos considera que las facilidades que provee Internet móvil en sus espacios de trabajo son seguras.

La escasa integración también impide el crecimiento de esta herramienta. Sólo el 53% de los doctores asegura que las aplicaciones y servicios de salud móvil que utilizan son compatibles con

la tecnología de sus organizaciones, e incluso un menor porcentaje dice estar integrado con la tecnología en otros sectores del sistema de salud.

De todas maneras, las cuestiones tecnológicas se desvanecen frente a las complejidades culturales que se presentan a la hora de lograr cambios en el sistema de salud. De hecho, el 27% de los profesionales de la salud y el 26% de las prepagas declaran que la principal barrera que se presenta para *mHealth* es la presencia de una cultura inherenteamente conservadora.

A su vez, la mayoría de los sistemas nacionales de salud son bastos y fragmentados. Descubrir los ejes de cambio de un país no significa que éstos sean útiles en otros países, dado que los sistemas de salud varían notablemente. Frecuentemente incluyen monopolios dominantes, un importante control estatal, y altos costos y barreras regulatorias para el ingreso de nuevos operadores, todas condiciones que se oponen a la innovación impulsada por el sector empresarial.

El control estatal es particularmente importante para el sistema de salud móvil. Los gobiernos actuales han creado una brecha tecnológica que ralentizará la adopción de *mHealth*. Según los profesionales de la salud pública y las prepagas, la falta de tecnologías existentes es la mayor barrera para ampliar el uso de *mHealth*. Un tercio de los doctores del sector público no poseen Internet móvil en sus lugares de trabajo, en oposición a sólo el 14% en el sector privado. Lograr los beneficios económicos de la

implementación de un sistema de salud móvil requerirá que los diferentes gobiernos realicen importantes inversiones para actualizarse tecnológicamente.

La alta regulación del sistema de salud también dificulta el camino hacia la innovación. Los problemas son con frecuencia, o bien la existencia de un vacío regulatorio (que aumentan el riesgo para proveedores), o la aplicación de regulaciones inapropiadas originadas en las primeras tecnologías: el 45% de las prepagas y médicos cree que es esta última la razón que está frenando el crecimiento de *mHealth*.

Probablemente, la mayor dificultad para innovar en el cuidado de la salud es el complejo arreglo de incentivos que ha creado y continúa reforzando el sistema actual. Un producto de *mHealth* sólo será adoptado si alguna de las partes interesadas encuentra un beneficio en pagar por él, pero encontrar un comprador no siempre es sencillo.

Si bien son desalentadoras, las dificultades de la innovación en la asistencia sanitaria no son insuperables ni universales. La innovación disruptiva generalmente ocurre en las periferias de un sector, donde los consumidores tienen menos recursos y los intereses creados son débiles o inexistentes. *mHealth* no es una excepción.

Las soluciones móviles de la atención médica están siendo desplegadas con mayor velocidad en países emergentes que en economías desarrolladas. En los mercados emergentes investigados, el conocimiento de los pacientes y las expectativas sobre *mHealth*


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



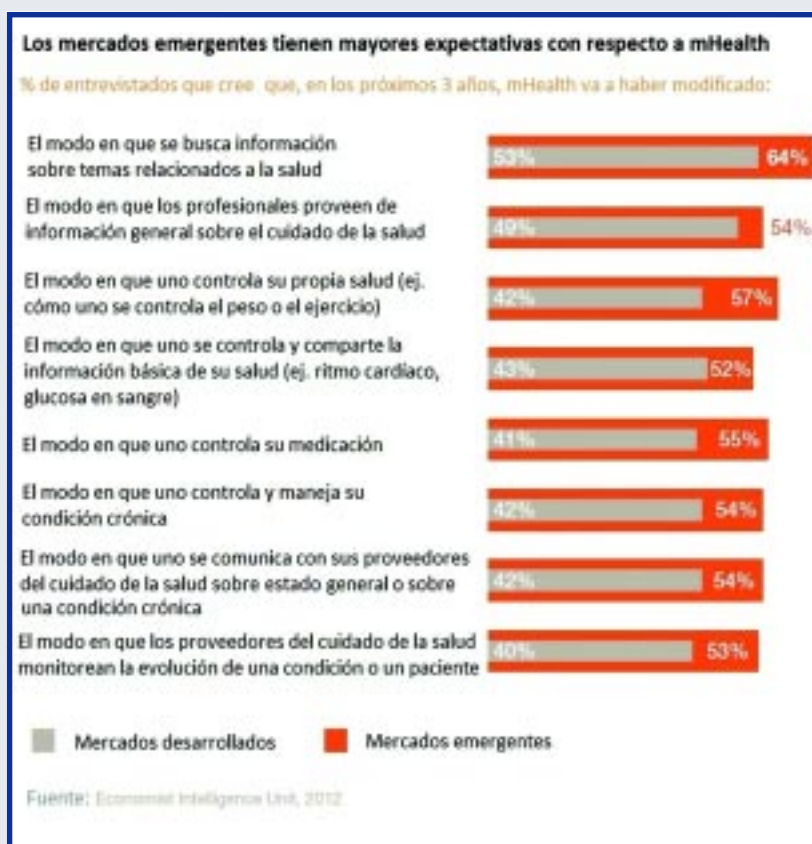
son, en promedio, mucho más altas que en los países desarrollados. El 59% de los pacientes de mercados emergentes usa al menos una de las aplicaciones o servicios del sistema de salud móvil, en contraste, sólo un 35% en países desarrollados.

Prepagas y médicos de mercados emergentes también son más activos en la implementación de *mHealth*. Un mayor número de prepagas pagan, o planean hacerlo, por los diferentes servicios relacionados con salud móvil que sus contrapartes en países del primer mundo. Los médicos de países subdesarrollados, por lo general, poseen mayor acceso a tecnologías móviles en sus espacios de trabajo y tienen sus propias aplicaciones integradas con los sistemas de data de los sistemas de salud tanto nacionales como locales.

Para el 27% de los profesionales de países emergentes *mHealth* ya ha generado cambios sustanciales en la relación médico-paciente y, según el 34%, ha llevado a una marcada reestructuración interna de sus lugares de trabajo. Colectivamente, el 68% de los profesionales de la salud y prepagas en países en desarrollo son más propensos a recomendar a los pacientes que hagan uso de este nuevo sistema, ya sea por sí solos o permitiéndole al personal médico que monitoree su condición mediante *mHealth*. En cambio, sólo el 59% de los médicos en países desarrollados incentivan el uso del sistema móvil de salud.

Además, el alcance del sistema es más amplio en mercados emergentes. La tecnología móvil ha demostrado ser especialmente eficaz en las actividades de salud pública, como, por ejemplo el seguimiento de epidemias en lugares remotos.

Por último, mientras el testeo de nuevos proyectos continúa siendo un problema en países desarrollados, la escala de los proyectos relacionados con *mHealth* están comenzando a crecer en los mercados emergentes. La abrumadora necesidad ayuda a explicar la mayor velocidad de adopción de las aplicaciones de salud móvil en países en vías de desarrollo.



El número de médicos por persona en este tipo de países muestra un indicio de disparidad, pero la distribución del personal médico marca más la diferencia. Los doctores a nivel mundial tienden a concentrarse en áreas urbanas, conducta que suele ser un problema en países como India, China y Sudáfrica donde no sólo hay un menor número de médicos por persona, sino que además la población tiende a vivir en lugares rurales o poco poblados. En estas áreas, el cuidado de la salud, si es que existe, generalmente está provisto por personas con conocimientos básicos sobre salud.

Además, en mercados en vías de desarrollo el cuidado de la salud generalmente es caro: 53% de los pacientes de estos países cita el costo como uno de las razones por las cuales se hace mayor uso de *mHealth* en comparación con el 34% en países del primer mundo. En muchos casos, las tecnologías móviles son la única herramienta viable para llegar a las personas.

La falta de infraestructura del cuidado de la salud significa que los mercados emergentes no se enfrentan al reto de intereses arraigados que puedan impedir el desarrollo de *mHealth*.

Finalmente, estos países están obteniendo buenos resultados financieros, tienen la infraestructura tecnológica para implementar *mHealth*, y cuentan con una población expectante por mejoras en el cuidado de la salud.

Es probable que los mercados emergentes sean semilleros de innovación, una ventaja que pueden aprovechar en el mercado global. Y, más importante aún, el desarrollo de *mHealth* en países en desarrollo puede acelerar el progreso del ecosistema de empresas involucradas tales como proveedores, compañías de tecnología, operadoras de comunicación y prepagas que, según los analistas, son esenciales para el éxito del sistema de salud móvil a largo plazo. Dada la naturaleza digital de *mHealth* un ecosistema no será limitado por fronteras

geográficas, lo que permitirá, eventualmente, que los diferentes participantes puedan lograr la irrupción en una gran cantidad de mercados. El futuro del cuidado de la salud occidental puede desarrollarse en los actuales mercados emergentes.

La disrupción seguramente podrá superar las barreras para lograr un sistema de salud maduro. De todas maneras, emprendedores en todo el mundo todavía deben encontrar modelos de negocios que funcionen en el medio ambiente actual. Esto puede representar un desafío: 64% de los médicos y prepagas declaran que hoy *mHealth* es una posibilidad pero muy poco probado como un modelo de negocios efectivo.

Las nuevas tecnologías no siempre atraen nuevas fuentes de ingresos. A pesar del aumento de aplicaciones personales de salud para teléfonos, los pacientes aún se muestran reacios a pagar por ellas. El 49% cita el costo como una de las principales barreras para aumentar el uso de *mHealth*, no porque los productos sean caros, sino porque los mismos pacientes son extremadamente sensibles al precio. Entre los que usan los servicios o aplicaciones de *mHealth*, una cuarta parte paga u\$s 5 o menos por aplicación. Del total de pacientes que no usan estas aplicaciones, únicamente el 15% está dispuesto a pagar dicha suma. Estas estadísticas casi no se modifican con un aumento de sus ingresos.

Si bien los pacientes de los mercados emergentes están mejor predispuestos a pagar que aquellos del primer mundo, pro-

bablemente debido al alto costo que significa para sus bolsillos los sistemas de salud tradicionales, también es cierto que se muestran reticentes.

Para convencer a las prepagas de que inviertan en *mHealth*, las compañías se deben centrar en soluciones que las ayuden directamente. Trabajar con proveedores de la salud en la creación de soluciones de *mHealth* es una forma para involucrarlos en el proceso y otorga importantes beneficios adicionales. Un enfoque basado en las soluciones más que en la tecnología puede favorecer a la innovación.

Sin embargo, y en última instancia, *mHealth* necesita hacer más que integrarse con los sistemas de salud existentes. Como en cualquier disrupción tecnológica, será necesario confiar y actuar mediante un entorno de actores que compartan el concepto de cómo debería ser el cuidado de la salud. En un nivel más tecnológico, esto implica inevitablemente la integración de data y servicios basados en el paciente individual que involucre todos los aspectos de la salud, desde la prevención hasta el tratamiento de manera holística.

A largo plazo, el punto de vista más común entre los especialistas es que las prepagas se suscribirán a *mHealth* simplemente como parte de un proceso de cambios más profundos en el sistema de salud.

En resumen, la adopción de *mHealth* debe representar sólo un aspecto de una gran disrupción en el sistema de salud. Sin

embargo, el sector está inmaduro para un cambio. En este sentido, los stakeholders poderosos con incentivos contradictorios que fallaran en el desarrollo de cambios que benefician al sistema como un todo pero no a sí mismos, o usarán la complejidad del sistema para bloquear la innovación que pueda afectarlos.

La disrupción nunca es fácil, pero raramente es imposible. *mHealth* ya está siendo adoptado donde la necesidad es mayor y las barreras son menores: entre aquellos que pagan una gran proporción de sus ingresos por el cuidado de su salud, aquellos que no obtienen el tratamiento efectivo de las estructuras ya existentes y, sobre todo, en mercados emergentes.

Para subsistir en un complejo sistema de cuidado de la salud, las compañías participantes en *mHealth* deben encontrar aplicaciones y servicios que le otorguen valor concreto a stakeholders identificados; pensar en términos globales; enfocarse en las soluciones y no en la tecnología; e identificar posibles socios para crear un mayor impacto y generar nuevo valor.

En muchos casos, la promesa de *mHealth* resultará ilusoria dado que el contacto personal entre paciente y proveedor siempre tendrá un lugar primordial en la medicina. Sin embargo, en otros casos, *mHealth* revolucionará la forma en que el sistema de salud es provisto.

En definitiva, *mHealth* probablemente se convertirá en algo tan normal y cotidiano que dejará de ser noticia. □



Tel/Fax 6380-4782/4982-3494

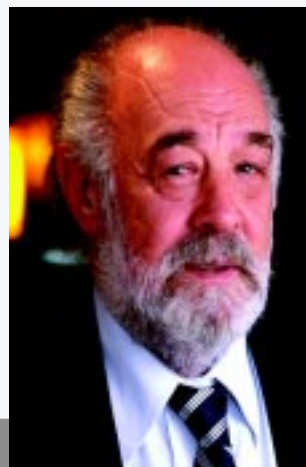
Info@erfolgsalud.com.ar

www.erfolgsalud.com.ar

“Curar pocas veces, aliviar frecuentemente, acompañar siempre”

De la encrucijada no se sale mediante atajos

Por el Dr. Ignacio Katz



*“Cuando la hipocresía comienza a ser
de muy mala calidad,
es hora de comenzar a decir la verdad”*
Bertolt Brecht

Quiero comenzar este artículo con un recuerdo a mi querido maestro Ramón Prieto, quien expresaba: “Sólo la autocrítica perfecciona al ser humano, y cuando se amplía a la comunidad desbroza los caminos que conducen a la plena realización nacional y social dignificando la condición humana, liberándola del estigma de la postulación, la pobreza, la dependencia y tornándola capaz de unificar al país en derredor del bien común y de encauzarlo hacia la espiritualidad y la construcción del mayor de los capitales: la fraternidad y la paz.”

