



Columna:
Resolución 1561:
Análisis y propuestas
Por el Dr. Esteban Lifschitz



Voces:
Salud Corporativa: Nuevos
tiempos, nuevos recursos
Por el Dr. Héctor Barrios



Columna:
El dolor y
la fraternidad
Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XIV. N° 73. Marzo 2013

Reintegros a las Obras Sociales

¿Nuevos horizontes para el reaseguro?

✓ **Informe Especial sobre la Resolución 1200/2012
y sus modificaciones.**

✓ **La creación del SUR (Sistema Unico de Reintegro)
como reemplazo de la ex APE.**

4 BALONES DE ORO. 1 CREDENCIAL.

ESTAMOS ORGULLOSOS COMO ÉL, Y FELICES DE CUIDARTE A VOS.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-225-SALUD (7258) | WWW.SS.SALUD.GOV.AR | Ley 20.682. Solicitud inscripción N° 1285. Derechos reservados expediente 808.113/12.



GALENO



Con universal assistance tus afiliados
disfrutan su viaje sin preocupaciones.



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

DISFRUTÁ TUS VIAJES CON

 **universal
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO

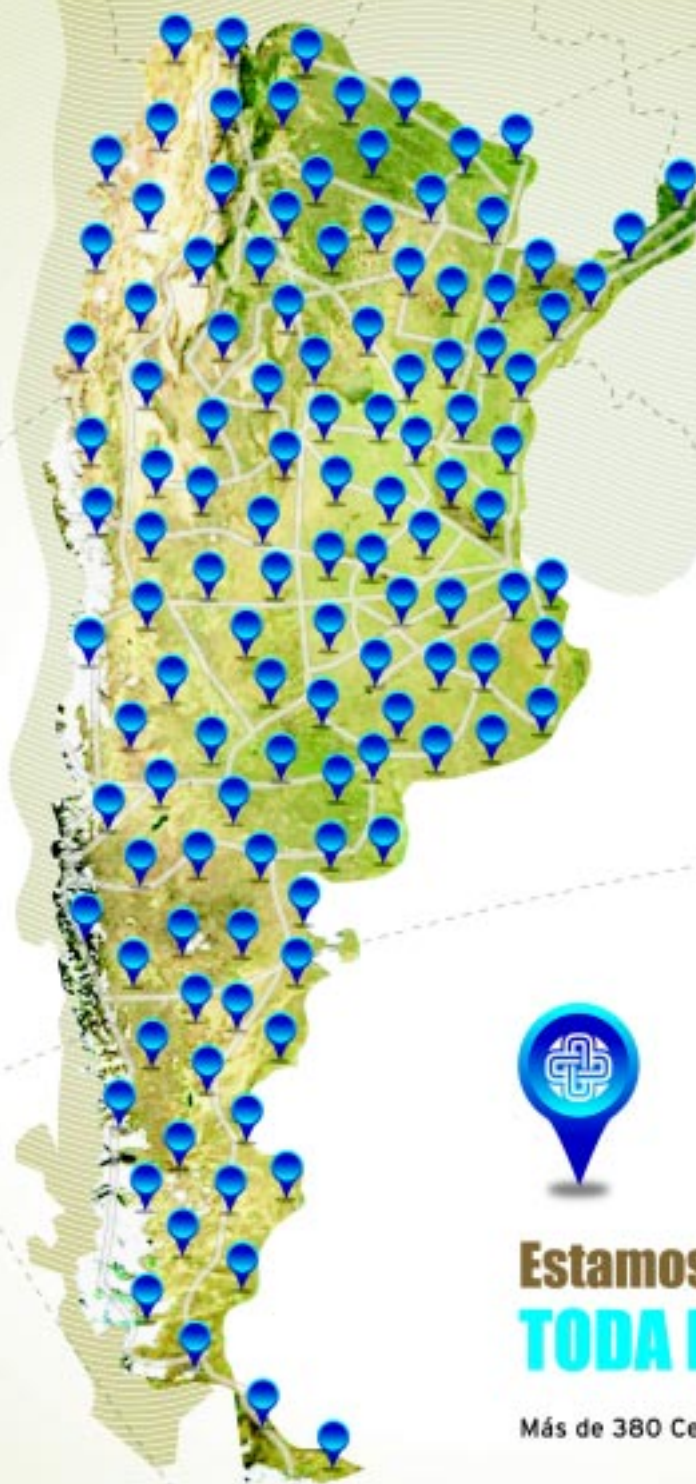


La red de emergencias médicas
más grande del país

1993-2013

Estamos donde estás.





Estamos en un solo lugar:
TODA LA ARGENTINA.

Más de 380 Centros de Atención Personalizada.





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



► Usted

mejora su propuesta de servicio, ofreciendo al afiliado 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 afiliados, 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
ANYTIME, ANYWHERE, ANY REASON

www.assist-card.com

Suipacha 1111 - Piso 9º - Ciudad de Buenos Aires - Argentina - CP 1008 - divisionosalud@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**



Somos un equipo multidisciplinario orientado a brindar asesoramiento profesional en la organización política y estratégica de centros de salud, servicios sociales, clínicas, sanatorios, hospitales y toda otra institución del área de la salud.

- consultoría
- gestión de salud
- gestión de calidad
- capacitación



- gestión de sistemas de salud
- médicos auditores
- especialistas en software
- recursos humanos
- marketing, imagen empresarial
- asesoría legal, legislación vigente



La Pampa 1517 · 2º piso C · CABA

Tel: 11.4783.8197 · 11.4896.2614

e-mail: info@prosanity.com.ar

www.prosanity.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 Llosay Yamila Bégné
(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.** Marcaregistrada N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 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.

GRAGEAS

10



PRIMERA PLANA

Reintegros a las obras sociales
*¿Nuevos horizontes
para el reaseguro?*

18

COLUMNA

Resolución 1561: Análisis comparativo con sus antecesoras y propuestas presentadas a la SSSalud

24



OPINION

Fondo solidario de redistribución

26

VOCES

Salud Corporativa: Nuevos tiempos, nuevos recursos

32

COLUMNA

El dolor y la fraternidad

34

VOCES

El camino hacia la cobertura universal en salud en América latina

36



INFORME ESPECIAL

El gasto en Salud en la Argentina
Análisis y Proyecciones

38

COLUMNA

Hay una nueva esperanza en la lucha contra la enfermedad de Huntington

44

LA MEDICINA EN EL CINE

Un Milagro para Lorenzo

46

OPINION

Balances & Perspectivas

48

OPINION

Médicos Municipales. El sentido de pertenencia

50

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 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.





ASSIST CARD INTERNACIONAL

DIVISION SALUD REGIONAL

La Gerencia Comercial ASSIST CARD División Salud América Latina, sigue en franco crecimiento en los países de la región. La campaña comercial 2013 ya se ha iniciado y se sigue replicando el modelo comercial realizado en la Argentina en todos los países de la región, explicó su responsable Daniel R.J. Piscicelli.

ASSIST CARD BRASIL DIVISION SALUD informa que a partir del año 2012, tuvo un crecimiento del 27%, firmó convenios de asistencia al viajero, con UNIMED RIO DE JANEIRO para la venta a demanda, con productos especialmente diseñados para este cliente. ASSIST CARD, asiste a cinco de las UNIMED más importantes de Brasil. El convenio realizado, da el servicio a todos sus afiliados en todo el mundo. La campaña realizada por el responsable de la Gerencia Comercial Regional, Daniel R. J. Piscicelli, y el trabajo que realiza la División Salud de Brasil, que lidera la Lic. Carla Manicardi y supervisada por el Director Comercial de San Pablo, Gabriel Rego, hacen que la compañía, ocupe un lugar importante en el mercado de la salud de Brasil. Las acciones siguen en forma intensa y sostenida en toda la región, utilizando el modelo que posicionó a ASSIST CARD como empresa líder en el mundo de la asistencia al viajero.

En el mes de octubre del año 2012, ASSIST CARD DIVISION SALUD BRASIL, fue main sponsor, de la EXPO SAUDE que realizó UNIMED PAULISTANA, donde presentamos todos los beneficios y características de los productos de Asistencia al Viajero.

ASSIST CARD COLOMBIA DIVISION SALUD, con clientes, como SURAMERICANA, COLPATRIA, COOMEVA una de las EPS más importantes del país, LA POSITIVA (ARP) aseguradora de riesgo entre otras importantes empresas. La División Salud de ASSIST CARD Colombia, incorporó nuevos productos a demanda especialmente diseñados para todos los distinguidos clientes de SANITAS Colombia, con cobertura médica en todo el mundo.

ASSIST CARD URUGUAY DIVISION SALUD, sigue expandiendo sus servicios de asistencia. Cerró su ejercicio con un 25% de crecimiento en facturación de sus clientes de

Salud, asimismo en el mes de diciembre del 2012, se renovó por un nuevo año, el convenio con BLUE CROSS, con cambios de beneficios para sus asociados, incrementando sus topes de Asistencia en la región y en el resto del mundo.



Daniel R. J. Piscicelli, Gerente Regional de División Salud - Assist Card y la Dra. Vanessa Vázquez Ballesta, Gerenta General de La Positiva – Sanitas.

ASSIST CARD PERU DIVISION SALUD, con nuevos productos para la demanda de las entidades del sector, cerró un año muy importante. Se renovó nuevamente el contrato con RIMAC SALUD, empresa número uno en Lima en el ámbito de la Salud. Hoy la Compañía cuenta con el 90% del mercado de la salud, lo que hace que seamos líderes en el mismo.

A inicios del mes de enero de 2013, nuestro Gerente Regional, participó de la fusión entre dos empresas muy importantes, LA POSITIVA SEGUROS y SANITAS DE PERU, lo que convierte a ésta, en una de las dos empresas más importantes del sector en el país; en dicho evento se contó además con la presencia de la Superintendente de Salud del Perú, el señor Embajador de Colombia y altas autoridades nacionales y del sector del seguro y la salud.

Sigue el crecimiento en la región, Venezuela, Ecuador, Panamá, Costa Rica, Bolivia y República Dominicana, son algunos de los países que ya han iniciado la gestión comercial por medio de sus respectivos Country Managers.

ASSIST CARD INTERNACIONAL estima un crecimiento del 25% en el mercado de la salud para el año en curso.

DIVISION SALUD ARGENTINA

Nuevo Cliente

ASSIST CARD informa que se ha dado de alta como nuevo cliente la empresa Salud Integral Córdoba.

Dicha empresa contará con el servicio exclusivo de Assist Card, creado a medida para todos sus afiliados. Estamos muy felices de incorporarlos a nuestra prestigiosa red de clientes y le damos una afectuosa bienvenida a la División Salud Assist Card Argentina.

Ampliación de beneficios y renovación de confianza

Informamos que OSPLA, Obra Social de Pilotos de Líneas Aéreas, continúa brindando un año más el servicio de Assist Card Argentina. Además, incrementado y ampliado el beneficio que actualmente poseen todos sus afiliados.