Es tiempo entonces de, como comunidad, analizar nuestros errores y poner en marcha los mecanismos para superarlos. En particular, el caso que hoy nos ocupa para ilustrar esta necesidad de autocrítica como sociedad, es el de la Administración de Programas Especiales (APE), absorbida recientemente dentro de la estructura de la Superintendencia de Servicios de Salud.

En esta etapa nos ayudará reflexionar sobre los distintos pasos que llevaron a que un organismo que debe existir para cumplir una función sanitaria impostergable, haya quedado envuelto en situaciones irregulares y en el riesgo de que los errores del presente hagan naufragar un ente a todas luces necesario. Así, las fallas en su funcionamiento llevan a hacer dudar sobre la necesidad de su existencia, y esto confunde y genera el riesgo de llegar a eliminarlo por el hecho de estar mal instrumentado.

El caso de la APE es una muestra de lo que acabamos de plantear. Es fundamental señalar los déficits intrínsecos de su estructura, que por la profundidad de aquellos, comprometen el buen cumplimiento de las funciones para las que fue creada. Y, al mismo tiempo, es necesario destacar el rol positivo que juega, en especial para garantizar niveles de equidad en la atención sanitaria. Es, cuando funciona bien, una herramienta básica para la producción de servicios asistenciales en el campo de la salud, reforzando la búsqueda por lograr equidad y así apuntalar la justicia social.

Ahora bien, este reconocimiento no debe obstruir la necesidad de someter a examen este engendro en el que se ha convertido la APE. Lo primero es recalcar que discutir la existencia o disolución de la APE por sus ineficiencias en la actual situación sanitaria, sería semejante a plantear la disolución del INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), en lugar de formular los cambios que corregirían sus errores.

La APE, recordemos, reintegra a las obras sociales los costos que éstas tienen que afrontar por ciertos tratamientos de alta complejidad. Enumeremos alguna de las patologías que solventa este organismo: implantes cocleares, trasplantes renales, medicamentos antirretrovirales, medicación oncológica, hormona de crecimiento, prestaciones para personas discapacitadas, tratamiento de la hemofilia, control de la enfermedad de Chagas y muchas más.

La creación de dicho organismo fue por decreto en enero de 1998, a partir de aportes de empleados y patrones a las obras sociales. Más allá del objetivo final que se buscaba con su nacimiento, éste también se vio impulsado por los problemas financieros de las obras sociales, la falta de crédito para prestadores y la urgencia que ameritaban muchos casos médicos que no podían esperar búsquedas urgentes de dinero para salvar vidas.

De esta manera, los afiliados a obras sociales pueden tener garantizado el acceso a distintos tratamientos de complejidad, sin depender de si la entidad a la que están afiliados puede garantizar en el tiempo necesario el pago de dichas intervenciones. Imaginemos cómo se profundizaría la inequidad social si un afiliado de una obra social sindical tuviera que pasar meses hasta que ésta pueda encontrar los recursos para recibir medicamentos que combaten alguna severa enfermedad que padece.

Hoy, la APE es una herramienta defectuosa, pero con un nuevo plan maestro nacional, podría enderezar su rumbo. Claro que en simultáneo, tendría que construirse el ya mencionado en estas páginas Sistema Federal Integrado de Salud, que implicaría un nuevo modelo sanitario. En este esquema, la APE quedaría subsumida dentro de un específico *Fondo Compensador de Enfermedades Especiales*, entidad que en la Argentina no existe. Cabe señalar que hay experiencias cercanas de dicho Fondo; sin ir más lejos, la hermana República Oriental del Uruguay sí lo posee.

En una sociedad integrada y plural, el Fondo

Compensador de Enfermedades Especiales es una pieza de valor angular, que al estar imbuida de criterio solidario, posibilita el devenir de la salud como *derecho individual*, hasta alcanzar la salud como *derecho social*.

DE LOS POSTULADOS IDEALES

Ahora bien, el dilema actual es cómo estructurar un ente autónomo que intervenga en la logística de la atención médica con racionalidad, eficiencia y transparencia. Dicho ente debe intervenir en tres niveles:

- 1) la identificación en el padrón de afiliados, lo que posibilita su verificación y fecha de ingreso
- 2) la elevación de la Historia Clínica, que objetiva, no sólo el diagnóstico, su evolución y confirmación de lo solicitado, sino también la oportunidad de lo requerido en relación al *camino crítico de la enfermedad*
- 3) la acreditación de la institución médica resolutive y su compromiso en el seguimiento del paciente, a fin de respaldar las conductas propuestas.

La aplicación de estas premisas, ideales de un Sistema de Salud, permitirían superar la visión mecanicista, cuyo enfoque administrativo prevalente, opaca la responsabilidad médica.

Por otra parte, en una nueva configuración sanitaria, el Fondo Compensador de Enfermedades Especiales trabajaría en estrecha relación con un Observatorio de Salud, imprescindible en cualquier esquema superador del actual. De este modo, dicho Fondo aportaría información de primera calidad, sobre patologías y costos al Observatorio.

En síntesis, no se trata de eliminar la función de la APE, sino de construir dicho Fondo, en el marco de una reforma total del actual modelo sanitario. En un nuevo ordenamiento, que implicaría un genuino Sistema Federal Integrado de Salud, ese Fondo sería una herramienta, coordinada por una autoridad, pero articulada plenamente con la sociedad en el que está inmerso. Además, el mencionado Fondo debe considerarse como un instrumento logístico que responda a una táctica y a una estrategia determinada, para dar soluciones en pos de un genuino acceso a la salud para todos los habitantes de este país.

Hoy, en lo referente a la APE, estamos en conflictos y juicios que no serán fácilmente resueltos, dada la debilidad estructural en los que están contenidos y que los llevan a una confrontación que día a día acrecienta el daño sobre los pacientes. Estos no son espectadores, son las víctimas de lo que sucede. Es de esperar que en el futuro inmediato quienes tienen la responsabilidad de intervenir en el campo sanitario, avancen en la concreción de un nuevo modelo de salud para todos los habitantes de nuestro país. Y en particular, que se implemente el mencionado Fondo Compensador de Enfermedades Especiales, dentro de una organización racional, equitativa y transparente. □

Ignacio Katz Doctor en Medicina (UBA). Autor de: "*Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud*" (Eudeba, 2012). "*En búsqueda de la Salud Perdida*" (EDULP, 2006). "*Argentina Hospital, El rostro oscuro de la salud*" (Edhasa, 2004). "*La Fórmula Sanitaria*" (Eudeba, 2003)

UNIVERSIDAD ISALUD EDUCACION PARA LA TRANSFORMACION

MAESTRIAS y ESPECIALIZACIONES 2013

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)

El “Compromiso Sustentable” de la fuerza laboral

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



INDICADORES EN NUESTRO PAÍS

El pasado mes de agosto estuvo en nuestro país Chris Pinc, Director Global de Towers Watson en materia de Investigaciones y Encuestas a Empleados y responsable del Estudio Global de la Fuerza Laboral 2012 -“Global Workforce Study 2012”-, un trabajo diseñado para ayudar a las compañías a comprender mejor sus diversos segmentos de empleados y los factores que influyen en su desempeño realizando continuas mediciones de actitudes cambiantes que afectan la atracción, la retención, el compromiso y la productividad.

El Estudio Global -realizado entre los meses de febrero y marzo de este año- incluyó a más de 32.000 empleados representativos de grandes y medianas organizaciones en un amplio rango de industrias en 28 mercados alrededor del mundo, incluyendo naturalmente también a la Argentina.

PRINCIPALES CONCLUSIONES: COMPROMISO SUSTENTABLE

Los ejecutivos de las empresas han sabido por años que el compromiso es importante para el desempeño, pero a partir de este estudio se puede identificar de manera novedosa los elementos que contribuyen a un compromiso “sostenido” en el contexto laboral actual.

Hace muchos años las empresas medían el grado de satisfacción del individuo de pertenecer a la organización. Posteriormente se midió la intención del individuo de permanecer –la “obligación”- y finalmente se hicieron mediciones sobre el nivel de compromiso emocional y racional para hacer un esfuerzo discrecional para la empresa en la cual se trabajaba.

Los nuevos estudios han permitido detectar y definir un nuevo elemento diferenciador: el “Compromiso Sustentable”, que requiere la suma de tres elementos diferentes:

- Compromiso tradicional: Definiendo como tal la voluntad y el deseo de los empleados de realizar esfuerzos por su empleador.
- Habilidad: Considera las herramientas, recursos y el soporte que le brinda la empresa a la

persona que trabaja para poder realizar dicha tarea de manera eficiente.

- Energía: Un ambiente de trabajo óptimo, que sustenta activamente el bienestar físico, el emocional y el interpersonal.

Un alto nivel de compromiso depende de los tres elementos y solamente se mantendrá a lo largo del tiempo si los tres están presentes. La “habilitación” y la “energía” son realmente factores críticos en esta ecuación de compromiso “sustentable”.

Lo significativo del Estudio, es que muestra una directa relación entre los resultados de las empresas y el compromiso sustentable de sus empleados y se ha detectado, que aquellas organizaciones que presentan altos niveles de compromiso sustentable, entre otros indicadores más favorables, triplican los beneficios que producen aquellas que cuentan con personal con bajo nivel de compromiso.

Este análisis está generando naturalmente un gran interés por el nuevo concepto detectado.

La investigación de Towers Watson revela que casi dos tercios (65%) de los trabajadores en 28 países no están plenamente comprometidos con su trabajo y están luchando para sobrellevar situaciones laborales en las que no les brindan suficiente soporte o conexión emocional. En una época en la que las empresas necesitan contar plenamente con sus empleados –tal vez más que nunca- para alcanzar sus objetivos de crecimiento, este hallazgo tiene un perturbador riesgo potencial.

RESULTADOS PARA LA ARGENTINA

Los resultados de la Argentina muestran un grupo aún más pequeño de empleados “Altamente Comprometidos” en comparación con los Estados Unidos y Canadá.

Los trabajadores “altamente comprometidos” (individuos con opiniones favorables por sobre el promedio en los tres elementos de compromiso sustentable) en la Argentina son menos del 25% de la población, un número sumamente bajo si se

lo compara con el 35% a nivel global. El grupo de empleados "no comprometidos" (individuos con opiniones favorables por debajo del promedio en los tres elementos de compromiso sustentable mencionados arriba) representan un porcentaje del 29%, superior al 26% que arroja el resultado global.

Ahora bien, veamos cuáles son los cinco impulsores clave del "Compromiso Sustentable" para quienes trabajan en la Argentina:

1. La *Imagen de la Compañía*. (Reconocimiento por el público y negocios con honestidad e integridad).
2. El proceso y contexto de la "*Gestión de Desempeño*" (Responsabilidad por el desempeño y un vínculo claro entre remuneración y desempeño).
3. La comprensión y alineamiento de las "*Metas y Objetivos Organizacionales*" (Comprensión de los objetivos y metas del negocio).
4. El *Liderazgo*. (*Comportamiento de los Ejecutivos de la Organización*).
5. La supervisión (Respeto y valoración por parte del nivel superior).

Validando los resultados generales, el estudio presenta cifras preocupantes en algunos indicadores particulares:

Los empleados en la Argentina -y particularmente los niveles Ejecutivos y de Gerentes Senior manifiestan que están trabajando más horas, sintiendo más estrés y que están preocupados por su futuro financiero. Los porcentuales son realmente significativos:

- El 33% de los encuestados dijo que los niveles de estrés no son los adecuados. Este indicador prácticamente duplica el registrado globalmente (17%) y llega a alcanzar la impactante cifra del 62% en los niveles Ejecutivos y de Gerentes Senior.

(Probablemente amigo lector, entre otras cosas la "hiperconectividad" sea uno de los factores que más contribuyen a estos indicadores. Celulares -y peor aún, los mails y MSN vía celulares- han venido para quedarse, invadiendo así la privacidad de las personas y transformándolas -a aquellas que lo permiten- en seres disponibles 24x7).

- El 79% de los participantes está fuertemente preocupado sobre su estado financiero futuro, cifra también sensiblemente superior al 54% de respuestas equivalentes a nivel Global.
- Finalmente, solamente el 7% de los Ejecutivos y Gerentes Senior manifiestan tener un balance saludable entre el trabajo y la vida personal.

En resumen, no son buenos los indicadores y hay mucho trabajo por hacer.