De esta forma, los mismos, siguen contando para sus viajes con la protección de la mayor organización en el mundo de la asistencia al viajero.



EL SECTOR DE LA MEDICINA PREPAGA, CLINICAS, SANATORIOS, HOSPITALES DE COMUNIDAD, PRESTADORES Y FINANCIADORES ADHIEREN A LAS POLITICAS NACIONALES.

La Superintendente de Servicios de Salud, Liliana Korenfeld se reunió a principios de febrero con representantes de las cámaras que nuclean a las empresas de medicina prepaga, prestadores y financiadores.

En la misma los involucrados manifestaron que, adhiriendo a las políticas nacionales y en atención a que la salud es un importante componente en la canasta familiar, asumen el compromiso por sesenta (60) días de no modificar los precios de las cuotas de la medicina prepaga y aranceles de los prestadores.

El compromiso abarca desde las empresas de medicina prepaga que contratan con los usuarios los servicios de salud hasta las clínicas, sanatorios y hospitales privados que se vinculan con los prestadores.

En el encuentro llevado a cabo en las instalaciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, se hallaban presentes: José Carlos Piva (ASE), Ingeniero Horacio Guevara (ACAMI), Sr. Darío Durand (CEMPRA), Dr. Jorge F. Aufiero (CIMARA), Sres. Luis Debroshi y Cristian Mazza (Ademp) y el Sr. Jorge Cherro (ADECRA).



Mejorar la seguridad del paciente.
Un desafío de todos.

ARGENTINA PORTUGAL AUSTRALIA HONG KONG
HONG KONG AUSTRALIA JAPÓN CANADA
BÉLGICA ARGENTINA PORTUGAL AUSTRALIA
BRASIL JAPÓN AUSTRALIA
FRANCIA ITALIA BELGICA ARGENTINA
SINGAPORE AUSTRALIA
ALEMANIA
HOLANDA
CANADA
PORTUGAL AUSTRALIA
AUSTRALIA JAPÓN CANADA
AUSTRALIA JAPÓN CANADA

23rd
GLOBAL GS1
HEALTHCARE
CONFERENCE



El evento mundial que reúne a importantes exponentes del sector del cuidado de la salud para compartir experiencias, avances y tendencias en trazabilidad de medicamentos y dispositivos médicos.

23 AL 25 DE ABRIL **MARRIOTT PLAZA HOTEL BUENOS AIRES**

Inscríbase ingresando en: www.gs1.org/healthcare

Más info

www.gs1.org.ar / 5411 4556.4700



/GS1argentina



/GS1argentina



ASUMIERON LAS NUEVAS AUTORIDADES DE FEMECA



El día 18 de febrero a las 12 h asumieron las nuevas autoridades de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal. Ante un auditorio colmado, en el que se encontraban no sólo dirigentes gremiales, sino también empleados de clínicas y sanatorios y representantes de la industria farmacéutica, el Dr. Jorge Iapichino, a continuación de la firma de actas y de la entrega de diplomas a los miembros de la Junta Ejecutiva que lo secundarán en su segundo período como Presidente de FEMECA, enfatizó que este año sería complicado para el sector, al advertir la presencia de un horizonte con dificultades complicadas en lo económico y en un año electoral. "Llevar adelante negociaciones salariales en un año electoral, y con una economía donde se está perdiendo el poder adquisitivo del salario, no es una tarea fácil", afirmó el presidente de FEMECA, "de la misma

manera que no es una tarea fácil mantener las mismas condiciones laborales o mantener el empleo, sobre todo en el sector privado." Sin embargo, el Dr. Iapichino subrayó que los médicos hoy "tenemos gremios más fuertes en el sector privado, que los que teníamos cinco años atrás. Es decir que desde el punto de vista de lo que significa la unidad del gremio en la CABA, tanto en el sector público como en el sector privado tenemos gremios realmente fuertes, y que están en la situación ideal como para poder sentarse a discutir con cualquier empleador", finalizó.

TELEFONICA EMPRESAS FIRMO UN ACUERDO DE COLABORACION CON EL HOSPITAL ITALIANO PARA DESARROLLAR APLICACIONES DE E-HEALTH



Telefónica segmento Empresas y el Hospital Italiano firmaron un acuerdo marco de colaboración conjunta para implementar un programa que posibilite realizar el seguimiento de pacientes a través de técnicas de Disease

Management y gestión remota de pacientes.

A partir de esta alianza los pacientes podrán recibir la atención permanente de acuerdo a sus patologías facilitando la toma de decisiones y la evolución de cada caso. Además, garantiza eficiencia asistencial tanto para el profesional como para el paciente porque tiene acceso a la información para generar una educación terapéutica en el control y autocuidado de su propia afección. Adicionalmente, favorece la obtención de diagnósticos alternativos; facilita el pronóstico, prevención y seguimiento de enfermedades; permite un registro metódico entre profesionales con datos e informes de la evolución

del paciente; garantiza personalización del sistema sanitario; entre otros.

En una primera instancia, se trabajará con pacientes seleccionados en base a criterios propios de investigación clínica y controlados bajo protocolos definidos para cada patología que permitirá garantizar resultados traslapables al resto de los pacientes.

Telefónica desde su división e-Health de Telefónica Digital ha desarrollado programas de estas características en España e Inglaterra con resultados satisfactorios, y busca seguir replicando estos acuerdos en otros países de Latinoamérica.



COBERMED ACOMPAÑO A MILES DE CORREDORES EN LOS MARATONES DEL 2012



COBERMED – Medicina Privada acompañó a más de 10 mil personas que participaron en diferentes maratones brindando un servicio de cuidado integral por medio de una carpa sanitaria completamente equipada, integrada por un staff de médicos especialistas y un grupo de personal trainers que asistieron a los corredores en los ejercicios de elongación y enfriamiento.

Las diferentes competiciones en las que participó COBERMED se realizaron en los bosques de Palermo, la costanera de Puerto Madero, en Vicente López, entre otros lugares. Fueron organizadas por Sportsfacilities y se destacaron por la gran convocatoria de jóvenes y familias que participaron.

Entre los maratones más importantes se destacan "Cuestión de Peso" auspiciada por el programa televisivo que emite canal 13, "Prueba Aeróbica YMCA- UTN", "Maratón Nocturna de Buenos Aires", "Maratón Grupos LT", "Maratón CAME", entre otros. De las mismas participaron otras reconocidas marcas como Gatorade, New Balance, American Express, Allianz Seguros, Granix, etc.

El Lic. Emilio Zalis, gerente general de COBERMED, comentó que "estamos orgullosos de acompañar estas actividades al aire libre que convocan a miles de personas disfrutando del deporte y la vida sana" y dijo que "es éste el espíritu que transforma a las personas, las alienta y las hace protagonistas de sus vidas. Eso es buena salud. Felicitamos a todo el equipo de organizadores y participantes, por un trabajo bien hecho."

COBERMED desde hace más de 5 años lleva adelante el programa de cuidado integral "Corremos con vos para que tu salud gane siempre", participando de diferentes maratones en los que presta el servicio a los participantes de estas actividades. Durante el 2013 continuarán sus participaciones en más de 15 maratones programados.

BRISTOL-MYERS SQUIBB, ENTRE LAS MEJORES EMPRESAS PARA TRABAJAR EN LA ARGENTINA

Great Place to Work® dio a conocer el ranking de "Las Mejores Empresas para Trabajar en Argentina, edición 2012". Bristol-Myers Squibb obtuvo el 9° puesto, en la categoría hasta 250 empleados, de la encuesta que evaluó el clima organizacional, las prácticas, políticas y cultura de las instituciones y la percepción de los empleados al respecto. "Estamos orgullosos de este reconocimiento que logramos todos juntos. Cada empleado es una parte importante que explica el porqué Bristol-Myers Squibb Argentina es un excelente lugar para trabajar", comentó Kelly Polanco, Directora de Recursos Humanos, Sudamérica.

La opinión de los empleados es clave al momento de la calificación, ya que la encuesta que responden (Trust Index©) representa dos tercios de la puntuación final para ingresar al ranking. Mientras que el tercio restante está compuesto por el Culture Audit© (cuestionario dirigido a la empresa, que Great Place to Work® utiliza para la comprensión y evaluación de las prácticas, políticas y cultura de la organización) y los comentarios que los empleados incluyen en las dos preguntas abiertas de la encuesta.

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
- ✚ Venta y distribución de medicamentos
- ✚ Trazabilidad: Auditoria y Gestión



INNOVACION

ESTRATEGIA

COMPROMISO



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



Hipólito Yrigoyen 1628 - 1er Piso - C.A.B.A. - C1089AAF - Tel: +54.11.4010-0200 - Fax: +54.11.4010-0250
www.admifarmgroup.com

NOTICIAS ADMIFARM GROUP

Torneo de Golf Admifarm Group Acatilados

El pasado 9 de enero se organizó nuevamente un torneo de Golf en el Club Mar del Plata "Golf Los Acatilados" con el auspicio de Admifarm Group.

Nuevamente pudimos compartir una excelente jornada al aire libre con una alta participación de jugadores y un gran nivel de juego.



1º Maratón Solidaria Admifarm Group

El domingo 4 de noviembre pasado, tuvo lugar en Costanera Sur, el 1º Maratón Solidario organizada por Admifarm Group. Esta acción solidaria tuvo el fin de colaborar con tres fundaciones, además de concientizar a la sociedad acerca de los problemas relacionados con desnutrición, discriminación, educación y desarrollo de los niños y adultos mayores. En esta oportunidad, apoyamos a las siguientes entidades, que se esfuerzan desde hace muchos años para brindar un mejor presente a cada niño, adolescente y adulto mayor:

- ASDRA (Asociación Síndrome de Down de la República Argentina).
- Fundación Pequeños Gestos, Grandes Logros.
- Obra del Padre Mario Pantaleo.

El maratón se llevó adelante en Costanera Sur. El formato fue de maratón de calle familiar y las distancias corridas fueron 1 km kids, 3 km participativo y 8 km competitivo.

Agradecemos desde aquí a todos aquellos que compartieron no sólo un estilo de vida saludable a través de la actividad física, sino también que interpretaron la solidaridad y el bien común como pilares fundamentales de nuestra sociedad.

Inauguración Aula Obra Padre Mario

Como parte de su compromiso social Empresario, Admifarm Group, colabora con la Obra del Padre Mario Pantaleo. En esta oportunidad, patrocinó y donó la construcción de una de sus aulas universitarias, con el fin de albergar a más estudiantes universitarios de la localidad de Gonzalez Catán y alrededores.

Dicha inauguración se llevó a cabo el pasado 13 de diciembre y en el lugar estuvieron presentes empleados y Directivos de Admifarm Group, quienes inauguraron las obras junto a las autoridades de la Fundación Padre Mario.



TPC FESTEJO SU 10º ANIVERSARIO JUNTO A MAS DE 200 INVITADOS

El pasado martes 11 de diciembre, la Compañía de Seguros reunió en el espectacular edificio del arquitecto Kálnay en Costanera Sur, a su staff, Productores de Seguros integrantes de su red comercial, medios de comunicación, asegurados y representantes de diversas cámaras y asociaciones del sector (AAPAS, AACS entre otros) para celebrar 10 años de crecimiento sostenido en producción y en capacidad de brindar más soluciones a sus asegurados y PAS.

TPC, aseguradora líder en seguros de Responsabilidad Profesional Médica, ha ido expandiendo su operación incorporando nuevas líneas de negocios como Responsabilidad Civil General, Caución y recientemente también Accidentes Personales y Vida Colectivo.

En este evento hubo también un momento para el reconocimiento y agradecimiento a los integrantes de la compañía que cumplieron 10 años en la empresa.

En el mensaje del Vicepresidente y Gerente General de TPC, Dr. Fernando Gómez, se destacó un sentimiento de orgullo por lo hecho durante estos años y de gratitud hacia todos los que colaboraron y apoyaron a TPC para ser la compañía sólida y prestigiosa que es hoy.

El Directorio de la Compañía agradece enormemente a todos los actores del mercado argentino y del exterior por las expresiones de afecto y de congratulaciones recibidas en su 10º aniversario.



FEFARA - 2013 UN NUEVO AÑO CON IMPORTANTES PROYECTOS

Comenzamos un nuevo año y queremos en esta primera comunicación desearles a todos nuestros colegas y amigos un 2013 pleno de proyectos, trabajo y realizaciones personales. Nosotros estamos dispuestos a seguir bregando para fortalecer nuestra Federación y así poder aportar cada vez más eficientemente a la defensa y la proyección de la profesión Farmacéutica argentina. En ese sentido, uno de los principales objetivos de trabajo para este año seguirá siendo la defensa de nuestra Red de Farmacias, porque ellas representan el Modelo Sanitario del manejo del medicamento y constituyen el único ámbito adecuado para su dispensa. Para ello, continuaremos promoviendo un serio debate sobre la financiación de la atención de las Obras Sociales, especialmente el convenio Pami, y reclamando y gestionando respuestas concretas a favor de la rentabilidad y viabilidad de las oficinas de Farmacia de todo el país.

Otra área fundamental de nuestro accionar estará centrada en la defensa de todas las incumbencias de los farmacéu-

ticos y la promoción del rol sanitario de esta profesión fundamental en el campo de la salud.

También trabajaremos fuertemente en el plan anual de Actualización Profesional de todos nuestros colegas y en la formación de más dirigentes para fortalecer la capacidad de Gestión de manera acorde a las demandas y los desafíos que hoy deben enfrentar nuestras Instituciones.

En el mes de junio nos encontraremos todos en el 8º Encuentro Deportivo y Recreativo Federal en la bellísima ciudad de San Rafael (Mendoza) y en el mes de setiembre nos veremos en Misiones, en las 11º Jornadas Federales y 10º Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos.

Mejorar la comunicación con ustedes, también será una prioridad. Por ello, los invitamos a que nos hagan llegar sus opiniones y a quienes compartan nuestros objetivos de trabajo, sumarse a esta gran tarea en defensa de la profesión farmacéutica.



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

EXITOSA CRUZADA SOLIDARIA DE UNIVERSAL ASSISTANCE S.A. A BENEFICIO DE LA EX CASA CUNA



Universal Assistance S.A., uno de los principales proveedores de servicios de asistencia integral a viajeros con más de 30 años de trayectoria, culminó con total éxito la cruzada solidaria "Hacete Eco", gracias a la cual la compañía -a través de la **Fundación Universal Assistance**- adquirió un Ecógrafo Doppler Color, que será entregado durante este mes, al Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna).

La campaña solidaria consistió en la donación (por parte de Universal Assistance SA) de \$5 por cada asistencia vendida durante los meses de noviembre y diciembre de 2012 y enero de 2013. De esta manera, la compañía líder en asistencia al viajero, logró acumular el importe necesario para la adquisición de una herramienta tan necesaria para el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

La acción, en la que Universal Assistance empresa se sumó una vez más al trabajo desarrollado por su propia *fundación*, forma parte de un plan de trabajo cuyo objetivo es ayudar a los pequeños pacientes y a los médicos del hospital.

Acerca del Ecógrafo Doppler

El uso del Ecógrafo Doppler Color mejora el diagnóstico de la patología pediátrica, ofreciendo al paciente la posibilidad de no ser invadido con otros métodos de imágenes mas agresivos, estos equipos cuentan con una mayor resolución pudiendo detectar lesiones más pequeñas en forma rápida en neonatos y en lactantes y será destinado a la atención de niños internados en las Unidades de Terapia Intensiva, Terapia Neonatal, Recuperación Cardiovascular y en Quirófano.

Acerca de la Fundación Universal Assistance

La Fundación UA para el Cuidado de la Salud Infantil se creó el 19 de noviembre de 2010. Sus fundadores, Inés y Oscar Civile, la gestaron como una propuesta de intervención para disminuir la desigualdad en salud en la niñez. Está compuesta por un equipo de profesionales de distintas disciplinas que se agruparon para un mismo fin: promover la igualdad del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en nuestra comunidad. Cuenta con el aval de Universal Assistance S.A., una empresa nacional prestadora de servicios de salud con cobertura internacional, que hace más de 30 años ofrece asistencia integral en más de 150 países; comprometida desde el inicio de sus actividades con el bien común.

La empresa líder en asistencia a viajeros renovó la certificación ISO 9001 PARA UNIVERSAL ASSISTANCE

Universal Assistance, empresa líder en asistencia integral al viajero con más de 30 años de trayectoria, comunicó que el organismo certificador TÜV Rheinland aprobó la auditoría de seguimiento de la certificación de la norma ISO 9001: 2008.

De esta manera, el Sistema de Gestión de Universal Assistance continúa en línea con dicha norma internacional, lo que demuestra una vez más, el compromiso en pos de la excelencia asumido por la compañía en la prestación de servicios de asistencia.

Acerca de Universal Assistance

Con más de 30 años de trayectoria, Universal 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 Universal Assistance en la más confiable empresa de asistencia al viajero de América.

La compañía cubre a más de 10 millones de personas y realiza más de 100 mil asistencias anuales, con un número superior a 75 mil prestadores médicos directos en todo el mundo.

23rd GLOBAL GS1 HEALTHCARE CONFERENCE

En el mes de abril, del 23 al 25, GS1 presentará la 23rd Global GS1 Healthcare Conference en el Marriott Plaza Hotel de Buenos Aires.

En esta oportunidad, la Argentina fue elegida la sede o el espacio para el encuentro, y se contará con el apoyo institucional de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Pami). También prestarán su colaboración los principales participantes del Sistema de Trazabilidad de Medicamentos vigente en el país desde el año 2011.

Los asistentes y oradores seleccionados pertenecen todos a la cadena de valor del sector del cuidado de la salud y representan a Organismos Gubernamentales nacionales e internacionales, a Asociaciones y Cámaras, Laboratorios, Farmacias, Distribuidores, Droguerías, Operadores Logísticos, Centros Asistenciales, y por supuesto a Organizaciones Miembro GS1.

La temática prevista incluye una introducción a GS1 Salud a la cual seguirá un número de exposiciones acerca de implementaciones reales, identificación unívoca de dispositivos, trazabilidad, implementaciones en hospitales. Para el tercer día del evento se ha organizado un programa de visitas a actores de la cadena que han adoptado sistemas de trazabilidad, entre los que se encuentran un laboratorio, una droguería y un centro asistencial. Las visitas permitirán hacer un recorrido por las instalaciones de las instituciones propuestas, para ver cómo funciona la implementación de la trazabilidad en sus procesos.

La Argentina participará con disertantes de ANMAT, Pami, Plan REMEDIAR del Ministerio de Salud de la Nación, Sanatorio Güemes, Hospital Italiano, Hospital Garrahan, Hospital Alemán, entre otros. Del exterior contaremos con la presencia de representantes de USFDA, de GS1 Global Office, de GMDN Agency (Global Medical Device Nomenclature), de IHTSDO de Dinamarca, entre otros.

El Hotel Marriott Plaza fue elegido por ser un lugar muy representativo de nuestra ciudad, por ser reconocido internacionalmente por su elegancia y ubicación, y por contar con todas las comodidades y servicios necesarios para albergar a los asistentes que lleguen desde el interior y el exterior.

Para más información sobre el evento pueden ingresar a: www.gs1.org/healthcare o a www.gs1.org.ar.





Queremos agradecer a nuestros clientes y socios comerciales el reconocimiento obtenido en la edición 2012 de los Premios “**Prestigio Seguros**”.

1° Puesto: Rubro “Mala Praxis”

 **SMG**
SEGUROS

2° Puesto: Rubro “Vida”

SMG  **LIFE**
SEGUROS DE VIDA Y RETIRO

5° Puesto: Rubro “ART”

 **SMG**
ART

Reintegros a las obras sociales

¿Nuevos horizontes para el reaseguro?

La Fundación Sanatorio Güemes convocó a Ariel Lieutier y Silvio Dessy, representantes de la Superintendencia de Servicios de Salud, para disertar sobre la resolución 1200/2012 y sus modificaciones. A lo largo de su conferencia, ambos ahondaron en las novedades que dicha resolución y la creación del SUR (Sistema Único de Reintegro) como reemplazo de la APE significan para el sistema de reintegros a las obras sociales.

La Fundación Sanatorio Güemes reunió a especialistas de la Superintendencia de Servicios de Salud para dis-

cutir en detalle las implicancias de la resolución 1200 y sus posteriores resoluciones modificatorias, la 1511 y la 1561. Así, como parte

de las actividades académicas que la Fundación lleva adelante en su Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud, el Licenciado Ariel Lieutier, Gerente General de la Superintendencia, y el Doctor Silvio Dessy, Subgerente de Gestión Estratégica de la misma entidad, contaron con la coordinación del Doctor Mario Lugones, Director de la Maestría, para describir las motivaciones que llevaron a la actual gestión de la Superintendencia a crear el SUR (Sistema Único de Reintegro) como reemplazo de la APE (Administración de Programas Especiales) y los cambios que están teniendo lugar a partir de entonces.

A modo de introducción, Lugones recordó la tensión que la resolución 1200 generó en el ámbito de la salud cuando fue emitida, en setiembre de 2012. Más tarde, sin embargo, corroboró, fue mejorada con la emisión de las resoluciones 1511 y 1561, que modificaron, respectivamente, lo referido a discapacidad y los aspectos asistenciales de la misma.

Para dar paso a la disertación, Lieutier elogió la redacción de la resolución 1200: "Fue un proceso muy interesante, enriquecedor; las modificaciones que se fueron realizando llevaron a que haya más consensos del los que había inicialmente".



Lic. Ariel Lieutier, Gerente general de la Superintendencia, Dr. Mario Lugones, Presidente de la Fundación Sanatorio Güemes y el Dr. Silvio Dessy, Subgerente de Gestión Estratégica de la Superintendencia.