Nos queda también a nosotros mismos, generarnos el desafío de ser parte de aquellos que han encontrado un balance saludable entre el trabajo y su vida personal. Nos queda el desafío, nada más y nada menos, de hacer el esfuerzo de poder ser felices. □



Obra Social de Personal de Dirección



Protección de la salud para toda la familia

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



Trayectoria e Innovación
en la Seguridad Social

Estimación del gasto necesario para garantizar la canasta asistencial del PMO

INTRODUCCION

A principios de marzo de 2010 presentamos el primer trabajo relativo a la ESTIMACION DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA ASISTENCIAL CONTENIDA EN EL PMO.

En esa presentación explicamos que era nuestra intención realizar una serie de investigaciones del campo de la salud de la Argentina, tendientes a volcar información al sector para la toma de decisiones.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) comprende un listado de prestaciones que deben ser brindadas obligatoriamente por la Seguridad Social, y por los Seguros Privados y que son consideradas también, como medida de cobertura, en la Obras Sociales Provinciales y en el sector público al elaborarse los diferentes programas asistenciales.

El objetivo de esta presentación es actualizar el valor del PMO a abril de 2012 manteniendo la misma metodología descripta y discutida en el primer trabajo, o sea tomando como parámetros los indicadores de uso y los precios de mercado, metodología que ha sido la aplicada en general en trabajos precedentes, y sobre la cual hemos recabado opiniones a diferentes actores del sector que la han aprobado sin objeciones, considerándola como la mejor a emplear con la información disponible en nuestro país.

Hemos analizado el origen de las variaciones observadas entre cada actualización realizada.

Se han construido las tasas de utilización de los servicios lis-



Autores
Dr. Ernesto van der Kooy
Dr. Héctor Pezzella

tados en el PMO a partir de una población cuyas características han sido ya descriptas y que se han mantenido en las sucesivas versiones.

Para considerar un costo real del PMO, deberían tenerse en cuenta algunas otras erogacio-

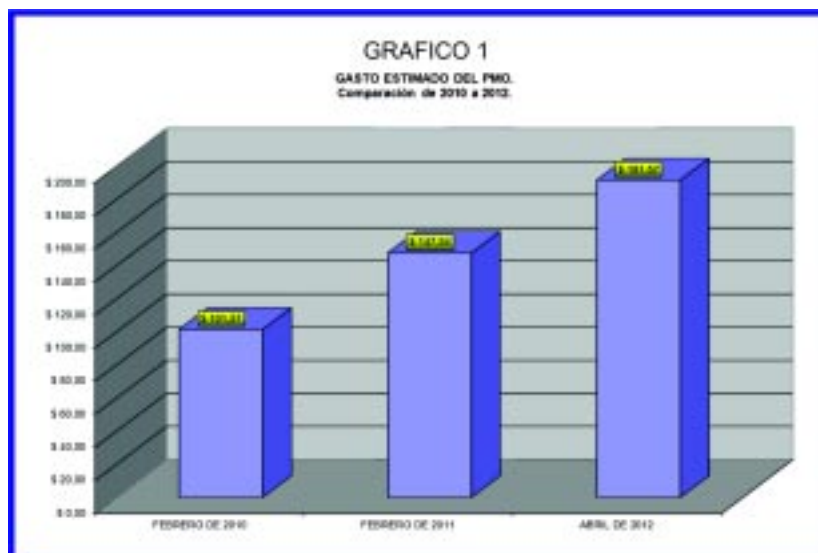
nes, tales como los costos de administración central.

Esa estimación todavía nos ha sido imposible de justipreciar adecuadamente, debido a la heterogeneidad de información recibida por parte de los agentes de salud.

TABLA 1: COMPOSICION POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACION AFILIADA A OBRAS SOCIALES NACIONALES, EN PORCENTAJES

RANGO DE EDAD	FEMENINOS	MASCULINOS	TOTAL
	%	%	%
0 A 1 AÑO	0.74	0.78	1.51
1 A 14 AÑOS	13.26	13.85	27.11
15 A 49 AÑOS	26.68	29.55	56.23
50 A 65 AÑOS	5.92	7.32	13.24
MAS DE 65 AÑOS	0.78	1.12	1.91
TOTAL	47.38	52.62	100

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - OISS 2004. - MITOS Y REALIDADES DELAS OBRAS SOCIALES - RUBEN TORRES - AGOSTO 2004.



En este trabajo hemos mantenido las tasas de uso que fueron utilizadas en la actualización de febrero de 2011, teniendo en cuenta que en dicha oportunidad realizamos un relevamiento de las mismas y produjimos algunas ligeras modificaciones en los rubros medicamentos ambulatorios, en radioterapia y en HIV.

Tal como ya hemos referido los indicadores son de cambios muy paulatinos acompañando a las modificaciones epidemiológi-

cas, de accesibilidad, tecnológicas, etc.

Los precios de mercado considerados los hemos actualizado a fines de abril de 2012, debiendo destacarse que los valores obtenidos como producto final se han ido modificado en mucho por encima de la inflación informada por el INDEC.

Como en la anterior actualización no todas las diferentes prestaciones lo han hecho en forma similar, ha sido desigual el

incremento de valores de unas respecto a otras, situación que analizamos a posteriori.

Como persiste un fuerte proceso inflacionario, seguramente los precios considerados son válidos para la fecha de corte, pero se van modificando con el paso del tiempo.

De cualquier forma y tal como lo expresáramos en el primer trabajo, la matriz elaborada por nosotros y los indicadores usados permiten actualizar los precios de cada ítem modificando los valores finales del PMO y actualizándolos al momento deseado.

MATERIAL Y METODOS

La metodología utilizada en el presente estudio sigue los mismos lineamientos de los estudios anteriores.

La población considerada ha sido la menor a 65 años.

Las tasas de utilización de las diferentes prestaciones, describen el comportamiento promedio de la población bajo estudio.

Los valores considerados son aquellos pagados a los prestadores por las diferentes entidades



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

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

consultadas y aquellos recabados directamente.

Hemos usado la misma matriz de costos de los trabajos anteriores.

Estimamos el gasto promedio ⁽¹⁾ por beneficiario, menor de 65 años, que garantice el acceso a las prestaciones incluidas en el PMO a partir de los estudios realizados de tasas de utilización registradas y precios de mercado.

TASAS DE USO Y PRECIOS

Las tasas de uso que han sido reanalizadas en 2011 se han mantenido sin modificaciones.

Los valores considerados como precios de las prestaciones son aquellos recabados en el mercado a fines de abril de 2012, por lo que al analizar los resultados la totalidad de los aumentos está justificada por la modificación de los precios de los diferentes ítems de la grilla utilizada.

OTROS

A los fines de una mejor comprensión se vuelve a incorporar una tabla (Tabla N° 1) con la composición según edad y sexo de la población estudiada, cuyos orígenes han sido descriptos en las actualizaciones anteriores.

Los indicadores y precios corresponden a poblaciones de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense, por lo que entendemos y reiteramos que los indicadores y valores son aplicables sobre todo a grandes conglomerados urbanos.

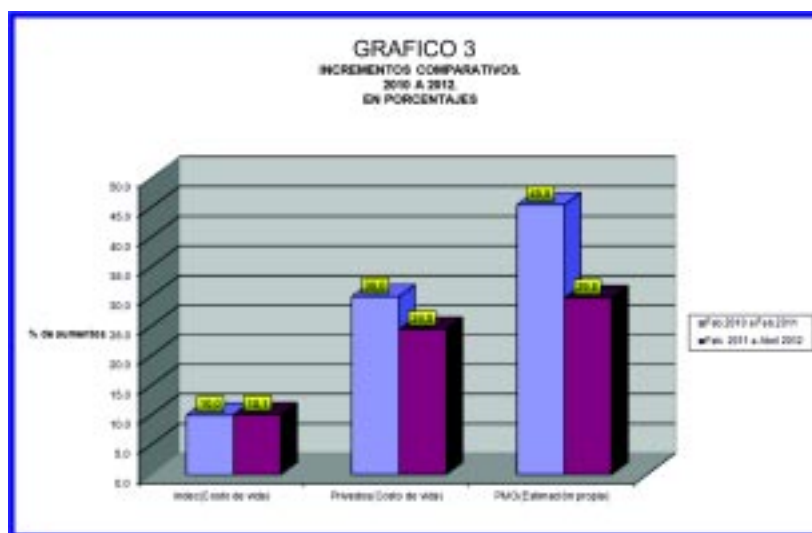
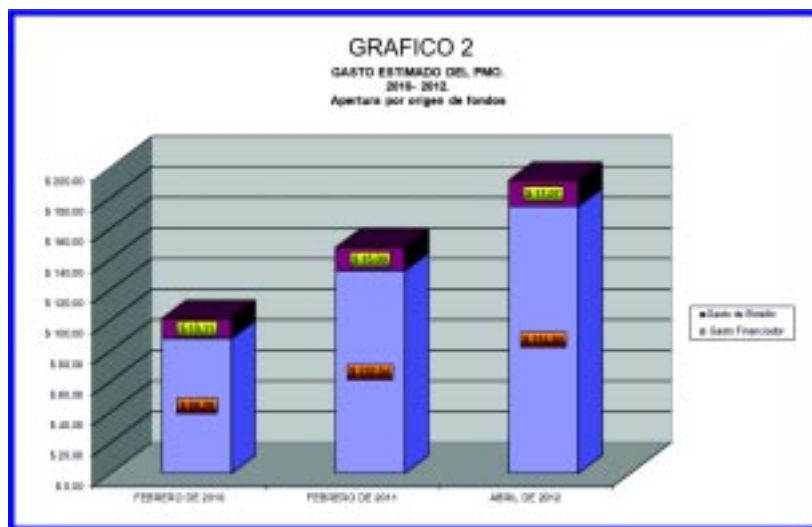
RESULTADOS

El costo total sin considerar los gastos de administración es de \$191,57 (ciento noventa y un pesos con cincuenta y siete centavos).

Este valor comparado con el resultado obtenido en febrero de 2011 (\$147,54) implica un incremento en catorce meses de un 29,8 %.

El gráfico n° 1 compara los valores estimados del PMO de las actuaciones realizadas en 2010, 2011 y 2012.

Este incremento supera nuevamente como ocurriera en la



actualización de 2011 los aumentos de costo de vida informados tanto por el INDEC ⁽²⁾ y también aquellos emanados de consultoras privadas ⁽³⁾.

En el gráfico n° 2 se compara la inflación oficial, la de consultoras privadas y los incrementos de costos del PMO entre febrero 2010 a febrero 2011 y entre febrero de 2011 y abril de 2012.

Lo financiado por el seguro social, respecto al gasto de bolsillo se ha incrementado porcentualmente.

Financiado por el Seguro Social \$174,50 y \$17,07 por el bolsillo de los beneficiarios.

Si uno compara datos, en 2010 el gasto de bolsillo era de \$13,11 y representaba el 12,9% del total del PMO. En 2011 fue de \$15 representando el 10,2% y en abril de 2012 \$17,07 o sea el 8,9% del total.

Ese incremento se debe a que los coseguros siguen sin modificarse y prácticamente el total del gasto de bolsillo corresponde a medicamentos ambulatorios, que el afiliado abona directamente en un porcentaje variable según el tipo de medicamento.

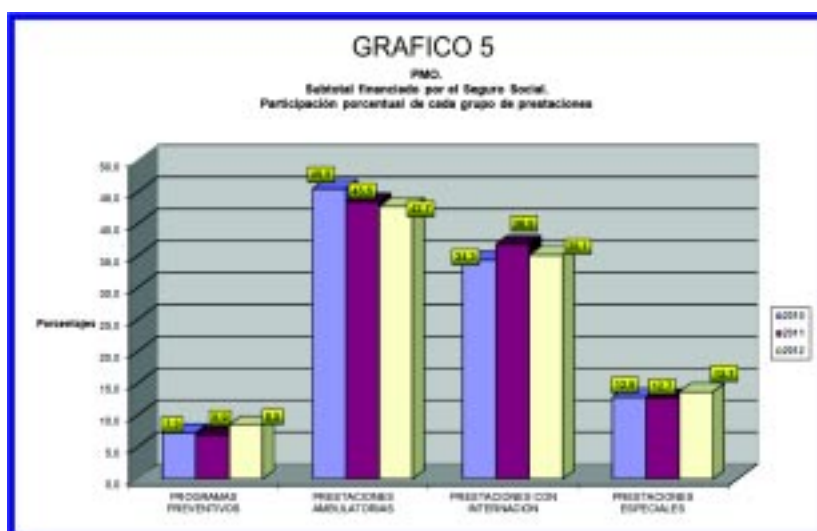
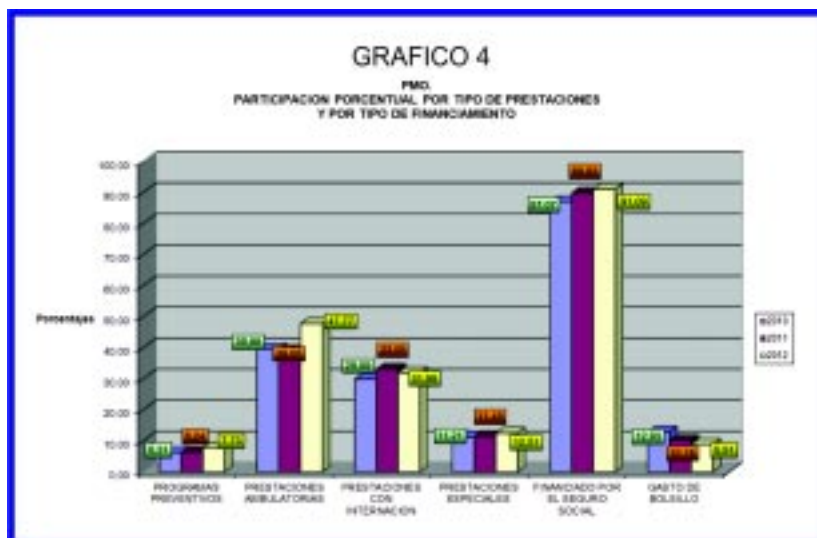
En el gráfico n° 3 se observa los valores financiados por los agentes de Salud y el gasto de bolsillo en febrero de 2010, en febrero de 2011 y en abril de 2012.