Además, señaló, “hemos recibido propuestas, comentarios y críticas sobre cada uno de los puntos de la 1200 y eso resultó muy rico para todo el sector”.

UN DIAGNOSTICO: FRAGMENTACION, CONCENTRACION Y ASIMETRÍAS

Para honrar el carácter académico del encuentro, Lieutier comenzó haciendo un diagnóstico del sistema de obras sociales nacionales: “Este tiene una particularidad: la coexistencia con el sector privado”. En este sentido, el censo de 2010 hizo evidente la interacción que existe entre ambos subsectores: “Hay 4 millones de beneficiarios que están afiliados a prepagas a través de obras sociales; esto representa serios desafíos, que deben ir reglamentándose: la ley de regulación de las empresas de medicina prepa-ga fue un primer paso en este sentido”, destacó.

Según especificó Lieutier, el sistema de obras sociales se caracteriza por su fragmentación, concentración y por una serie de asimetrías. En relación a lo frag-

mentario del sistema, Lieutier señaló que “hay casi 300 obras sociales con más de 100 afiliados y que cubren 14 millones de afiliados”. Y subrayó luego que el problema de la concentración no es un dato menor: mientras el 5% de las obras sociales le prestan servicio al 54% de la población, el 95% restante dan cobertura al 46% de los beneficiarios. “La concentración tiene como contracara la atomización del sistema y eso lleva a problemas de sustentabilidad; y ahí es donde el sistema de reaseguramiento juega un papel clave”, postuló Lieutier. En cuanto a las asimetrías, señaló que el 50% de los recursos del sistema se destina a financiar al 30% de los afiliados mientras que el otro 50% financia al 70% restante: “Esto tiene que ver con la diferencia de recursos entre las obras sociales; es un tema al que debemos prestar atención y resolver”.

LOS MECANISMOS DE COMPENSACION Y REASEGURO

Es justamente para resolver estos tres aspectos que en la Superintendencia existen distintas

estrategias de intervención: el SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales), y por otro lado, el SUMA (Subsidio de Mitigación de Asimetrías) y el SUR, que fueron el marco para la resolución 1200.

Para explicar el proceder del SANO, Lieutier recordó que, de los aportes de los afiliados (9%), una parte va al Fondo Solidario de Distribución y otra, va directamente a la obra social. Pero existen afiliados que, por las características de su situación laboral, no llegan a cubrir el monto mínimo de aportes. “Es en estos casos que la obra social es compensada hasta la matriz ajustada de riesgo”. El SANO, entonces, es el mecanismo de compensación destinado a las obras sociales que brindan servicio a los afiliados de menores recursos.

El primer instrumento que incorporó la Superintendencia es el SUMA que, como señaló Lieutier, tiene como objetivos “compensar o mitigar las asimetrías respecto a los recursos por afiliado de cada obra social”. Este mecanismo, agregó, permite financiar más progresivamente a las obras sociales que reciben menos afiliados



FEFARA
Federación Farmacéutica

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

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

(menos de 50.000) y a aquellas que tienen menos recursos por afiliado.

El segundo concepto básico para compensar y reasegurar el sistema, es el sistema de los reintegros, lo que era materia propiamente dicha de la ex APE, que es regulado a partir de la resolución 1200 (SUR) de una manera diferente, y que se utiliza para compensar a las obras sociales que tienen afiliados con patologías de alto costo y baja incidencia.

LAS MOTIVACIONES DEL SUR: UN POCO DE HISTORIA

La actual gestión de la Superintendencia comenzó a repensar el mecanismo para los reaseguros, que era la materia de la ex APE. Fue así que surgió el SUR, que, según lo dispuesto por la resolución 1200, comenzó a ser regulado de forma diferente. "El programa aspira a realizar reintegros a las obras sociales que tienen afiliados puntuales de altos costos".

"A diferencia del SUMA y del SANO, aclaró Lieutier, el SUR no sólo es una estrategia de financiamiento sino también una estrategia epidemiológica". Esto se debe a que, inevitablemente, las prácticas que el SUR define como reintegrables terminan influyendo sobre el sistema: "Es por eso que este mecanismo comienza a tra-

tar cuestiones epidemiológicas-presenciales", remarcó.

Para explicar las motivaciones que determinaron la urgencia de la creación del SUR, Lieutier destacó dos grandes líneas: "Por un lado, era necesaria la optimización administrativa y, por el otro, era necesario redefinir el sistema de reaseguro y repensar qué es lo que había que cubrir". Fue el doctor Silvio Dessy quien se encargó de realizar un repaso histórico de la ex APE, para dejar en claro en qué situación la Superintendencia decidió instaurar el SUR.

Dessy recordó que la APE fue creada el 15 de enero de 1998, mediante el decreto del Poder Ejecutivo Nacional n° 53. En su primera resolución, la APE estableció una serie de mecanismos administrativos-comerciales y definió también qué patologías iba a cubrir. "Esto no significa que antes del 98 no existiera un sistema de reaseguro, pero no estuvo tan claramente establecido hasta ese momento, cuando se constituyó como ente autárquico y descentralizado para los reintegros de alta complejidad, alto costo y baja incidencia", sintetizó Dessy. De las patologías que cubría la APE inicialmente, "algunas se han mantenido, otras se dieron de baja y otras se incorporaron", adelantó el doctor.

Para aportar a la reseña histórica, Lieutier agregó que, cuando llegaron a la Superintendencia, se encontraron con más de 100 mil expedientes sin resolución. "Fue en ese momento que nos dimos cuenta de que había que cambiar los procedimientos para lograr una mejor estrategia de resolución." Uno de

los primeros pasos en este cambio, continuó explicando Lieutier, fue la implementación del sistema de turnos on-line, "pero la salida de fondo pasaba por cambiar la lógica de gestión de los subsidios, para lograr tiempos razonables: allí residía la urgencia", aseveró.

"A esto se sumaba, continuó Lieutier, que había muchas patologías que realmente no eran ya de alto costo gracias al avance de la tecnología, como el caso de los partos". En muchos de estos casos, explicó el Gerente General de la Superintendencia, el costo administrativo y el tiempo insumido para la resolución del mismo no justificaban el monto del reintegro: "Por eso, era necesario que repensáramos el sistema desde el punto de vista administrativo".

EL SUR Y SUS NOVEDADES

Fue Dessy quien se explayó sobre la redefinición del sistema de reaseguro. Al vademécum inicial de prácticas a reintegrar que había dictado la APE en 1998, comentó Dessy, se fueron agregando otras muchas que, a la larga, "complicaron la interpretación de las resoluciones porque no había una norma única que englobara todas las coberturas". En este sentido, la resolución 500 de 2004, aunque mejoró varios aspectos, dejó con vigencia algunos defectos: "no fijaba los montos a reintegrar y mantenía las vías de excepción."

Por Ley nacional, la APE estaba obligada a cubrir tres aspectos: los tratamientos de personas con discapacidad, los de pacientes con HIV y todos los de drogadependencia. Por eso, con la resolución 1200, la Superintendencia separó discapacidad y prácticas sanitarias, que quedaron comprendidas, respectivamente, en las resoluciones 1511 y 1561. "Esto nos permitió separar las aguas claramente", destacó Dessy. Otro de los puntos bisagra que marcaron modificaciones en la ex APE es que, mientras ésta aportaba fondos a las obras sociales por subsidio y por reintegros, ya a partir de la resolución 4806 de 2008 se dieron por terminados los subsidios y se adoptó el reintegro como única modalidad. "Esto significa que se paga todo lo realizado y lo que pueda constatarse que ha sido realizado; este concepto lo seguimos manteniendo hoy en día",



Licenciado Ariel Lieutier.

señaló Dessy. La única excepción se da en caso de riesgo de muerte: "Si la obra social demuestra que no cuenta con el dinero suficiente para salvar la vida de un paciente, se le puede adelantar el dinero".

EL PROBLEMA DE LOS BIOLÓGICOS Y LAS VIAS DE EXCEPCION

El licenciado Lieutier retomó la palabra para explicar el desafío que constituye para el SUR el reintegro por medicamentos biológicos. Anteriormente, este tipo de drogas no estaba contemplado en ninguna resolución y, por eso, se reintegraban por vías de excepción, que fueron eliminadas por la resolución 1200. "En que tenemos una definición muy controvertida: autolimitarnos a nosotros mismos; la decisión de eliminar las vías de excepción fue para transparentar el sistema y poder plantearnos limitaciones a nosotros mismos", explicó Lieutier.

El tema de los medicamentos biológicos "es central", definió, tanto a nivel nacional como internacional. La evolución del gasto a nivel mundial en biológicos creció

Tecnología Sanitaria Tutelada

Con los medicamentos biológicos y las prácticas de avanzada, planteó el Gerente General de la Superintendencia, Licenciado Ariel Lieutier, surge "la tensión entre la cobertura que mejore la calidad de vida del paciente y la sobreprescripción", que suele ocurrir con el avance de la tecnología. "La contracara de este avance es una gran amenaza al financiamiento de la seguridad social", postuló. Fue para resolver esta problemática que la resolución 1561 creó una instancia de Tecnología Sanitaria Tutelada. Allí, especificó Lieutier, "no decimos qué hay que prescribir y qué no, pero sí establecemos en qué casos el Fondo Solidario va a reintegrar por esas prácticas o medicamentos", remarcó. La clave para el buen funcionamiento de esta herramienta, agregó, es que sea dinámica, de modo que, una vez comprobada su eficacia, los medicamentos antes tutelados puedan pasar a reintegrarse directamente.

En este sentido, añadió el Doctor Silvio Dessy, Subgerente de Gestión Estratégica de la Superintendencia, los medicamentos de eficacia comprobada se mantienen en el reintegro directo mientras que los que carecen de consenso en la comunidad médica pasan al mecanismo de Tecnologías Sanitarias Tuteladas. Así, se evalúa si los medicamentos o las prácticas son pasibles de reintegro sobre la base de guías terapéuticas y un análisis de cada caso particular. "Esto nos sirve para tener estadísticas y para ver cómo evolucionan los pacientes con las nuevas tecnologías", señaló Dessy.

OSIM
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

un 250% entre 2004 y 2011; así, gran parte del financiamiento de los sistemas va a depender de cómo se financien los biológicos. “Por eso era importante encarar este problema; como mecanismo reasegurador, teníamos que encararlo”. Logrando que, al eliminar las vías de excepción, los biológicos fueran incorporados por otros medios.

BAJAS E INCORPORACIONES

Entre las prácticas que el nuevo SUR estimó que ya no era necesario seguir cubriendo se encuentran la osteosíntesis, los partos y los injertos: “Son prácticas que hacen al volumen administrativo y no al financiamiento del sector”, explicó Lieutier. En cambio, se incorporaron otras, como la radioterapia de intensidad modulada o el implante percutáneo de válvula aórtica. “Tuvimos la idea de eliminar lo que implicaba bajo nivel de reintegros pero alto trabajo administrativo y sumar prácticas de alta complejidad, con perspectiva de crecimiento importante”, especificó.

Fue la resolución 1561, explicó luego Dessy, la que, modificando la 1200, agregó prestaciones innovadoras y de altísimo costo. También se incluyeron técnicas de última generación, como la reconstrucción 3D de calota, tratamientos endovasculares, dispositivos de asistencia circulatoria, bombas de insulina, prótesis, ortesis y cirugía de reasignación sexual. “Creemos que debemos trabajar mucho para la igualdad de género”, aseguró.

Con respecto a los medicamentos, aclaró Dessy, se decidió incluir aquéllos acerca de cuya efectividad la comunidad médica no tiene todavía pleno consenso, en un programa especial de Tecnologías Sanitarias Tuteladas (ver recuadro). Muchos otros, de utilidad ya comprobada, se mantuvieron para el reintegro directo. “Para diferenciar unos de otros, hemos tomado criterios científicos y de uso cotidiano”, señaló el doctor.



Doctor Silvio Dessy.

LOS VALORES PARA LOS REINTEGROS EN MEDICAMENTOS: UN DESAFÍO

“Cuando una norma es tan amplia como la que manejamos e incluye tanta variedad de medicamentos a cubrir, aparecen problemas para definir los valores tope”, advirtió más tarde Lieutier. La disyuntiva estaba planteada: “¿Establecíamos un valor fijo o determinábamos el valor del reintegro en función del precio de venta al público?” Este punto, explicó Lieutier, generaba problemas, tanto de sistemas como relacionados con la actualización y el mantenimiento del manual. Según contó Lieutier, en un principio se definió un valor para el reintegro que se correspondía con un porcentaje del precio de venta al público. Sin embargo, “esto generó mucho ruido y fue entonces cuando decidimos buscar alternativas”, detalló.

Dado que de cada principio activo hay múltiples presentaciones disponibles en el mercado, la Superintendencia optó, finalmente, por establecer un valor genérico para cada droga en función de cada una de las presentaciones. “Los resultados de este trabajo salieron con la resolución 1561, donde cada droga y cada presentación está asociada a un solo valor”, sintetizó Lieutier. Se trata, aseguró, de “una metodología que va a ser muy útil a futuro”. Además, la resolución 1561 incluye lo que Lieutier entendió como una “declaración de principios”. “Planteamos que los laboratorios publiquen los precios de los medi-

camentos que están incluidos en los reintegros y que los mantengan actualizados”. “Estos son pasos que hay que transitar para darle más transparencia a este sistema complejo”, detalló.

MUCHO MAS QUE MEROS DATOS

Hace catorce años que la ex APE viene realizando reintegros por patologías de alta complejidad; “sin embargo, señaló Lieutier, si uno quiere mirar la historia de esos catorce años, hay muy pocos datos porque el sistema informático estaba armado sólo con un criterio de tramitación”. Por eso, resulta “desesperante que esa información no pueda ser utilizada para otro fin”. El nuevo sistema del SUR, en cambio, tiene la capacidad de tomar esos datos y utilizarlos con distintos objetivos: “para repensarse a sí mismo, para que los use la Superintendencia o los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social, que podrían formular políticas en función de esta información”, destacó Lieutier.

Para finalizar con la disertación, Lieutier también destacó otra de las virtudes del nuevo sistema: “Como estamos realizando reintegros en el sector de discapacidad, nuestra información puede ser útil para la constitución de un padrón único de beneficiarios con discapacidad”. Las ventajas y los usos de los datos tal como los organiza el nuevo sistema del SUR, concluyó Lieutier, parecen multiplicarse: “Una vez que tengamos el sistema funcionando plenamente nos vamos a dar cuenta del inmenso potencial de estos datos”. □



Crece es mucho más que cumplir años

Hace 10 años nacimos como aseguradora de responsabilidad profesional médica y hoy somos una de las Compañías líder en la protección asegurativa para los profesionales y las instituciones de la salud.



Crecimos y lo seguimos haciendo, sumando soluciones y construyendo la confianza que requieren nuestros asegurados. Proyectamos así nuestro futuro, para seguir logrando los mejores resultados.

Seguimos creciendo, seguimos sumando.



YouTube f
TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

Resolución 1561: Análisis comparativo con sus antecesoras y propuestas presentadas a la SSSalud

Por el Dr. Esteban Lifschitz



Las Enfermedades de Alto costo y Baja incidencia representan un verdadero desafío para todo sistema de salud y son justamente las respuestas que cada uno implementa las que terminan definiendo los resultados en salud de quienes las padecen así como del propio sistema.

En la Argentina se han implementado diferentes estrategias para intentar moderar el impacto económico que estas patologías suponen para quienes las padecen. La resolución 1561/12 de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) constituye la más reciente de dichas estrategias y el análisis de su alcance así como la comparación con alguna de sus predecesoras permite reconocer fortalezas y debilidades de cada una y estimar posibles escenarios para nuestro propio sistema de salud.

UN POCO DE HISTORIA

Aun cuando previamente existieron diferentes maneras de enfrentar este grupo de enfermedades, pueden reconocerse algunos hitos puntuales que han marcado el pulso en el abordaje de las mismas.

La resolución 500/04 representó el primero de los abordajes para este problema de salud pública. Allí pueden identificarse un listado de patologías y tecnologías que eran cubiertas bajo la modalidad de subsidio o reintegro. Una de las principales dificultades que sobresalen al analizar la marcha de la misma lo constituye el elevado porcentaje de expedientes tramitados por vía de excepción, el cual terminó por convertirse en la regla exponiendo el acotado listado de patologías que la resolución contenía así como la potencialidad de administrar la respuesta con un elevado nivel de discrecionalidad.

En septiembre de este año se reemplazó la resolución 500/04 por la 1200/12, la cual fue suspendida a poco tiempo de haber sido puesta en funcionamiento. Uno de los aspectos más discutidos al implementarse esta resolución fue el alcance de cobertura en Discapacidad, por lo cual se puso en marcha una intervención específica en esta materia mediante la resolución 1511.

El tercer y más reciente hito lo constituye la generación de la resolución 1561/12 la cual intenta

ser una mejora de su antecesora partiendo de una concepción más inclusiva.

COMPARANDO LAS RESPUESTAS

Un rápido análisis comparativo de las 3 resoluciones permite apreciar el aumento de patologías/procedimientos así como de medicamentos cubiertos bajo esta modalidad.

Ahora bien, ¿es el número de enfermedades bajo cobertura un indicador de la capacidad de respuesta ante este grupo de enfermedades? La tentación llevaría a afirmar dicho concepto casi en forma inmediata y probablemente lo sea. De hecho, ¿quién puede opinar en contrario de extender la cobertura en medicamentos para Hepatitis B o C, o en determinadas neoplasias?

La comparación de las resoluciones que se han puesto en marcha hasta la fecha permiten identificar un importante aumento en la cantidad de situaciones de salud bajo cobertura (sean estas enfermedades o prácticas), ascendiendo desde las 42 contempladas por la resolución 500, pasando por las 117 en la 1.200 hasta arribar al escenario actual el cual plantea la inclusión de 129 de ellas.

PROPUESTA PARA LA ORGANIZACION, FINANCIACION Y PROVISION DE PRESTACIONES: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

Desde la Universidad de Buenos Aires y en el marco de la convocatoria a la presentación de propuestas de la resolución 1310/12 se presentó a la SSSalud un escrito con acuerdos y diferencias respecto a la resolución 1200 con el objeto de optimizar el alcance de la misma.

Sin entrar en detalle en las enfermedades incluidas en esta propuesta ni tampoco en las coincidencias y diferencias con la resolución 1200, vale la pena listar al menos los lineamientos generales sobre los cuales se cimentó. Ellos son:

- Definir el listado de patologías/prestaciones a ser incluidas.
- Incorporación gradual de las mismas: Aun cuando todas las enfermedades elegidas reúnen motivos

suficientes para ser incorporadas, la ampliación progresiva y por etapas del listado inicial permitiría no sólo contar con datos epidemiológicos de cada una de las patologías sino también lograr dimensionar adecuadamente la oferta de servicios para satisfacer la demanda real de cada situación de salud. En este sentido, puede citarse el Plan Auge de Chile, el cual inició su ambicioso proyecto con la inclusión de 16 patologías llegando en la actualidad a 80 de ellas.

- Desarrollo de protocolos de atención: Con especial hincapié en los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes así como las dosis adecuadas para cada uno de los escenarios contemplados. Esta medida se constituiría en una herramienta para reducir la Variabilidad en la Práctica Médica, entendiéndose por tal dos maneras de tratar un mismo problema de salud.

¿Y AHORA?

Luego de analizar la resolución 1561 surgen varios interrogantes acerca de la puesta en marcha de esta ambiciosa resolución.

Entre otras, pueden citarse:

1. ¿Cuáles son los criterios que llevaron a incluir enfermedades/medicamentos que hasta el momento no habían sido contempladas en resoluciones anteriores?
2. Y ¿cuáles para definir la exclusión de otras que sí formaban parte de sus antecesoras?

En el primer caso puede identificarse la presencia

de medicamentos como el Adalimumab para el tratamiento de Colitis Ulcerosa o Everolimus para neoplasias de páncreas, mama y riñón. También aparece el Melanoma como patología a ser cubierta según la última resolución.

Respecto a la exclusión, pueden citarse la cobertura para tratamiento farmacológico con Teicoplanina o de la Fenilcetonuria.

3. Por su parte, ¿cuál es la estimación del costo que implica brindar cobertura en el listado propuesto?
4. ¿La SSSalud cuenta con el presupuesto que permitiría dar respuesta a dichos costos?
5. ¿Se contempla la necesidad de acreditar prestadores? En muchas ocasiones la idoneidad de quienes prestan el servicio se convierte en el principal determinante de los resultados en salud.
6. Y por último, se habla de precios máximos para determinados medicamentos o prestaciones y protocolización del manejo de las patologías. ¿Cómo será la actualización de dichos precios? (específicamente la periodicidad así como la estructura que permita llevarlo adelante).
7. ¿Quiénes serán los encargados de revisar la evidencia y proceder a actualizar, cuando corresponda, las guías de práctica? ¿Lo harán las Sociedades Científicas, las Facultades de Medicina? ¿Será mandatorio contar con estudios de Costo-Efectividad?

Las respuestas a estas y otras preguntas permitirán conocer con mayor detalle la real factibilidad de llevar a la práctica una propuesta ambiciosa así como estimar la sostenibilidad de la misma. □



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

Fondo solidario de redistribución



Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar
Con la colaboración especial del Dr. Luis Scerbino.