En la tabla II se pueden observar los valores por grupos de prestaciones en febrero de 2010 y febrero de 2011 y abril de 2012, surgiendo del análisis entre 2010 y 2011 llama la atención por su mayor impacto el producido en las prácticas con internación, con un aumento del 61,14%, en el período 2011 / 2012 el mayor incremento se ha dado en Programas Preventivos

¹Se reitera que en la estimación de este gasto no se incluyen gastos centrales de administración de los financiadores (Obras Sociales).

²El INDEC ha registrado una inflación en el período febrero 2011- abril 2012 ligeramente superior a un 10 %.

³Para las consultoras privadas el costo de vida se incrementó alrededor del 24,5 % en el mismo periodo.



con el 60,8%, seguido de Prestaciones Ambulatorias con el 58,82%. El menor incremento ha sido en prestaciones con Internación con un 25,52%.

Desde febrero de 2010 a abril de 2012 (veintiséis meses) Programas Preventivos y Prestaciones Ambulatorias son los que más se han incrementado (131 y 128% respectivamente) mientras que prestaciones especiales 111% y Prestaciones con Internación 102%.

El gasto de bolsillo lo ha hecho

en sólo un 30% y lo financiado por los agentes de salud en un 98%.

El gráfico n° 4 muestra la participación porcentual de cada grupo de prestaciones en cada actualización realizada, y por otro lado la participación relativa del financiamiento por el Seguro Social y del Gasto de Bolsillo en las mismas actualizaciones.

El gráfico n° 5 muestra la participación porcentual de cada tipo de prestaciones en el subto-

tal que financia el Seguro Social.

CONCLUSIONES:

Han pasado 26 meses desde que realizamos la primera estimación.

La alta inflación se ha mantenido durante este período de tiempo como variable sustancial. Si bien ha sido mayor para todas las mediciones durante el lapso febrero de 2010 a febrero de 2011, en este período de análisis (febrero de 2011 abril de 2012) ha sido de alrededor del 25%.

Respecto al valor estimado del PMO, nuevamente su incremento ha superado las mediciones inflacionarias consideradas más reales, girando alrededor del 30%.

Los grupos prestacionales que en la medición anterior se habían rezagado, compensaron en la actual, manteniendo porcentajes de participación bastante constantes.

En cada medición el porcentaje financiado por los Agentes de Salud se va incrementando y hoy las Obras Sociales para asegurar las prestaciones incorporadas al PMO deben contar, con esta composición poblacional, con \$174,50 por beneficiario bajo cobertura.

El beneficiario en promedio aporta \$17,07 por mes, número que corresponde casi en exclusividad a medicamentos ambulatorios (cuyo incremento de una medición a la otra fue de alrededor de un 20%).

El financiamiento de las Obras Sociales tiene como fuente principal de fondos los aportes de los trabajadores en relación de dependencia y las contribuciones patronales.

Dichos ingresos, si bien se han modificado por las paritarias durante el período, no al-

MM

Menéndez, Mouro & Asociados S.A
Consultora de salud

Cerrito 836 - Piso 11 - Oficina 25 - CABA
(5411) 4815 - 3885 / 4811-6674

contacto@menendezmouro.com
info@odontodos.net

TABLA N° II. Comparación de valores por grupo de prestaciones entre Febrero 2010, Febrero 2011 y Abril 2012

DESCRIPCION	COSTO FEBRERO 2010	COSTO FEBRERO 2011	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 6.40	\$ 9.21	41.12%
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 40.20	\$ 57.62	43.34%
PRESTACIONES CON INTERNACION	\$ 30.30	\$ 48.82	61.14%
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 11.36	\$ 16.89	48.66%
FINANCIADO POR EL SEGURO SOCIAL	\$ 88.26	\$ 132.54	50.18%
GASTO DE BOLSILLO	\$ 13.11	\$ 14.99	14.34%
TOTAL COSTO PMO	\$ 101.37	\$ 147.54	45.54%

DESCRIPCION	COSTO FEBRERO 2011	COSTO ABRIL 2012	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 9.21	\$ 14.81	60.8%
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 57.62	\$ 91.51	58.82%
PRESTACIONES CON INTERNACION	\$ 48.82	\$ 61.28	25.52%
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 16.89	\$ 23.97	41.92%
FINANCIADO POR EL SEGURO SOCIAL	\$ 132.54	\$ 174.50	31.66%
GASTO DE BOLSILLO	\$ 14.99	\$ 17.07	13.88%
TOTAL COSTO PMO	\$ 147.54	\$ 191.57	29.84%

canzan para cubrir este incremento de costos, por lo que los Agentes de Salud tienen en muchos casos serias dificultades para asegurar, con calidad y oportunidad de acceso adecuadas, las prestaciones contenidas en el PMO. Lo que en 2011 era un signo de alarma, hoy es una realidad.

Si sumamos a ello la falta de giro de fondos propios que han quedado retenidos por el Estado y la distribución discrecional que hace el APE de fondos, que si bien se encuentran en el presupuesto, son propios del sistema, porque provienen de aportes y contribuciones, estamos ante una situación sumamente compleja, que impacta aún más en obras sociales de menores ingresos.

En momentos de serias dificultades de financiación, como mecanismo para garantizar una cobertura asistencial con más equidad entre los diferentes agentes, consideramos necesario un análisis del Subsidio Automático Nominativo (SANO). □

RESUMEN CURRICULAR

1. Dr. Ernesto van der Kooy

Médico.

Especialista en Administración de Establecimientos de Salud.

Master en Dirección de Empresas. Universidad del Salvador – Universidad de Deusto (España).

Presidente de Prosanity S.A. Consultora de Salud.

Ex Profesor Titular de la Cátedra Extracurricular de Economía de la Salud. Universidad del Salvador.

Ex Presidente de Bristol Park.

Ex Director del Hospital Municipal del Pilar.

Ex Asesor de la Gerencia de Prestaciones Médicas de INSSJP.

Ex Secretario de Salud y Acción Social. – Municipalidad del Pilar –

Ex Interventor Nacional del PROFE.

2. Dr. Héctor Pezzella

Médico

Especialista en Salud Pública y administración Hospitalaria.

Director de Prosanity S.A. Consultora de Salud.

Ex Profesor Titular de la Cátedra Extracurricular de Economía de la Salud. Universidad del Salvador.

Ex Director del Sanatorio Güemes.

Ex Director Médico de ADOS-Salto.

Ex Gerente de Prestaciones Médicas del I.N.S.S.J.P.

Ex Jefe de Departamento de Programación del I.N.S.S.J.P.

Ex Gerente Médico de la Clínica La Sagrada Familia (C.A.B.A.)

Ex Director Médico-Administrativo del Instituto Dupuytren (C.A.B.A.)

Ex Gerente de Prestaciones Médicas de M.I.M. (Medicina Integral Metropolitana).

Nueva vida para viejas drogas



Por el Dr. Enrique L. Sánchez *

Son bien conocidos los recursos requeridos para introducir una nueva droga en el mercado, que se estima que trepan hasta u\$s 1.300 millones en lo referido a costos y de 10 a 15 años desde su primera selección hasta la aprobación, estimándose un índice de fracasos que se acerca al 95%. No es de extrañar que las compañías farmacéuticas continúen intrigadas por la posibilidad de hallar nuevos usos para drogas de moléculas pequeñas bien conocidas, tanto para las que ya se encuentran en el mercado como aquellas que fueron abandonadas después de los ensayos clínicos de etapa temprana, y que habiendo demostrado adecuados perfiles de seguridad y biodisponibilidad habían resultado insuficiente su eficacia u otras limitaciones.

Tanto se lo llame reposicionamiento, reutilización, reperfilado o rescate, el proceso se basa en el hecho de que las drogas a menudo interactúan con diferentes blancos, produciendo efectos que pueden ser buenos o malos. Si un determinado efecto colateral es deseable, la droga podría ser reutilizada para una indicación adicional. Un ejemplo clásico es la talidomida, que fue retirada del mercado en 1961 después de provocar miles de defectos congénitos; más tarde los científicos demostraron propiedades antiangiogénicas e inmunomoduladoras, y en 1998 la FDA aprobó la talidomida de Celgene Corp para tratar la lepra y en 2006 para el mieloma múltiple.

Además, los objetivos de las drogas a menudo se asocian con otras enfermedades o indicaciones. Tal es el caso del producto Propecia (finasteride) de Merck & Co, que fue originalmente comercializado para tratar la hiperplasia de próstata por medio del bloqueo de la enzima que convierte la testosterona en dihidroesterona. Posteriormente, se halló que este mecanismo de acción previene la calvicie masculina, una indicación secundaria que ha sobrepasado ampliamente a la original.

AHORRANDO TIEMPO Y DINERO

La reutilización de una droga ya existente puede ahorrar años empleados en el desarrollo y casi el 40% de los costos requeridos para la comercialización de una droga, eliminando la necesidad de evaluaciones toxicológicas y farmacocinéticas adicionales.¹ La pregunta es

entonces cómo descubrir nuevas y prometedoras indicaciones de forma sistemática. Según Andrew Reaume, PhD, MBA, presidente y CEO de Melior Discovery Inc. (Exton, Pensilvania.), el reposicionamiento en realidad no es una nueva idea. Agrega que "el concepto está sobrevolando desde comienzo de la década de los 90, pero rápidamente ganó espacios en la era posgenómica."

Algunas de las empresas involucradas en aquellos esfuerzos iniciales incluyen Sosei Pharmaceuticals (Tokio), Gene Logic Inc. (ahora Ore Pharmaceuticals Inc., Cambridge, Massachusetts.) y CombinatoRx Inc. (ahora Zalucus Inc., Cambridge, Massachusetts). Los enfoques iniciales involucraron bases de datos y explicaciones tecnológicas pero desde entonces han evolucionado hasta abarcar un rango de distintos rumbos, tales como bioinformática, selección de alto rendimiento utilizando modelos de enfermedad con bases celulares, mapeo de la actividad genética empleando bases de datos de perfiles moleculares compartidos, enfoques quimioinformáticos basados en los ligandos y experimentación in vivo empleando modelos animales de enfermedades, entre otros.

PERSPECTIVA DE LAS GRANDES EMPRESAS FARMACEUTICAS

La mayoría de las grandes compañías están en la búsqueda de la reutilización de algún fármaco, ya sea de modo formal o ad-hoc. Entre las que han dedicado recursos para reutilizar drogas se incluyen la Unidad de Descubrimiento de Nuevas Indicaciones del Novartis Institute for Biomedical Sciences, la Investigación de Mecanismos Comunes de Bayer Healthcare y la Unidad de Descubrimiento de Nuevas Indicaciones de Pfizer (IDU). "Nuestra misión es hallar nuevos usos, nuevas indicaciones para las drogas en desarrollo de Pfizer—compuestos que fracasaron en el pasado o que estén vigentes en la actualidad", comenta Steven L. Roberds, PhD, un líder de investigación en IDU. "Estamos tratando de ser diligentes. No podemos cambiar los compuestos con los que contamos, son los que Pfizer ya ha producido y que cuentan con buenas propiedades, elevada afinidad por sus respectivos blancos, y que han sido empleadas en

seres humanos en ensayos clínicos,” dijo durante un seminario llevado a cabo en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania el año pasado.

Creada en 2007 y radicada en St. Luis, la IDU de Pfizer es una unidad “virtual” que involucra personal científico en colaboración con investigadores académicos externos. El último año, Pfizer firmó un acuerdo por u\$s 22.5 millones con la Washington University School of Medicine en St. Louis, dándole a los científicos académicos acceso a la información confidencial acerca de las posibles drogas que están o han sido probadas. El objetivo es aprovechar la experiencia científica de la universidad para identificar nuevas indicaciones en áreas como enfermedad de Alzheimer, cáncer, diabetes y otras afecciones metabólicas.

Pfizer no es un extraño en el tema de la reutilización. El gigante de ventas de la compañía, Viagra (sildenafil citrato), un inhibidor de la 5-fosfodiesterasa (PDE-5), fue inicialmente desarrollado para tratar la hipertensión arterial pulmonar. En 1998, la compañía obtuvo la aprobación para comercializar la droga en el tratamiento de la disfunción eréctil, utilizando el famoso efecto secundario del fármaco.

En la búsqueda de hallazgos similares, Pfizer y otras empresas farmacéuticas están trabajando con un par de docenas de compañías biotecnológicas y biofarmacéuticas así como organizaciones de investigación por contrato (CROs) esperando encontrar nuevas y prometedoras indicaciones para viejas moléculas. “Por lo general, participan grupos de tecnología informática que analizan objetivos y caminos de efectos diferentes a los conocidos que ya han sido evaluados, entrecruzando luego esto con potenciales indicaciones que pueden resultar de interés para la compañía”, dice Aris Persidis, PhD, presidente y cofundador de Biovista Inc. (Charlottesville, Virginia).