Muchas voces se oyen últimamente referidas al financiamiento de las obras sociales -agentes del seguro de salud-, por vía del Fondo Solidario de Redistribución. Por ejemplo: *“la plata del Fondo Solidario de Redistribución el gobierno la usó para otros fines”, “la plata del Fondo Solidario de Redistribución no existe más”, “el monto acumulado en el Fondo Solidario de Redistribución es de PESOS... CINCO, DIEZ, QUINCE, VEINTE..... MIL, etc.”, “con la plata acumulada en el Fondo Solidario de Redistribución se debería.....”.*

En estas líneas trataremos de aportar un poco de claridad normativa, algunas precisiones y propuestas al respecto.

El FSR es un componente primordial del Sistema Nacional del Seguro de Salud que ha nacido junto con las obras sociales y el sistema en general, y el objetivo de este trabajo es analizar su evolución en el tiempo, tanto desde el punto de vista de las coberturas que fue incluyendo, como así también de los montos de recaudación. Como elemento financiador del Sistema, resulta sustancial a la hora de equiparar prestaciones médico-asistenciales de un sistema solidario.

No es preciso efectuar un desarrollo histórico de las coberturas otorgadas a través del Fondo desde su creación. Pero sí corresponde señalar que, normativamente, se ha ido complejizando con el tiempo tanto en lo que hace a los pedidos puntuales de los agentes del seguro de salud, como de los destinos que se disponen desde la autoridad de aplicación.

A partir del dictado de las leyes 23.660 y 23.661 (de obras sociales y del seguro nacional de salud, respectivamente) se han explicitado los destinos que le caben normativamente. Así, el artículo 24 de la ley 23.661 dice:

“Los recursos del Fondo Solidario de Redistribución serán **destinados** por la ANSSAL (actual Superintendencia de Servicios de Salud):

a) Los establecidos en el inciso b) del artículo 21 de

la presente ley, para brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas, con destino a la incorporación de las personas sin cobertura y carentes de recursos, de conformidad con lo establecido en el artículo 49 inciso b) de la presente ley;

b) Los demás recursos:

1.- Para atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL con un límite de hasta el cinco por ciento (5%) que podrá ser elevado hasta el seis por ciento (6%) por decreto del Poder Ejecutivo, en cada período presupuestario, a propuesta fundada del directorio de la ANSSAL.

2.- Para su distribución automática entre los agentes en un porcentaje no menor al setenta por ciento (70%), deducidos los recursos correspondientes a los gastos administrativos y de funcionamiento de la ANSSAL, con el fin de subsidiar a aquellos que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario obligado, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria, según la reglamentación que establezca la ANSSAL.

3.- Para apoyar financieramente a los agentes del seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios, de conformidad con las normas que la ANSSAL dicte al efecto.

- 4.- Para la financiación de planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro.
- 5.- Los excedentes del fondo correspondiente a cada ejercicio serán distribuidos entre los agentes del seguro, en proporción a los montos con que hubieran contribuido durante el mismo período, en las condiciones que dicte la ANSSAL y exclusivamente para ser aplicados al presupuesto de prestaciones de salud”.

En el devenir del tiempo y de las distintas gestiones que tuvieron a su cargo la gestión del Organismo, se sucedieron resoluciones destinadas a cumplir con la distribución del Fondo Solidario de Redistribución entre las obras sociales.

Desde su origen, los motivos expuestos en esos actos administrativos de carácter general fueron variando, adaptándose a las distintas circunstancias económicas del país, las facultades de las obras sociales y las necesidades de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Así, recordemos la resolución n° 518/96-ANSSAL (apoyos financieros para déficit operativo y gastos de funcionamiento), 519/96-ANSSAL (otorgamiento de apoyos financieros para bienes de capital), para mencionar sólo algunos ejemplos.

Como puede verse, los motivos de solicitud de apoyo financiero a cargo del Fondo Solidario de Redistribución variaron a través del tiempo y fueron mutando gradualmente de una suma destinada a una finalidad institucional, a otra destinada a cubrir una patología determinada de beneficiarios de las obras sociales.

Las más conocidas han sido la 1/98-APE, la 500/

04-APE, 577/98-APE la 1040/98-APE que establecieron programas de cobertura de alta complejidad, reformularon procedimientos y actualizaron la inclusión de determinadas patologías, así como los motivos de los pedidos destinados a coberturas generales.

Durante la crisis de 2001/2002, las normativas que habilitaban a apoyar financieramente a los agentes del seguro de salud en calidad de préstamo, subvención o subsidio fueron derogadas. Las motivaciones explicitadas en los considerandos de la resolución n° 77/2002-APE, fueron las de *“que el Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentra sumergido en una crisis económico - financiera como consecuencia de la caída de la recaudación y la situación general del país. Que la situación se ve agravada ya que una gran cantidad de insumos médicos para atender la alta complejidad y las patologías de alto costo y baja incidencia provienen del exterior, habiendo incrementado en moneda de curso legal su valor frente al dólar estadounidense como consecuencia de la devaluación monetaria. Que el Poder Ejecutivo Nacional ha dictado la Emergencia Pública y el país se encuentra indefectiblemente en emergencia sanitaria”*.

Es curioso que dicha resolución fue ratificada por el decreto 213/2004, por exigencias del Banco Mundial que -por entonces- todavía tenía gran influencia en las decisiones que se adoptaban en materia de salud en la seguridad social.

Posteriormente, la metodología existente hasta el año 2008 de subsidio -que permitía adelantar el dinero del apoyo financiero, es decir, el FSR financiaba la prestación otorgando el dinero- se pasó a un

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



procedimiento de reintegro, de conformidad con lo previsto por la resolución APE n° 4806/98.

Finalmente, mediante el decreto 1198/12 la Superintendencia de Servicios de Salud “absorbió” las competencias y atribuciones de la Administración de Programas Especiales, que dejó de existir como organismo descentralizado de la Administración Nacional.

Pero además de los importes que se destinan al pago de prestaciones mediante el actual sistema de reintegro, otros montos se utilizan para la llamada “distribución automática”. Desde 1995 a la fecha, uno de los destinos del FSR ha sido la distribución automática entre las obras sociales en función de la cantidad de afiliados de ellas y su nivel salarial. Los decretos 292/95 y 492/95 establecieron un mecanismo de garantía mínima por afiliado titular de pesos treinta (\$ 30) el primero, y pesos cuarenta (\$ 40) el segundo. Esos importes fueron aumentando con el correr del tiempo.

Este mecanismo estuvo vigente hasta el año 2006, en que el Poder Ejecutivo Nacional dictó el decreto 1901/06 que estableció el **SANO** (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales), que en su artículo primero disponía expresamente:

Artículo 1° — La presente norma regula la Distribución por Ajuste de Riesgo de los Recursos del Fondo Solidario de Redistribución recaudados de acuerdo al artículo 19, incisos a) y b) de la ley n° 23.660 y al artículo 22, inciso a) de la Ley n° 23.661, con excepción de aquellos que se descuenten previamente para los gastos operativos de la Superintendencia de Servicios de Salud, según lo dispone el artículo 24, inciso b), apartado 1 de la ley n° 23.661, y los que se asignen a la Administración de Programas Especiales a través de la Ley de Presupuesto para cada año.

La primera definición que surge de este artículo es que la distribución por riesgo no está incluida dentro del presupuesto nacional, como sí lo están los gastos operativos de la Superintendencia de Servicios de Salud y los fondos destinados a las coberturas de la entonces Administración de Programas Especiales.

Seguidamente, el artículo 2 de esa misma norma dispone:

Art. 2° — Sustitúyese el artículo 24, del Anexo II del decreto n° 576/93, que quedará redactado de la siguiente manera:

“ARTICULO 24. — a) Establécese que por aplicación del artículo 24 inciso b) punto 2 de la ley n° 23.661 y sin perjuicio de lo establecido por el artículo 2° de la ley n° 24.465, los beneficiarios del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, declarados a través del SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES en el Régimen Nacional de Obras Sociales, tendrán derecho a la Distribución por Ajuste de Riesgo de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución en caso que los titulares de afiliación pertenezcan al Cuarenta por Ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar. La nómina de titulares de afiliación será suministrada por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

b) Los recursos a que se refiere el inciso anterior se distribuirán en base a cada individuo integrante de un grupo familiar encabezado por un titular cotizante

al Sistema Nacional de Obras Sociales, de manera tal que los recursos por individuo sean distribuidos respetando en todo momento, la proporcionalidad detallada en la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo de los beneficiarios de las Obras Sociales que se aprueba por el apartado c) del presente artículo, de manera automática, por cuenta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA y de acuerdo con la información proporcionada por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS.

c) Apruébase la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo.

GRUPO DE EDAD	VALOR ASIGNADO	
EDAD	MASCULINO	FEMENINO
0 a 14	22	22
15 a 49	35	41
50 a 64	41	41
65 en adelante	91.50	91.50

(...) f) Cuando los aportes y contribuciones correspondientes a cada trabajador titular sean insuficientes para cubrir la Contribución Total Ajustada por Riesgo por Individuo del grupo familiar cuya Matriz se define en el inciso c), el FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION integrará la diferencia en forma automática, a partir de una remuneración básica equivalente a TRES (3) MOPRES. Dicha integración se efectuará de manera automática por cuenta de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a través del BANCO DE LA NACION ARGENTINA con información provista por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP).

Varias modificaciones han surgido de esta norma, en cuanto a la distribución automática de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución:

- 1.- Como ya dijimos no se trata de una distribución presupuestaria, es decir, no está alcanzado por las limitaciones del Presupuesto de cada año.
- 2.- Establece el concepto de gasto presunto por banda etárea (sexo y edad).
- 3.- Limita la distribución a las poblaciones de menores ingresos (“los titulares de afiliación pertenecan al Cuarenta por Ciento (40%) de titulares de menor contribución por grupo familiar”).
- 4.- Se liquida sobre la base del padrón de beneficiarios existente en la Superintendencia de Servicios de Salud.
- 5.- En el supuesto que los recursos del FSR fueran insuficientes, se integrarán los fondos hasta la concurrencia.

El importe establecido por cada grupo etéreo fue modificado a través del tiempo por diferentes normativas, siendo el actualmente vigente el del decreto 488/2011, que en su artículo 3 textualmente dice:

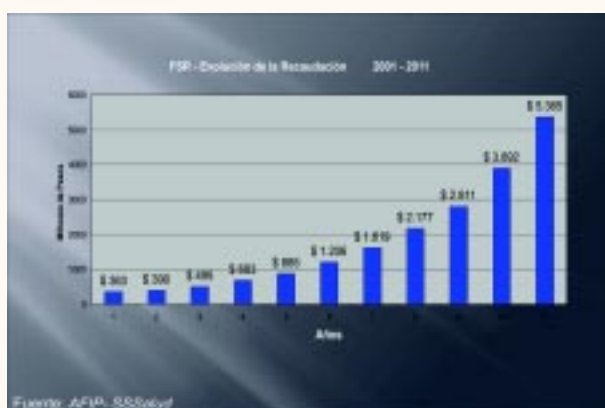
Art. 3° — Actualízanse los valores fijados en el inciso c) del artículo 24 del Anexo II del decreto n° 576/93, los que quedarán determinados de la siguiente manera:

GRUPO EDAD		VALOR ASIGNADO	
EDAD		MASCULINO	FEMENINO
0 a 14		47	47
15 a 49		74	87
50 a 64		87	87
65 en adelante		192	192

Desde ese momento (abril de 2011) a la fecha, no ha sufrido modificaciones en sus valores de asignación.