SIN DEJAR PIEDRA SOBRE PIEDRA

La plataforma de Biovista es denominada Espacio de Investigación de Resultados Clínicos (COSS, *Clinical Outcome Search Space*). El sistema busca en la literatura biomédica los datos del mecanismo de acción de alrededor de 95.000 drogas y compuestos farmacológicamente activos de dominio público comparándolos con aproximadamente 23.000 indicaciones, 6.000 efectos adversos y 20.000 objetivos en seres humanos. “No dejamos piedra sobre piedra. Prácticamente no se nos escapa nada” dice Andreas Persidis, PhD, CEO y cofundador de la compañía, conjuntamente con su hermano Aris.

Biovista tiene su propia lista de reposicionamiento, que incluye drogas que han mostrado factibilidad para varias enfermedades y para las cuales no hay ningún estado de la técnica en la patente o en la literatura científica que las vincule con las nuevas indicaciones. Esto incluye drogas para alteraciones oculares, diabetes y obesidad, oncología y otras afecciones.

La plataforma de COSS ha llamado la atención de Pfizer y de Novartis, habiendo ambas contratado a Biovista para identificar nuevas indicaciones para sus drogas. Biovista también ha licenciado la parte de análisis de eventos adversos de la plataforma a la Oficina de Farmacología Clínica de la FDA. Esta

agencia está utilizando la tecnología para estudiar eventos adversos severos, tanto de drogas como de clases de drogas, a fin de promover un uso más seguro de estas medicaciones.

Otra compañía que emplea metodologías de investigación sistemática en NuMedii (Menlo Park, California). Fundada en 2008, se basa en tecnología de bioinformática translacional desarrollada en el laboratorio del Dr. Atul Butte, MD, PhD, profesor adjunto de medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford. La plataforma de Descubrimiento de Nuevas Indicaciones de NuMedii incluye una base de datos de perfiles moleculares de todo el genoma para más de 300 enfermedades conjuntamente con una completa información de su eficacia. El sistema compara los perfiles moleculares de diferentes enfermedades, buscando similitudes.

“En muchos casos, una enfermedad sin tratamiento conocido sería marcadamente similar a una enfermedad con muchas terapias”, dice Atul, cofundador de NuMedii y jefe de un consejo asesor científico. “Esto nos ha movido a pensar cómo compartir estas terapias con enfermedades de reciente descubrimiento, habida cuenta de que podrían ser similares en sus perfiles de expresión” dice Atul, y agrega que esto también ha llevado al descubrimiento de dos drogas que muestran resultados prometedores en modelos animales. NuMedii se encuentra en el proceso de establecer alianzas con compañías farmacéuticas, añade Gini Deshpande, PhD, el otro cofundador de la empresa.

COMO CONSEGUIR EXITOS INESPERADOS EN FORMA SISTEMATICA

Melior Discovery ha encarado el tema desde una perspectiva totalmente distinta, para el cual Andrew Reaume ha acuñado el término “*serendipia sistemática*”, es decir sistematización de los hallazgos o éxitos inesperados. Evita el así llamado método impulsado por la hipótesis en la búsqueda de bases de conocimiento de objetivos moleculares comparándolos con caminos bioquímicos y asociaciones con estados patológicos. Por el contrario, Melior prueba los compuestos prometedores en hasta 52 modelos *in vivo* en animales, a fin de detectar una eficacia potencial. “La base del conocimiento colectivo es muy incompleta”, dice Reaume. “No estamos tratando de seguir un sendero de migas de pan que nos lleve a alguna parte en la que quizás no haya ni siquiera migas de pan” La compañía tiene un 30% de éxito en la identificación de candidatos clínicos para las drogas investigadas, dice Reaume. Además de Pfizer y Merck, la compañía también ha hecho trabajos para Johnson & Johnson y Cephalon Inc. Melior cuenta con un candidato propio; el MLR 1023, un tratamiento potencial de la diabetes tipo 2 adquirido a Pfizer, que ahora está ingresando en la fase 2 de investigación clínica.

Pueden encontrarse en todo el mundo empresas involucradas en el reposicionamiento, y cubren un amplio rango desde proveedores de grandes bases de datos, tales como GeneGo/Thomson Reuters (San Diego), a compañías biotecnológicas más pequeñas, por ejemplo Odyssey Thera Inc. (San Ramon, California), que se ha enfocado en el señalamiento celular,

Horizon Discovery Ltd. (Cambridge, Reino Unido), elaborador de drogas genómicas translacionales y ensayos para diagnóstico, In-Silico Biosciences Inc. (Lexington, Massachusetts) que desarrolla modelos computarizados de enfermedades neurológicas, y Veeva Pharmaceuticals Ltd. (Melbourne, Australia), que se concentra en enfermedades metabólicas.

PROBLEMAS EN EL HORIZONTE

Algunas de las grandes empresas farmacéuticas no están completamente convencidas del valor de reposicionar una droga, en especial cuando las drogas ya no están protegidas por patentes y se dispone de genéricos. Si bien la FDA acuerda exclusividad en la comercialización para una nueva indicación, poco se puede hacer para evitar que los médicos no prescriban en cambio una versión genérica. "El descubrimiento de nuevos usos para drogas sin patente puede ser excitante, pero es un desafío para las compañías obtener de ellas beneficios suficientes que sustenten la investigación clínica", dice Butte. "Por el momento es una pregunta sin respuesta.

El Ministerio de Salud de EE.UU. (The National Institutes of Health - NIH) se propone ayudar para encontrar respuestas. Al comienzo del año pasado el NIH's Chemical Genomics Center (NCGC) abrió al público su base de datos denominada Pharmaceutical Collection que contiene casi 27000 componentes activos, y que incluye 2750 drogas de molécula pequeña ya aprobadas, así como todos los compuestos registrados para su empleo en ensayos clínicos.²

En abril de 2011, el NIH invitó a representantes de la industria, del ámbito académico y autoridades gubernamentales para debatir sobre métodos y procedimientos que facilitasen el reposicionamiento de estos fármacos. Este Ministerio espera que las empresas farmacéuticas les permitan el acceso a sus bases de drogas de molécula pequeña, así como también a sus colaboradores académicos a fin de alcanzar nuevos descubrimientos.

Como resultado de esta iniciativa, el NIH ha encarado un esfuerzo conjunto que permita identificar compuestos abandonados y que puedan ser revitalizados, según declaró el Director del NIH, el Dr. Francis S. Collins, en un comentario escrito después de dicho encuentro.³ □

**Fuente: Drug Discovery & Development
Agosto 01, 2011**

REFERENCIAS

1. DiMasi JA, Hansen RW, Grabowski HG. The price of innovation; new estimates of drug development costs. *J Health Econ.* 2003; 22(2):151-85.
2. Huang R, et al. The NCGC pharmaceutical collection: a comprehensive resource of clinically approved drugs enabling repurposing and chemical genomics. *Sci Transl Med.* 2011; 3(80):80ps16.
3. Collins FS. Mining for therapeutic gold. *Nature Rev Drug Disc.* 2011; 10(6):395.

(*) Asesor farmacológico - Ex-Director Médico de Schering-Plough - Ex-Docente de FEFYM.
elsanchez1211@hotmail.com

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

Límites y oportunidades

para cambiar el sistema de salud

Por Carlos Vassallo *



Durante cierto tiempo albergué la idea ciertamente voluntarista de que se podía producir un cambio sustancial del sistema de salud del país, que los planetas se alineaban y podíamos orientar los esfuerzos hacia la población más desprotegida, que no tiene servicios o que tiene servicios a posteriori de la enfermedad y éstos son de muy variable calidad y resultado.

Sin dudas era una simplificación propia del entusiasmo juvenil y de la ignorancia respecto de la importancia de la economía política de los actores que como sabemos se ponen en marcha cada vez que existe una iniciativa. Como ya he mencionado en otras oportunidades existe capacidad de frenar cambios pero no de generar una alianza para producirlos. El sistema vive así un empate social. Los consensos se alejan.

La complejidad de factores de poder que juegan en un sistema de salud, las dificultades que existen para producir cambios y transformaciones en el marco de las democracias donde vivimos que exigen diálogo y avanzar por consensos respetando o intentando respetar los derechos de todos hacen difícil pensar en los cambios de un sistema agotado, al que los expertos critican pero sigue siendo sostenido por la opinión de la población.

Una reforma del sistema de salud necesita en primer lugar acuerdo social y además liderazgo para llevarla adelante en todos los sectores. No es suficiente tener un gran diseño macro si luego no contamos con los directores de hospitales o los responsables de los centros de salud como para llevar adelante en lo micro lo que se plantea como grandes consignas movilizadoras. Si hacemos esto de prometer y luego no se puede concretar en la vinculación diaria del sistema de salud con el ciudadano corremos un serio riesgo de generar anticuerpos a los cambios.

Un gobierno es elegido para gobernar por 4 años y en todo caso tiene una reelección si hace las cosas medianamente bien, avanzar en un proyecto de salud requiere desde el primer día tener la mirada puesta en el proyecto, motivar a todo el staff de gobierno en esa reforma y dejar en un segundo lugar otros cambios que también reclaman importancia en la agenda.

Pareciera que en nuestro país todavía no hemos llegado a la instancia de poner a la salud delante de

otros cambios que el país necesita y requiere en forma prioritaria, mal que nos pese a los que trabajamos entorno al sector salud y que tenemos la certeza de que hay que realizar cambios inmediatos porque el sistema convive con un gasto importante y resultados sanitarios mediocres.

Sin embargo para los interlocutores políticos, salud todavía sigue siendo un sector donde se puede navegar sin demasiadas transformaciones. Nos tocará asistir a maquillajes de sistemas públicos degradados, sin que los gobiernos provinciales se atrevan a plantear una reforma del estado. Estamos ahora ante un dilema importante en la seguridad social dado que la voracidad por captar las cajas de recursos sociales que fueron privatizadas como la reforma de las AFJP o como el sistema de obras sociales que nació privatizado (en asociaciones sindicales sin fines de lucro) puede desencadenar un avance importante del estado para recuperar este control que ha diferencia del sistema previsional nunca tuvo bajo su responsabilidad.

El enemigo a enfrentar por el gobierno es sustancialmente diferente si bien los sindicalistas están desprestigiados socialmente como los administradores de fondos de jubilaciones y pensiones, siguen manejando una variable clave que es la negociación salarial y la posibilidad de parar y sacar gente a la calle. Ya lo intento ingenuamente Alfonsín en otro momento donde el sector sindical no estaba tan fortalecido pero sí aliado con su tabla de salvación que fue el peronismo a quien ayudó a rescatar de las derrotas sufridas en 1983 y 1985.

Una reforma necesita convicción del gobierno y fundamentalmente que la sociedad acompañe pero eso no es suficiente requiere un plan, una estrategia y cuadros intermedios con liderazgo, para definir y avanzar en las políticas y también para replantear el modelo de gestión y de atención de la salud. Requiere una población que apoye y una masa crítica de intelectuales, universitarios, profesionales y medios de comunicación que aporten al proceso constructivo de una reforma.

Y mientras tanto qué hacemos, cómo esperamos mientras la salud ingresa a la agenda política de prioridades. En ese sentido Estados Unidos que tiene 50 estados y hace mucho tiempo que espera un mayor protagonismo del estado federal permite observar que algunos Estados se han visto tentados de

“ Una reforma del sistema de salud necesita en primer lugar acuerdo social y además liderazgo para llevarla adelante en todos los sectores. No es suficiente tener un gran diseño macro si luego no contamos con los directores de hospitales o los responsables de los centros de salud como para llevar adelante en lo micro lo que se plantea como grandes consignas movilizadoras. ”

llevar adelante iniciativas de cambio mientras esperaban que el gobierno federal hiciera algo. Lo hizo el Estado de Massachusetts que llevó adelante una reforma por aproximación, respetando la lógica del sistema, pero alcanzando a cubrir al 100% de la población que vive en ese Estado. Otros estados como Oregón, Tennessee y más cercano en el tiempo Vermont que acaba de aprobar una ley que declara la salud como un “bien público” y dice que el estado tiene la responsabilidad de “garantizar el acceso universal a la cobertura de alta calidad, los servicios de salud médicamente necesaria para todos los habitantes ofreciendo un sistema de salud pagador único.

Las provincias tienen autonomía para proponerse con independencia construir sistemas provinciales y cambiar la historia. Sin dudas que eso será un hito y que podrá ser exhibido por el gobernador que se arriesgue a esta reforma como un logro, pero es necesario avanzar en la reforma del estado. Hay que cambiar los modelos organizativos del sector público, es necesario modernizar la relación laboral de los

empleados públicos con el estado provincial, no es posible cambiar el sistema protegiendo a los que no trabajan y sin premiar los esfuerzos y la innovación de algunos trabajadores.