EL AUMENTO DE LA RECAUDACION Y SU DISTRIBUCION

En el cuadro que sigue, se señala cuál ha sido la recaudación del Fondo Solidario de Redistribución anualmente, desde 2001 a 2011.

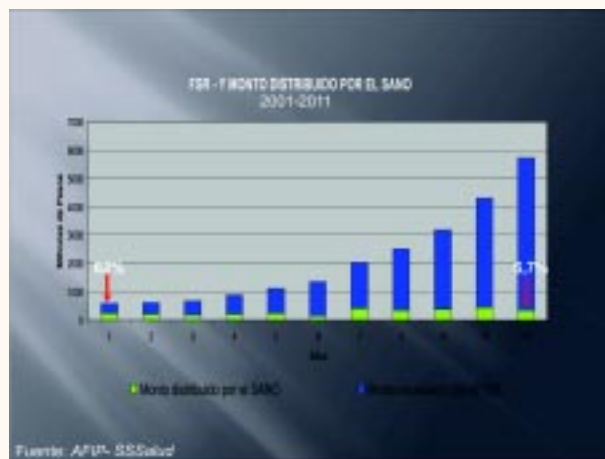


Como ha quedado expresado hasta el momento, los dos destinos más importantes desde el punto de vista económico han sido los subsidios (luego reintegros) del APE y la distribución automática, en los últimos tiempos a través del ajuste por riesgo.

Los cuadros que siguen describen cuál ha sido la recaudación del Fondo Solidario de Redistribución anualmente (ya había sido expuesto más arriba) con relación a los montos distribuidos por el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO), es decir, el ajuste por riesgo.

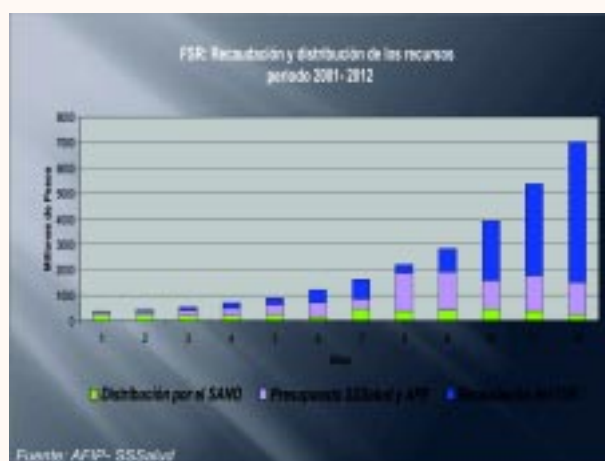
Como puede verse de este primer cuadro, el aumento de la recaudación del FSR frente al mantenimiento de los valores por banda etárea, hizo que de distribuirse el sesenta y dos por ciento (62%) para el año 2001, pasara el seis coma siete por ciento (6,7%) para el año 2011.

En el cuadro siguiente, se le incorpora el monto



distribuirse el sesenta y dos por ciento (62%) para el año 2001, pasara el seis coma siete por ciento (6,7%) para el año 2011.

En el cuadro siguiente, se le incorpora el monto



Es fácil concluir de la lectura de los cuadros que anteceden que el aumento de la recaudación no fue acompañado con el incremento de la distribución de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución.

Al 31 de diciembre de 2011, la suma sin distribuir en poder del Fondo Solidario de Redistribución ascendía a diez mil cuatrocientos once millones quinientos veintidós mil pesos (10.411.522.000)

CREACION DEL SUMA (SUBSIDIO DE MITIGACION DE ASIMETRIAS)

A partir del dictado del decreto 1609/2012 de setiembre del año pasado, el Gobierno Nacional ha

Su salud en las mejores manos

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

www.osfe.org.ar

previsto distribuir el cinco por ciento (5%) de la recaudación total del Sistema (con algún agregado mayor, pero indeterminado), con cargo al Fondo Solidario de Redistribución, a través de un mecanismo de distribución basado en la cantidad de afiliados de cada obra social.

Este dispositivo de distribución de la recaudación del Fondo vuelve -en esencia- a reactivar los conceptos de distribución por obra social y sobre la base de la cantidad de beneficiarios con que cuenta cada agente del seguro de salud. Desde Noviembre en adelante, se han distribuido aproximadamente ciento ochenta millones de pesos (\$ 180.000.000) mensuales.

Las intervenciones periódicas de los funcionarios indican que se pretende alcanzar la suma de dos mil millones de pesos (\$ 2.000.000.000) a distribuir con base en ese decreto.

ES NECESARIO UN CAMBIO

Las descripciones efectuadas ameritan pensar en otros mecanismos distributivos del FSR.

La historia de los destinos de tales recursos ha demostrado que han pasado por diferentes mecanismos de distribución sin que -hasta el momento- se haya encontrado el camino correcto.

Por otro lado la generación de excedentes del Fondo Solidario, que no son otra cosa que recursos genuinos de la Seguridad Social, aportes y contribuciones de empleadores y trabajadores destinados a salud sin distribuir, no sólo viola las disposiciones de la ley sino que se transforma en botín de disputas políticas de posiciones que lejos están de tener en cuenta las verdaderas necesidades prestacionales de los beneficiarios de las obras sociales.

Los sistemas basados en el expediente "papel" han demostrado su ineficacia, desde que los organismos públicos carecen del personal y sistemas adecuados para procesarlos, lo que transforma las disposiciones reglamentarias en quimeras.

Los sistemas de distribución por subsidios o reintegros a prácticas determinadas incluidas en resoluciones que imponen una determinada tramitación han demostrado su ineficiencia. El cuadro siguiente nos muestra el crecimiento histórico de los pedidos formulados por las obras sociales al entonces APE.

Si se mantuviera el ritmo de presentación de expedientes del año 2010 -y todos sabemos que hoy es mucha mayor la demanda por información e inclusión de personas y patologías- deberían recibirse casi 300 expedientes diarios, o dicho en otros términos un expediente por minuto dentro del horario de atención al público.

Los sistemas basados en el expediente "papel" han demostrado su ineficacia, desde que los organismos públicos carecen del personal y sistemas adecuados para procesarlos, lo que transforma las disposiciones reglamentarias en quimeras.

La incorporación de prácticas y medicamentos sólo puede considerarse una expresión de deseos con destino contrario al buscado en la norma.

La aparición de mecanismos de distribución como el SUMA generan la esperanza de encontrar procedimientos más ágiles y prácticos para evitar la generación de esos excedentes.

Probablemente la existencia de poblaciones que podemos llamar "vulnerables", ya sea desde el punto de vista prestacional y económico tales como discapacitados, jubilados, monotributistas, monotributistas sociales, personal doméstico, distribuidos inequitativamente entre los Agentes del Seguro de Salud amerite generar recursos adicionales a los aportes que ellos generan.

Y para eso está el Fondo Solidario de Redistribución.

Si la distribución dispuesta a través del SUMA alcanza al cinco por ciento (5%) de la recaudación del

Sistema en su conjunto -reiterando que puede tratarse de un poco más- podría utilizarse otros porcentajes para otras finalidades, como por ejemplo aumentar los montos de la distribución automática del SANO (subsidio automático nominativo de obras sociales) y para esas "poblaciones vulnerables".

Seguir aplicando políticas restrictivas de recursos que fueron imprescindibles en épocas de crisis, convierte al Sistema en un campo de discusión política en lugar de ser un laboratorio de ideas para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios.

Sólo hace falta la decisión política y todos sabemos que este Gobierno en general y la conducción actual de la Superintendencia de Servicios de Salud la tienen. □



Protección para quienes nos protegen



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

Salud Corporativa: Nuevos tiempos, nuevos recursos

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



Que la tecnología y la hiperconectividad están cambiando el mundo del trabajo es una obviedad. Sin embargo, a veces es interesante “posarse” en lo micro para comprender mejor los cambios y los nuevos recursos que esos cambios traen a las empresas.

Hasta los años 90, obtener una línea telefónica podía demorar años (y conseguir que funcionaran las existentes en ese momento... no le cuento amigo lector). Hoy todo eso resulta lejano para los que nacimos “hace mucho”, extraño para la denominada generación “Y” -los nacidos entre 1985 y 1992- y más extraño aún para la generación “Z” -los llamados nativos digitales- que nacieron con posterioridad al 92.

Así es como hoy en día numerosos productos y servicios se “asientan” sobre la telefonía. La consulta Psicoterapéutica es una de ellas, algo verdaderamente impensable años atrás, tanto en términos del recurso telefónico, como de los modelos terapéuticos (pensemos que en la Argentina de los 70, Psicoterapia y Psicoanálisis eran prácticamente sinónimos y no fue hasta bien entrados los 80, en que las terapias por objetivos, básicamente a través de la Terapia Sistémica y de la Terapia Cognitiva, “abrieron la puerta” al concepto de la efectividad clínica: ya no se necesitaban invertir años en un tratamiento para alcanzar resultados positivos).

En esa dirección, los EAP o Programas de Asistencia a los Empleados, que han sido una nueva forma de dar respuesta a las problemáticas de los empleados de las empresas, también fueron pioneros en el uso de la herramienta telefónica –y también de los modelos de terapias por objetivo-.

Estos Programas brindan asesoramiento psicológico, legal y financiero, tanto a las personas que trabajan en la empresa, como a sus familiares dependientes. En muchas oportunidades, si la consulta lo requiere, la asistencia se realiza de manera integral. Esto quiere decir, que se involucra a profesionales de más de una disciplina. De este modo, nos

cuenta la Lic. Andrea Lardani, Gerente Clínica de EAP Latina, “la articulación y el trabajo en equipo de los profesionales, colaboran con el principal objetivo que es brindar asesoramiento profesional eficaz. Hoy en día, continúa señalando, la asistencia telefónica es la clave de estos servicios en todos los países en donde estos Programas se encuentran desarrollados. Y es a través de ese medio que recibimos consultas relacionadas con diversas temáticas”.

En realidad, cuando uno escucha “diversas temáticas” imagina también un “universo” de problemas y la primera pregunta que a uno le viene a la mente es si todas las problemáticas pueden abordarse telefónicamente.