Mientras seguimos esperando mayor compromiso de la política con el cambio en el sistema de salud un grupo de académicos y profesionales que trabajan en el sector salud trabajamos en un documento de consenso (PACTO ARGENTINO PARA LA INCLUSION EN SALUD) para comenzar a encontrar denominadores comunes y transitar aunque sea lentamente un proceso sistemático y continuo de cambios sustantivos del sistema que lo hagan más accesible, equitativo, integrado y eficiente. □

(*) Carlos Vassallo
Consultor en Economía y gestión de la salud y el medicamento.
vassallo@gmail.com

La
mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional
www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro valor

- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora.

Nuestras publicaciones



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



Plantilla de recomendaciones “Medicación segura salva vidas”, un reaseguro para prevenir errores

En los últimos años, diversos trabajos de investigación han dado cuenta de la alta prevalencia de los errores de medicación en atención al paciente, buena parte de ellos prevenibles.

El proceso de utilización del medicamento involucra distintas etapas: prescripción, transcripción, preparación y dispensación, del tal modo que su mejora debe realizarse a través de un abordaje multidisciplinario.

El Institute of Medicine (IOM) estima que la mayoría de los pacientes hospitalizados en los Estados Unidos sufre al menos 1 error de medicación por día. Las causas más frecuentes son humanas, pero también obedecen a problemas de rotulación y comunicación.

Los enfermeros y farmacéuticos, por ejemplo, pueden confundirse fácilmente con prescripciones poco claras debido a la similitud del nombre o apariencia de los medicamentos. El uso de abreviaturas y ceros después de los puntos decimales crea dificultades extras e innecesarias. La escritura manual deja un amplio margen para la interpretación y, en ocasiones, la caligrafía de muchos médicos es ilegible.

Pero el individuo raramente es la única causa y se deben considerar siempre las posibles fallas del sistema. Sin ir más lejos, en el mercado coexisten marcas y denominaciones de fármacos que se pronuncian de manera similar o que se parecen entre sí. A estos medicamentos se los conoce como LASA: “look alike, sound alike”, y resulta imprescindible identificarlos para evitar errores.

Dra. Mariela Suárez

Jefa de Farmacia, Sanatorio De Los Arcos

Lic. Fernanda Suárez

Sup. de Riesgo y Seguridad del Paciente. Gerencia de Administración de Riesgo SMG Seguros

En 2008, un estudio colaborativo y multicéntrico coordinado por la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires hizo una revisión de 20.517 medicamentos en base al listado de presentaciones comerciales de ese año (de Internet, en Alfa Beta y Kairos) y encontró 927 pares de LASA que resulta imprescindible identificar.

Un relevamiento en las instituciones propias de Swiss Medical (en varios servicios), realizado sobre un total de 1.272 prescripciones, mostró que el 57% de los errores correspondió a medicamentos relacionados al tratamiento del dolor.

Los miembros del Comité de Seguridad del Paciente de Swiss Medical hemos confeccionado la plantilla de recomendaciones “Medicación Segura salva vidas” con el objetivo de disminuir los errores. Estas tarjetas deberán ser colocadas en los lugares donde se realizan las prescripciones y donde se preparan los medicamentos a administrar, como así también en las carpetas que contienen la historia clínica del paciente.

Si aplicamos las recomendaciones disminuirémos significativamente los errores. Debemos estar juntos en esto, como profesionales pero también como pacientes, por ello es importante

que cada eslabón del proceso de salud (médicos, enfermeras, farmacéuticos) detecte y reporte los suyos, independientemente de si resulta en un efecto adverso o no.

Al reportar se permite evaluar el proceso de uso de medicamentos e identificar oportunidades de mejora. Cualquiera puede reportar errores en forma anónima, siendo manejados todos los datos aportados con absoluta confidencialidad.

Asimismo, es importante implementar un sistema de capacitación continua dirigido al profesional de la salud con especial interés en el proceso seguro del medicamento promoviendo el uso racional del mismo. □

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Mansur, J. Mayor Seguridad en el manejo de medicamentos. Joint Commission International, Medication Safety Articles, 2010.
National Patient Safety Agency. The fourth report from the Patient Safety Observatory. Safety in doses: medication safety incidents in the NHS. London: NPSA, 2007.



Medicación segura salva vidas

PAUTAS PARA LA PRESCRIPCION

1. Verificar siempre que: El nombre del paciente figure en la hoja donde realiza la prescripción
2. En la redacción, tener en cuenta:
 - Escribir con letra clara.
 - Preferentemente indicar el nombre genérico del medicamento.
 - Indicar dosis a administrar, no ampollas o frascos (excepto en únicas presentaciones), intervalos entre dosis, dilución, vía y tiempo de infusión.
 - Expresar los decimales con coma y no con punto.
 - Evitar tachar/sobrescribir. Se debe trazar línea y salvar con "Errose".
 - Uso de abreviaturas estandarizadas.
 - Indicar la hora en que se realiza la prescripción.
3. Se deben revisar y redactar las indicaciones nuevamente cada día. No actualizar indicaciones, escribiendo la frase "iguales indicaciones".
4. Colocar con mayúscula la palabra MODIFICADO o SUSPENDIDO, al lado de una indicación que se cambia durante el día, avisarle personalmente a la enfermera/o, colocar el horario y firmar.
5. Al finalizar:
 - Revisar todo lo escrito.
 - Controlar los cálculos de las dosis.
 - Verificar de ser posible juntamente con enfermería si se omitió algo y si hay una indicación confusa.
 - Firma aclarada y número de matrícula del médico/a.

Solo los médicos/as pueden prescribir y firmar indicaciones. No lo puede hacer ningún otro profesional del arte de curar (Kinesiólogos, Obstétricas, etc.)

PAUTAS PARA LA ADMINISTRACION SEGURA

1. NO administrar medicamentos ni soluciones, cuando:
 - Existen dudas respecto a la prescripción.
 - La letra no es clara o existen tachaduras en la misma.
 - No figura la fecha, hora de prescripción y firma aclarada del médico/a.
 - El estado del medicamento no sea óptimo.
 - En la prescripción figure "iguales indicaciones".
2. Avisarle al Médico/Supervisora.
 - Antes de administrar un medicamento corroborar la "regla de los ítems correctos".
 - Paciente correcto (Apellido y Nombre completo correcto, suite y n° de H.C. correcta)
 - Medicamento correcto.
 - Dosis correcta.
 - Horario correcto.
 - Vía correcta.
3. Evitar mezclar diferentes medicaciones en jeringas, tubuladuras y sueros sin tener seguridad de la compatibilidad de las drogas.
4. Rotular soluciones con fecha, hora, contenido, dilución, pte., de paralelos de ATB, analgésicos, jeringas.
5. Dejar registrado cuando la medicación sea administrada por un familiar o la traiga el paciente.
6. Para los medicamentos de alto riesgo realizar un doble chequeo previo a su administración, deberán hacerlo indefectiblemente dos personas (enfermera-enfermera o enfermera-médico).
7. Acondicionar el espacio físico para una adecuada preparación del medicamento, propiciando ambiente libre de interferencias durante el proceso.
8. NO administrar medicación cuya indicación es verbal, salvo una urgencia. En este caso exigir luego al médico que la escriba. No aceptar indicación verbal ni escrita de otros profesionales de la salud no médicos (Kinesiólogos, Obstétricas, etc.)
9. Al finalizar registrar con letra clara:
 - Efecto no previsto en el paciente.
 - Hora de administración.
 - Firma aclarada y número de matrícula del enfermero/a.



Odontología para Sistemas de Salud

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

> **SODUS / CI**
Av. Belgrano 1683, 3º piso
Capital Federal, C.P. (1093)
(011) 4371-1096 (líneas rotativas)
info@sodus.com.ar www.sodus.com.ar
Consultorios Propios
Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)

Una historia que inicia con gran beneplácito presente y futuro



Por el Dr. Federico
Agustín Pedernera*

En el imaginario del lector, puede uno suponer por el título que se trata de algo nuevo y revolucionario, algo que marcará y hará historia... bueno quizás no es del todo exacto, pero sí se trata de una Historia, sólo que hablamos de una Historia Clínica Electrónica.

EPICRISIS

Simple, útil y adaptada a las necesidades de los profesionales de la salud. Tomar la decisión de adoptar una historia clínica electrónica es un gran desafío para los profesionales que ejercen en el campo de la salud. Requiere poder elegir un sistema que se adapte al trabajo diario, que entienda de los tiempos de atención, de sencillez y una adaptación de uso, a no más de "dos clicks", existe hoy en la Argentina y se llama "Epicrisis" o por su dirección en internet "EpicrisisWeb.com".

Existen hace un tiempo ya en el mundo historias clínicas electrónicas (HCE). También en la Argentina dentro de Hospitales, Clínicas privadas, etc., pero muy pocas concebidas para uso en Consultorios privados, allí donde el médico se vincula con el paciente en un ámbito privado, y hasta íntimo si se quiere, donde cada cual se entrega con naturalidad al rol que le toca.

DESAFIO

La idea fue ir por más y de la mano de Wayra, la aceleradora de proyectos tecnológicos de Telefónica a nivel mundial, exigieron el desarrollo del producto, compitiendo y aprendiendo en las grandes ligas.

Fue entonces que llegó la postulación al Desafío Intel, un programa educativo para impulsar a los proyectos de negocios tecnológicos al interior de las universidades y con ello favorecer el desarrollo del ecosistema emprendedor en América latina. Y una vez más, con gran beneplácito apenas dos meses después llegaron las noticias, EpicrisisWeb era finalista del desafío Intel, y representaría a nuestro país.

El Desafío Intel es también el puente entre jóvenes emprendedores con alto potencial y el Silicon Valley, el entorno de negocios tecnológicos más competitivo del mundo, alcanzando las mejores prácticas de emprendimiento a nivel global, que provee la plataforma tecnológica para la competencia y la experiencia para identificar las ideas más brillantes.

Para este programa, Intel colabora estrechamente con algunas de las principales universidades de América latina, como el Instituto Tecnológico de Buenos Aires (ITBA) de la Argentina, la Universidad Federal de Pernam-

buco la UNISINOS y la UNICAMP en Brasil, la Universidad Técnica Federico Santa María de Chile, El Instituto Tecnológico de Costa Rica, la Universidad de los Andes de Colombia, el Tecnológico de Monterrey y el ITESO de México, la Universidad de Lima y la Pontificia Universidad Católica del Perú.

EXPERIENCIA Y USOS

Actualmente más de 400 consultorios utilizan el sistema, en la Argentina, Chile, Colombia, Perú desde hace un año aproximadamente, y la penetración en el mercado hispanoparlante se encuentra en un sostenido crecimiento, alrededor de diez profesionales semanales se incorporan y comienzan a testear, a "jugar" con el sistema. Esto genera un feedback constante, donde los comentarios, las críticas y hasta las preguntas más sencillas ayudan para que Epicrisis evolucione conforme a las necesidades generalizadas de los profesionales que lo utilizan.

DIAMANTE EN BRUTO

Epicrisis en los consultorios particulares, genera datos que pueden agregar de manera identificada información estadística para la gestión de los profesionales. Estos datos anónimos brindan una foto instantánea sobre "la salud" de un grupo poblacional, segmen-

tado por género, edades, dolencias, consultas, etc.

Y fue, entre otras, esta característica la que abrió la oportunidad para poder informatizar los Servicios de Atención Primaria de la Salud en los Gobiernos Locales, permitiendo no sólo conectar los Centros de Atención mediante una HCE sino generar tableros de control dinámicos, y casi en tiempo real, que permitan tomar las mejores decisiones en pos de una mejor Salud para los ciudadanos.

Y la oportunidad no se hizo esperar. El Municipio de Diamante, provincia de Entre Ríos (ARG.) mediante el coordinador de Centros de Salud y el Centro Integrador Comunitario (CIC), el Dr. Matías Tonnelier y con el apoyo de la Intendente Claudia Gieco, avanzó junto a Epicrisis en los objetivos de la Municipalidad en cuanto al mejoramiento del servicio de Salud.

Dadas las características y las necesidades, se está implementando la HCE como un aporte en cuanto a la mejora directa del

Tomar la decisión de adoptar una historia clínica electrónica es un gran desafío para los profesionales que ejercen en el campo de la salud. Requiere poder elegir un sistema que se adapte al trabajo diario, que entienda de los tiempos de atención, de sencillez y una adaptación de uso, a no más de "dos clicks", existe hoy en Argentina y se llama "Epicrisis" o por su dirección en internet "EpicrisisWeb.com".

servicio prestado, permitiendo que la información esté disponible para tomar las mejores decisiones en todos los puntos de atención.

Desde el punto de vista de la gestión (a nivel municipal) el Dr. Matías Tonnelier puede acceder a información epidemiológica en tiempo real, reaccionar a tiempo incluso frente a brotes y hasta analizar por qué aumentaron las consultas asociadas a un problema determinado. "Entre otras cosas, sistemas como éste permiten mejorar la accesibilidad y disponibilidad de los datos a los profesionales, trabajar con un padrón de pacientes centralizado y posibilita evaluar la demanda en tiempo real", explicó Tonnelier.

EpicrisisWeb.com recién comenzó a escribir la historia de las HCE y turnos vía web en el mercado latino, y se continúa comunicándose diariamente con los profesionales que la adoptan e influyen en su diseño. □

***Federico Agustín Pedernera**
Medico -MN 108146
Especialista en Informática Médica
Socio Gerente de Epicrisis HCE S.A
federico.pedernera@epicrisisweb.com

López Delgado & Asociados

estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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

MEDICINA Y CINE

Un Largo Romance

Si analizamos las películas desde el punto de vista de la presencia o relación con enfermedades o con el ambiente médico, debemos descartar desde un principio las que podríamos llamar películas "saludables", es decir en las que no hay rastros de dolencias en sus tramas. En cuanto al resto, es decir aquéllas con alguna referencia a la medicina y a los enfermos, es prácticamente imposible precisar el impacto y el tipo de enfermedades en el cine, pero sí se puede asegurar que es enorme y que está presente desde los comienzos de esta manifestación artística y que se han incorporado a los guiones multitud de enfermedades, destacándose las psiquiátricas y las infecciosas.

Existen numerosos ejemplos en los que la enfermedad o los médicos (y/o enfermeras) juegan un rol central. Si consideramos en primer lugar este último grupo, podemos citar *Adiós a las Armas* (*A Farewell to Arms*) en sus dos versiones, la de 1932 (Frank Borzage) y la de 1957 (Charles Vidor), la primera con Gary Cooper, Helen Hayes y Adolphe Menjou y la segunda con Rock Hudson, Jennifer Jones y Vittorio De Sica. Se trata de la historia de amor entre una enfermera inglesa y un soldado americano herido, en el frente italiano, durante la Primera Guerra Mundial. También en el ambiente bélico se sitúa *M.A.S.H.* (Robert Altman, 1970) en la que un grupo médico asignado a la guerra de Corea, utiliza el humor a fin de mantener la salud mental frente a los horrores de la guerra.

Valga también como ejemplo, entre otros muchos, *La Ciudadela* (*The Citadel*) (King Vidor, 1938) versión de la famosa novela de Cronin, historia de un joven médico, primero dedicado a la atención primaria y a la investigación en una mina de carbón de Gales y luego transformado en un exitoso profesional londinense.

En algunos casos, existe la presencia puntual de la enfermedad, tanto en aspectos visuales como en comentarios, utilidades metafóricas o incluso como insultos. Un paso más es cuando un proceso mórbido, o varios juegan un "papel importante" en el guión, como sucede en *Mejor... imposible!* (*As Good as It Gets*) (1997) de James L. Brooks, en la cual Melvin (Jack Nicholson) es un obsesivo compulsivo, su vecino debe ser internado a causa de una paliza y su camarera tiene un hijo asmático cuya enfermedad le impide, en algún momento, que asista a su trabajo y lo sirva a él.

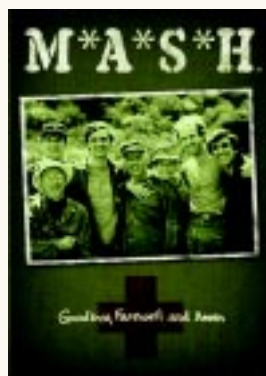
Por último hay películas en las que la enfermedad es "argumental" como en *Pánico en las calles* / *Panic in the Streets* (1950) de Elia Kazan, la acción se centra en el control de un brote de peste neumónica y toda la acción gira alrededor de esta idea central.

Lógicamente la presencia de la enfermedad se da no sólo en el cine convencional (No

serás un extraño/Not as a Stranger, 1955, de Stanley Kramer) sino también en el de televisión (*Experimento Tuskegee*/ *Miss Evers' Boys*, 1997, de Joseph Sargent) y en los cortometrajes (*Hongos*, 1999, de Ramón Salazar). La participación de la enfermedad en un argumento cinematográfico es decisión de guionistas, directores y productores, tal como sucede en muchos filmes dirigidos por Billy Wilder o John Ford en los que la presencia de alguna enfermedad es bastante habitual.

¿Por qué la medicina se interesa por el cine?

En los últimos años los profesionales de la salud han comenzado a investigar qué enfermedades trata el cine y cómo las trata. Sus estudios han merecido: a) la publicación en revistas profesionales de prestigio; b) la organización de ciclos cinematográficos sobre temas médicos; c) la celebración de reuniones científicas sobre cine y el acto médico y d) la edición de páginas Web. Si bien se puede valorar el impacto de la enfermedad en el cine y el tipo de tratamiento, el cine no es un tratado científico y sus guiones no siempre se adaptan a la verdad histórica y científica y comete excesos, incursionando en el terreno de la ciencia ficción, incluso en películas que no pertenecen a la ciencia ficción pura. En *Epidemia/Outbreak* (1995) de Wolfgang Petersen la captura de un mono portador de un virus productor de fiebre hemorrágica permite obtener en horas



un tratamiento eficaz de actuación inmediata, ¡con una velocidad que más quisieran los médicos y los pacientes!

¿Por qué la utilización del cine por la medicina?: divulgación y formación

El cine y su prima hermana, la televisión, son sin duda dos medios de gran impacto social y tie-

nen enormes posibilidades para informar, divulgar mensajes y formar a la población. En la era preantibiótica numerosas películas mudas y sonoras fueron utilizadas para alertar de los peligros de la sífilis y cómo evitarla. La irrupción del Sida determinó la realización de numerosos filmes con esta temática en las que están presentes diversos aspectos

informativos y educativos. Lo mismo podría decirse de otras.

Patologías, como el Parkinson, el mal de Alzheimer o la depresión. Además, por supuesto, se pueden utilizar en la formación profesional, utilizando la metodología apropiada. □

Autor: José Moviola
jose.moviola@yahoo.com.ar

Referencias

- 1.- Lozano Sánchez FS, Gómez Alonso A. Ser médico, médico y ser: No serás un extraño/ Not as Strange (1955). Rev. Med.Cine. 2005; 1: 7-11.
- 2.- Cañizo Fernández-Roldán A. El experimento Tuskegee/Miss Evers' Boys (1997). Estudio de la evolución de la sífilis en pacientes negros no tratados. Rev. Med. Cine. 2005; 1: 12-16.
- 3.- García Sánchez JE, Fresnadillo Martínez MJ, García Sánchez E. El cine en la docencia de las enfermedades infecciosas y la microbiología clínica. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 2002; 20: 403-406.
- 4.- Pappas G., Seitaridis S, Akritidis N, Tsianos E. Infectious diseases in cinema: virus hunters and killer microbes. Clin. Infect. Dis. 2003; 37: 939-942.
- 5.- Clark RA. How Hollywoods portray cancer. Cancer Control. 1990; 6: 517-527.
- 6.- Tarré M, Bosch F, Roset PN, Baños JE. Putting Clinical Pharmacology in context: The use of popular movies. J. Clin. Pharmacol. 2004; 44: 30-36.
- 7.- Hudson Jones A. Medicine and the Movies: Lorenzo's Oil at Century's End. Ann. Intern. Med. 2000; 133: 567-571.
- 8.- Fresnadillo Martínez MJ, Diego Amado C, García Sánchez E, García Sánchez JE. Metodología docente para la utilización del cine en la enseñanza de la microbiología médica y las enfermedades infecciosas. Rev. Med. Cine. 2005; 1: 17-23.
- 9.- Aijón Oliva J, Salazar Alonso-Villalobos V. Análisis cinematográfico de El aceite de la vida/ Lorenzo's Oil (1992). Rev. Med. Cine. 2005; 1: 3-6.
- 10.- García Sánchez, JE, Trujillano Martín, I, García Sánchez, E. Editorial: Medicina y cine ¿Por qué? Rev Med Cine. 2005; 1: 1-2.

Precisión
al Servicio de
la Salud



VIDT CENTRO MEDICO

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

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensional

Radiocirugía Estereotáctica

Radioterapia Estereotáctica

Acelerador Lineal

Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.

Tel.: (54-11) 4824-6326 / 4821-8684 (L. Rotativas)

E-mail: info@vidtcm.com.ar

Web-site: <http://www.vidtcm.com.ar>



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

Reglamentación de la ley de derechos del paciente y muerte digna (1^{ra} Parte)



Por el Dr. Floreal López Delgado

Abogado y asesor sanatorial

Analizaremos la reglamentación del rechazo de tratamientos en pacientes con posibilidades de sobrevivir y en próximos artículos la “muerte digna” y la reglamentación del resto del articulado de “derechos del paciente”.

LA TECNICA LEGISLATIVA (OTRA VEZ...)

Las leyes 26.529 y 26.742 su decreto reglamentario 1082/12 tienen “problemas de técnica”.

Les falta claridad, concisión y “preceptividad”, enuncian principios pero no dan mandatos claros y cuando lo hacen imponen formalidades para acreditar la voluntad del paciente o sus representantes, que pueden desvirtuar sus fines.

LAS SITUACIONES POSIBLES

Analizamos sólo las que comprenden a pacientes recuperables, no comprendidas en el concepto de muerte digna.

LA DISPONIBILIDAD DE LA PROPIA VIDA

El tema no es nuevo, ha sido legislado en la ley 17.132 que obliga al médico a “aceptar la voluntad del paciente en cuanto a no tratarse” y motivado los fallos de la Corte Suprema “Bahamondez” (preley 26.529) y el reciente “Albarracini” (posley 26.529 pero preley 26.742 de muerte digna y predecreto 1.089).

En ambos casos se resolvió a favor de la autonomía del paciente para decidir respecto de su propia vida si no se afectan derechos de terceros “privacidad” y “disposición sobre su propio cuerpo” tutelados por el art. 19 de la Constitución.

Tienen sutiles diferencias: Bahamondez estaba consciente y lúcido cuando se negó a la transfusión no existían dudas sobre su voluntad.

Albarracini en cambio había dejado un documento, al que la Corte consideró “directiva anticipada conforme al art. 11 de la ley 26.529”. Este documento no era “escritura pública” sino firmado de puño y letra y certificado por escribano. Hoy no podría dictarse, en iguales términos porque es previo a la ley 26.742 que estableció la escritura pública como forma obligatoria.

El decreto 1.089 al reglamentar el art. 11 le agregó “la presencia de DOS (2) testigos, por ante escribano público o juez”.

La “revocatoria verbal” sólo vale si es dado en presencia de dos testigos quienes firmarán la historia clínica junto con el profesional, además de la firma del profesional tratante.

Nos preguntamos que hará un médico si un paciente se retracta y le pide desesperadamente vivir: le dirá: ¿“Cómo no tengo dos testigos que

avalen su decisión y me podría comprometer con sus deudos, lo dejo morir...o lo salvará y afrontará un juicio civil posterior?

Volviendo al decreto reglamentario:

Habilita a personas a actuar en representación del paciente, sin aclarar los límites de su mandato (¿pueden revocar la voluntad?).

Pide innecesariamente “la certificación de firmas del paciente y de DOS (2) testigos” que está implícita en toda escritura pública, el pronunciamiento de los testigos sobre la “capacidad, competencia y discernimiento” del paciente y este “manifestar encontrarse capacitado y que es una persona capaz y mayor de edad”, sin requerir ninguna calificación ni opinión médica o psicológica para juzgar, nada menos, la capacidad para decidir morir anticipadamente.

Contiene varias redundancias con principios generales del derecho que de todas maneras eran aplicables: la expresión de voluntad posterior prima sobre la anterior, invalida las directivas anticipadas “otorgadas por menores o personas incapaces al momento de su otorgamiento” al igual que “aquellas que resulten contrarias al ordenamiento jurídico o no se correspondan con el supuesto que haya previsto el paciente al momento de exteriorizarlas”.

La mención en el art. 11 bis de la ley (y reiterada en el decreto) que exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al profesional que cumpla con las Directivas Anticipadas es superflua: si una conducta es lícita porque la ley así lo dice, su cumplimiento nunca puede dar lugar a responsabilidad de ningún tipo. La ilicitud es un prerrequisito y si la ley las permite... no son “ilícitas”.

Todas estas cuestiones no necesitaban aclaración y sólo confunden a los lectores.

Finalmente el art. 11 de la reglamentación establece la posibilidad de consultar al Comité de ética de la Institución si no lo hubiera, de otro para invocar “la imposibilidad legal de cumplir con tales Directivas Anticipadas”.

Es novedoso y es positiva la intervención de los comités de ética, en caso de dudas.

Falta reglamentarlos.

SINTESIS:

Luego de la reforma legal y la reglamentación todo es más complicado y se agregaron requisitos de instrumentación difíciles, pero que deben ser cumplidos.

Pasemos al siguiente caso:

LA DISPONIBILIDAD DE LA VIDA AJENA

El típico caso sería un Testigo de Jehová que

pretenda privar de una transfusión a su hijo.

No es lo mismo decidir por su propia vida que por la ajena: los mismos tribunales que aceptaron la decisión de un testigo de Jehová de no recibir transfusiones privaron al padre de la "patria potestad" cuando se opuso a la transfusión para su hijo.

Hubiera sido preferible que la ley y su reglamentación se refirieran expresamente prohibiendo decidir sobre la vida ajena recuperable.

Las normas no son claras, en alguna parte parece permitirlo por vía indirecta: No creo que el decreto lo permita.

El art. 2º inc. e) "Autonomía de la voluntad" se refiere claramente a la potestad personal de rechazar todo tratamiento, sin demasiado desarrollo.

El decreto reglamentario (art. 2 e) consagra la "soberanía" del paciente, pero ésta no implica claramente a los parientes en su representación. Esta sólo aparece clara en los dos últimos renglones cuando se refiere a pacientes terminales, que no es el caso.

Alguien podría inferir del art. 5º que trata el consentimiento informado, que puede ser prestado por representación, en caso de incapacidad de hecho o de derecho, permitiría a los parientes oponerse al tratamiento necesario por la vía de negar su consentimiento informado.

Nuestra opinión: estamos ante una cuestión de máxima trascendencia, quizás el más trascendente de todos los derechos como es morir pudiendo evitarlo, derecho personalísimo y que compromete garantías consagradas por tratados supraleales sobre Derechos Humanos.

El cúmulo de normas, que ante todo protegen el derecho a la vida, fortalecen en grado extremo el principio de conservación y prevalecen por sobre una alambicada interpretación de la negación del consentimiento (que de todas maneras puede ser suplido por el médico tratante en ausencia de parientes).

Por ello estimamos que no existe la posibilidad de

oponerse por representación a la realización de un tratamiento que puede salvar la vida.

O sea: estamos igual que antes de la ley y su reglamentación: la vida ajena no es disponible por representación.

Esta opinión no comprende los casos de terminalidad o incurabilidad, que trataremos en el próximo artículo.

CONCLUSIONES:

La vida propia sigue siendo disponible, pero cumpliendo estrictamente con mayores formalidades.

Ante la duda, los profesionales deben conservar la vida.

La ajena sigue siendo no disponible por representación.

Nos preguntamos si era necesario legislar tanto para quedar igual (pero con más papelería). □

Referencias:

El territorio de la antijuridicidad en la "Provincia de la responsabilidad civil". Marcelo J. López Mesa con la colaboración de Carolina A. Pasarín.

Manual de Técnica Legislativa. Héctor Pérez Bourbon.

Ley 26.529 No se reglamenta "Crisis y oportunidades", *Revista Médicos* N° 59.

Ley de Derechos del Paciente, *Revista Médicos* N° 57.

Habeas Corpus "Tendrás o Serás Dueño de tu Cuerpo", *Revista Médicos* N° 37.

Muerte digna: legislemos con buena técnica y para todos, *Revista Médicos* N° 66.

Muerte Digna: Proyectos legislativos 2º Parte, *Revista Médicos* - N° 67.

La ley 26.742 de "Muerte Digna", *Revista Médicos* N° 70
Leyes, técnica legislativa, semántica, actos ilícitos, leyes programáticas y hasta un poco de poesía, *Revista de La Mutual* enero, febrero de 2012.

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

Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres.

intelexis mujer

Conduce Natalia Marquiegui y el Dr. Guillermo Capuya

Lunes 18 hs.

Un programa dónde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

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

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)

El precio de los recortes



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

Europa ha dado en estos últimos meses la primera evidencia sobre el definitivo ocaso del estado bienestar. Para ello ha apelado a recortes tan perversos como improvisados, siguiendo el criterio de recetas económicas que, sustentando necesidades políticas, focalizan sus estrategias en las debilidades periféricas de la propia Unión Europea (UE). Cuando señalo el concepto de “periféricas” es que nunca tocan a los ejes económicos de la propia UE, por consecuencia caen sobre Grecia, España, Portugal, Italia, Turquía, Irlanda, etc. y nunca sobre Alemania, Francia o Gran Bretaña.

¿Cuál es el precio de semejante decisión?... difícil determinarlo en lo global, sin embargo en ESPAÑA tanto como en PORTUGAL, se avizora el fin del sistema público de salud tal fue reconocido durante décadas, como ejemplos de equilibrios equitativos así como de la “inclusión” como criterio social y sanitario. Las víctimas no son otras que sus propios protagonistas, tanto pacientes como los recursos humanos del equipo de salud... y más allá, en poco tiempo más, los propios estados políticos terminarán siendo ellos mismos víctimas de tanta irracionalidad.

La UE, al imponer estos mecanismos de “antigestión”, se ha visto desbordada por circunstancias que le impone su propia realidad:

1. Pacientes críticos sin acceso a sus tratamientos.
2. Pacientes crónicos sin acceso a sus tratamientos y además, con limitaciones dramáticas en sus coberturas.
3. Pacientes quirúrgicos sin acceso a sus urgencias
4. Pacientes sin acceso a la atención médica en urgencias.
5. Poblaciones pediátricas sin acceso a determinadas vacunas, dadas de baja de sus coberturas previas.
6. Incapacidad en el control epidemiológico de patologías transmitidas por alimentos.
7. Incapacidad en el control epidemiológico de enfermedades tropicales crecientes por influencia directa del cambio climático.
8. Carencias de gestión en lo regulatorio sobre los medicamentos y sus recomendaciones.
9. Impuestos a la enfermedad en forma de copagos
10. Deudas crecientes que los estados reconocen pero escatiman a la hora de resolver.

Cuando un modelo otrora confiable, pierde tal condición, favorece la instalación y el crecimiento de las incertidumbres, y cuando éstas llegan, suelen abundar en primera instancia para luego ahogar a sus actores.

En medio de ello crece un abismo entre la gestión del ámbito público y su equivalente en el privado. En el primero el enfermo asume el rol de usuario, por lo tanto sometido al imperio de las carencias. En el segundo, el paciente cumple el rol de cliente, elevando el nivel de exigencias que lo distancien de aquel que es “despreciado” por el propio Estado (supuestamente protector), que lo condiciona a través de deudas crecientes que, al superponerse, se acrecientan geometrizando y creando algo semejante a una represa de demandas contenidas.

Las demandas contenidas serán las que firmen el certificado de defunción del modelo “bienestar”, ya que el continuo ejercicio de falencias y ausencias, de siniestros y carencias, termina traducéndose en frustraciones que producen que las personas tomen distancia de la antigestión, dando lugar a un “mercado marginal” de medicinas inciertas que sólo contribuirán a conferir magnitud al problema basal.

Queda claro que el sistema público no es el problema en sí mismo, tanto como sucede lo propio con el privado... en ambos casos, los roles de gestión se cumplen conforme a pautas que, a veces, están más calibradas que otras. En general, ninguno de los ámbitos de gestión pretenden gastar más de lo necesario, sin embargo, dentro de las visiones políticas, lo “necesario” suele estar muy lejos de lo adecuado y hasta de lo prudente. De allí que el sistema se desintegre por imperio de antojos personalistas antes que por correcciones que optimicen la protocolización de la seguridad de cada paciente, y por ende, del conjunto de las demandas y sus correspondientes requerimientos.

En la concepción política del gasto social, calidad y productividad aparecen como ejes antagónicos y ello induce a error en la toma de decisiones que afectan a la gestión operativa. Optimizar la calidad implica mejorar la productividad, y el resultado de ambas da como consecuencia una reducción racional del gasto... no obstante, cuando el recorte

ataca a la calidad termina comprometiendo seriamente a la productividad, y ello deriva en efectos nocivos sobre la salud de las personas, de los miembros del equipo de salud sometidos a un permanente burnout (síndrome), que terminan favoreciendo la teoría del parche, esto es tapar los agujeros según se producen, hasta que el número alcanza una envergadura tal en que las urgencias eclipsan a las coherencias.

Hasta ahora, cada vez que la política invade los ámbitos de la salud el daño se torna irreversible y todas las decisiones políticas han terminado, siempre, en fracasos estrepitosos... curiosamente, en la visión política no hay cabida para la visión ciudadana y por ende, tampoco la hay para el derecho ciudadano de acceso universal a la salud pública. De allí que el tránsito individual, personal, o ciudadano (según se quiera) se represente en un calvario donde el paciente pena por su condición viéndose esclavizado por una máquina de impedir fabricada a partir de una burocracia que pretende controlar gastos a partir de la destrucción de costos. De hecho, ningún político se asiste a sí mismo en el sistema público, por ende lo desconoce, por ende no lo padece.

¿Cómo se entiende lo antedicho?... no hay camas, no hay capacidad de internación, no hay quirófanos disponibles, no hay consultorios disponibles, no hay cirujanos y/o no hay anestesistas, no hay turnos, no hay una contención del enfermo ni tampoco hay quién le resuelva sus necesidades elementales, más tarde, no hay descartables, no hay medicamentos, no hay coberturas apropiadas,

no hay sábanas, no hay higiene, no hay y no hay... produciéndose un desconcierto donde los colaboradores funcionarios del modelo sanitario terminan siendo los victimarios de "víctimas" sin derecho a réplica.

En una época donde imperan las tecnologías electrónicas (IT), someter a los enfermos (o sus familiares) a penurias por su atención se traduce en una absoluta falta de respeto hacia la víctima, la que se ve obligada a asumir un doble rol, el de enfermo y el de víctima del sistema.

En medio de este paisaje, la administración Obama ha logrado torcer el brazo de las aseguradoras, para inmediatamente destapar un fraude multimillonario al sistema de salud... y una vez más la pregunta del millón es... ¿y la gente cuándo?... cuando los modelos de salud restan inclusión agregando disparidades, el gasto social genuino crece... atendiendo urgencias pero no resolviendo las prioridades. ■

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2012-08-02.
Copyright by Cerasale, 2012. Derechos reservados.
Exclusivo para *Revista Médicos*, Medicina Global.
<http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com>
CIENCIAS MÉDICAS NEWS®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://saludequitativa.blogspot.com>
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®

SECCION SALUD

CONDUCTOR

CARLOS ABAD

LUNES 18: 30 HS.
EN VIVO


CANAL 13
CABLEVISIÓN : MULTICANAL


artear


MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500

www.seccionsalud.tv

Violencia en los hospitales, una cifra que lastima

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales de la CABA



Los números son contundentes y asustan. La violencia contra los médicos se multiplicó por diez en cinco años; de la decena de casos que se contabilizaban en el 2007 pasamos a tener 100 en la actualidad.

El paro realizado en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires en repudio por el brutal ataque a médicos, pacientes y enfermeras en el hospital Santojanni, tuvo un alto acatamiento y además fue acompañado por el resto de la sociedad que vio la indefensión de los profesionales de la salud y el aumento en la violencia social: precisamente la medida de fuerza fue contra la violencia social que cuando ataca al hospital público ataca a la sociedad. El médico está para atender y no para ser blanco de las agresiones.

El paro es el último paso que se toma tras fracasar en los reclamos que se hicieron: no desde ahora, sino desde hace muchos años. En este sentido cabe señalar que la Asociación de Médicos Municipales viene alertando sobre el aumento de agresividad; se pasó del insulto a la agresión física, por eso es necesario defender no sólo al equipo de salud sino además a la relación médico-paciente porque agredir al hospital público es agredirse a sí mismo.

Desde hace un tiempo la AMM tiene instalado un 0800 de asistencia jurídica -que los médicos lo conocen- para quienes sufren hechos de violencia, además brinda charlas en los hospitales para que los médicos sepan cómo manejarse ante situaciones límites, de este modo se trazan esquemas para determinar las zonas más peligrosas. Esto, que puede parecer poco, fue imitado en varias provincias donde se copió este modelo de trabajo y se invitó al equipo legal de la institución para que brinde más presiones.

Con todo, el área de legales está al servicio de los

profesionales, esto significa que cuando un médico es agredido un abogado se hace cargo en el lugar de todas las actuaciones judiciales y de los trámites que se hacen para evitar que el propio afectado tenga que, además de sufrir el ataque, someterse a todo el recorrido legal que significa hacer una denuncia en la comisaría.

Todo esto se fue implementando en sintonía con el crecimiento en los niveles de agresividad y fue tomado con una seriedad tal que se logró que las ART tomen a los ataques como accidentes laborales.

Es imposible adaptarse y acostumbrarse a la violencia, la gente misma no lo quiere; por eso son las autoridades las que tienen que cuidar a los que cuidan y a quienes concurren para atenderse en un hospital público.

La violencia parece estar sumergida en la sociedad y eso se refleja a diario en diferentes niveles, lo que asombra es que la misma llegue a las propias entrañas del sistema sanitario que debe ser el lugar más inmaculado porque es allí donde se atiende las necesidades de la sociedad, en medio de las dificultades diarias por las que deben pasar los médicos y que también son de público conocimiento como es la falta de insumos, los problemas edilicios, la falta de material humano o la listas de espera.

La AMM instaló el tema y está presente en todos los debates que apunten a mejorar el tema de la seguridad, pero hay una cosa que debe ser clara, los médicos estudiaron y se capacitaron para atender y proteger al paciente y no para estar blindados y sufrir el estrés que significa la indefensión a merced de una o varias personas y que provocan medidas de fuerza que no son del agrado de nadie pero que es una de las últimas vías para que las autoridades estén alertas y den las respuestas que se merecen tanto el médico como el ciudadano común. ■



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 clientes de empresas de toda la República Argentina. Porque seguridad es tranquilidad.



OSDO
OBRA SOCIAL EMPRESARIAL

www.osdo.com.ar



**CENTRO DE DIAGNOSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**

Seguimos ampliando nuestras
sedes para brindarle mayor
excelencia en el diagnóstico.



2012

Nueva sede
Esmeralda 135

Sitio Móvil



CENTRAL ÚNICA DE TURNOS: (011) 4011- 8080

ATENCIÓN GENERAL: (011) 4011-8000

CDR@CDROSSI.COM

WWW.CDROSSI.COM

<http://m.cdrossi.com>

andar

Su salud, nuestro compromiso.

Planes de salud para cada necesidad.



Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

0800-345-*andar* (26327)

www.andar.org.ar