“No todas” nos señala la Lic. María Valeria Olleta, también del equipo de Profesionales de EAP Latina, “los cuadros que presentan riesgo de vida para la persona que consulta o para terceros, naturalmente se abordan cara a cara. Pero en innumerables casos críticos, la asistencia telefónica cada vez ocupa un lugar más destacado. Por ejemplo, continúa señalándonos la Lic. Olleta, últimamente han aumentado considerablemente las consultas por violencia familiar, un tema que los medios de comunicación tratan a diario. De hecho, algunas estadísticas oficiales nos ayudan a tomar dimensión de la gravedad del problema. Sólo en Buenos Aires, la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) de la Corte Suprema de la Nación, atendió 50.000 casos en los últimos cuatro años. De ese total, 30.000 fueron ingresados como denuncia judicial. En los últimos reportes del año 2012, el 63% de las consultas fue realizado por mujeres víctimas de violencia. En la mayor parte de los casos reportados, la violencia es psicológica y le sigue la violencia física”.

Por su parte la Lic. Lardani comenta que, en materia de violencia familiar, “la atención telefónica ha permitido eliminar una importante barrera: no es fácil volcar para el consultante toda esta problemática y la vía telefónica facilita enormemente superar la incomodidad del paciente.

Naturalmente, cuando nos referimos a violencia familiar, hablamos de un problema complejo, multi-

facético, que atraviesa las distintas clases sociales y que se da en el contexto familiar. Y seguidamente la Lic. Olleta nos refiere un caso real atendido en el Programa, en donde prefirió naturalmente utilizar un nombre ficticio para la paciente, Carla, quien al hacer la consulta le manifestó:

“Me separé hace un mes, tenemos 2 hijos de 3 y 7 años. Las cosas entre nosotros ya no daban para más, hacía mucho tiempo que teníamos diferencias y me decidí. Cuando le planteé que quería separarme, él tuvo algunas reacciones que me sorprendieron. Unos días después, cuando volvió del trabajo, uno de los chicos le preguntó si se iría a un departamento, reaccionó muy mal y se generó una situación de mucha violencia en la que me agredió físicamente. Pude llamar al 911 y vino la policía, hice todas las denuncias correspondientes y un juez dictaminó una orden de restricción perimetral. Pero luego de pocos días él continuó intentado todo tipo de contacto conmigo.”

“Carla se comunicó al Programa por sugerencia de su Gerente de área de la empresa donde trabaja. Cuando llamó, refería sentirse agotada, atemorizada, su ex pareja continuaba sin respetar la restricción, amenazándola incluso con hacerle daño. Rápidamente recibió asesoramiento y contención psicológica. La profesional acordó con ella la conveniencia de continuar con entrevistas telefónicas, ya que por su horario laboral e hijos pequeños le era

imposible tener entrevistas cara a cara. Se le sugirió a su vez, recibir asesoramiento legal a través del Programa. Carla aceptó la sugerencia y fue asesorada por un abogado ese mismo día. El abogado le explicó los pasos legales a dar para protegerse. La psicóloga del Programa conversó con Carla dos veces por semana durante un mes. Al mismo tiempo, cada vez que Carla tenía alguna duda legal se le recordaba que podía consultarlo con el abogado del Programa. Ambos profesionales que asesoraron a Carla se mantuvieron en permanente comunicación logrando que la atención sea coordinada y eficiente. A pesar de que Carla tuvo que iniciar un proceso legal que llevó tiempo, su angustia y temor fueron disminuyendo a medida que tenía más claro qué acciones debía tomar desde lo legal y así defenderse de las agresiones de su ex marido. El seguimiento de la psicóloga le permitió sentirse acompañada y guiada durante la situación de crisis que ella estaba viviendo, sin tener que sacar tiempo a sus hijos ni a su trabajo. Todas estas tareas de asesoramiento se realizaron telefónicamente, nos comenta la Lic. Lardani.

En este caso, sobre la base de la accesibilidad, la telefonía nos ha dado un modo de intervenir ante las dificultades que pueden presentarse en la vida de cualquier persona. Sin dudas los nuevos tiempos, nos traen nuevos recursos. Bienvenidos todos aquellos que nos contribuyan a vivir mejor. □

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 Estereotáxica

Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal

Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.

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

E-mail: info@vidtcm.com.ar

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



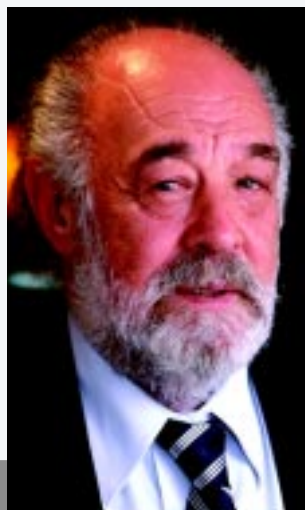
Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

El dolor y la fraternidad

“El mundo es lo que acaece”

Alfred Whitehead

Por el Dr. Ignacio Katz



El menú de los medios de comunicación nos ofrece periódicamente distintos temas referidos a la salud en la Argentina. Dichas noticias pueden incluir la situación del dengue, el descalabro en tal o cual hospital, la adulteración de medicamentos, una emergencia nacional para la donación de un órgano en cierto paciente y así *ad infinitum*. Estos aparecen súbitamente, apasionan a la opinión pública y en pocos días se desvanecen, pasando a una especie de “subsuelo” mediático hasta que oportunamente vuelven a emerger.

Por la propia fugacidad del tratamiento de estas situaciones, y por la rapidez de los hechos en la coyuntura, este “menú” satura de noticias a la sociedad en su conjunto, sin que se expliquen procesos, causas y consecuencias de manera científica, por lo que la sociedad se atasca en la ignorancia. Pocas veces se pone tan de relieve la pérdida del sentido de la fraternidad, que socialmente viene afectándonos durante las últimas décadas.

Podríamos remontarnos a los finales de la década del 60 como comienzo de ese deterioro social, a partir de las políticas de desnacionalización impulsadas por el entonces ministro de Economía, Adalberto Krieger Vasena. Posteriormente, la desindustrialización causada por la gestión de José Alfredo Martínez de Hoz en ese mismo Ministerio, acentuó el declive. Aquellos años dejaron una Universidad malograda y un acuerdo militar-sindical que dio origen a las obras sociales, matriz de la que no fueron ajenas las corporaciones médicas. También quedó como saldo de esa etapa los comienzos de la descentralización hospitalaria que se llevó a cabo sin planificación alguna.

Ya en los 90, como es sabido, se entronizó el culto a la desarticulación del Estado en sus roles principales, y en el sector sanitario como en otros, su responsabilidad central siguió diluyéndose. El Estado de bienestar, que con sus aciertos y tropiezos la sociedad argentina había ido construyendo, comenzó a resquebrajarse, y junto con él se agrietaron los principios de fraternidad y solidaridad. Entre el neoliberalismo, el individualismo, el mercado desregulado y el consumismo, todos ellos conceptos concatenados, liquidaron la solidaridad.

Esta ruptura de los lazos comunitarios tuvo su correlato en la fragmentación del campo sanitario argentino. Debilitada la autoridad del Estado, las corporaciones de distinto tipo, el “mercado” y las mezquindades jurisdiccionales, fueron generando un archipiélago de islotes asistenciales, sin interacción y sin planificación nacional.

Para revertir esta situación, resultado de un largo

proceso, se requiere (además de tomar conciencia de ella) emprender la transformación del área sanitaria nacional, crear un verdadero Sistema Federal Integrado de Salud, y no dejarse engañar por quienes, al igual que el camaleón, cambia de color para mimetizarse con su entorno, despistar a la presa, y pasado el peligro, volver a su estado natural, es decir a sus posturas reaccionarias.

¿Cuáles son las consecuencias de continuar en la situación presente?

- en *términos evolutivos*, la fragmentación persistente, acentuando la desigualdad que retrasa y limita el cambio. En la práctica, y desde hace muchísimos años, cada jurisdicción encara como cree y puede los distintos desafíos sanitarios que se le presentan. No se comparte sistemáticamente la información, no hay historias clínicas unificadas ni planes globales para encarar aquellos aspectos que no respetan límites geográficos.
- en *términos profesionales*, su calidad científico-tecnológica se hace más vulnerable.
- en *términos económicos*, no sólo se hace no sustentable, sino también promueve actitudes mezquinas.
- por último, en lo que se refiere a la *finalidad de la atención médica*, el cuidado de la salud y los recursos para su reparación, no encuentran el camino para su estructuración, así como tampoco se reconoce ni se explicita una planificación estratégica nacional, ni se elabora el cambio cultural productivo que acompaña a lo precedente.

La resolución no pasa por exponer opiniones contradictorias sino un análisis sustantivo de los factores que predisponen, condicionan y determinan el cómo y el por qué arribamos a la actual situación.

Para suturar este tejido sanitario, hay que construir una nueva configuración y lograr cambios en la *estructura*, en la *estrategia* y en la *cultura laboral*. Sin estas transformaciones, no habrá avance posible.

Según el especialista canadiense en Gestión, Henry Mintzberg, *la estructura* es la “suma total de las formas en que un trabajo es dividido entre diferentes tareas y luego es lograda la coordinación entre esas tareas”. También puede entenderse como la disposición y orden de las partes, dentro de un todo, y en lo que a salud se refiere, es fundamental la coordinación global de todos los componentes del Sistema, a fin de que cada una cumpla la función que le corresponde.

Por su parte el General Beaufre planteaba la

estrategia como "el arte de hacer que las fuerzas concurren para alcanzar las metas; arte de la *dialéctica de las voluntades* que emplean la fuerza para resolver su conflicto y tiene por finalidad alcanzar los objetivos fijados por la política." En particular dentro del ámbito sanitario, se trata de adoptar cursos de acción con metas claramente identificadas y agendas que maximicen los factores favorables en la implementación de la política.

Por último, también es imperioso transformar la cultura laboral del campo sanitario. Según Etkin, la cultura laboral es el conjunto de conocimientos, valores y creencias que hacen a la forma de presentar el ambiente de trabajo. Roger Garaudy afirmaba que se trata de "elaborar una cultura que ya no esté hecha sólo de respuestas provenientes del pasado, sino de interrogantes que plantea la invención del futuro; una cultura que ya no es un ornato de unos pocos, sino la posibilidad del desarrollo humano de todos".

Para comprender aún mejor este concepto, tengamos en cuenta los siguientes criterios básicos:

- el trabajador es más que un recurso; es persona, es ser humano;
- el trabajo, más que mercancía, es un medio para transformar la realidad;
- las organizaciones son comunidades de desarrollo compartido y participativo, más que campos de batalla;
- la productividad debe surgir del enriquecimiento de las capacidades del trabajador, y no de una forma de explotación.

Hoy lo necesario en la atención médica es crear una cultura laboral profesional, científica, racional, de capacitación permanente y a su vez de participación e intercambio de saberes entre los distintos actores del sistema. En esta nueva cultura laboral habrá de dejar de lado los privilegios corporativos y de castas, que muchas veces impiden las transformaciones necesarias para nuestro país. Recordemos a Carlos Matus cuando planteaba la planificación estratégica como herramienta de libertad.

En suma, necesitamos una planificación estratégica en salud, y así avanzar con los cambios impostergables para edificar un sistema de salud inclusivo, amplio, federal, racional y fraterno, ya que planificar es el intento del hombre por gobernar su futuro, por imponer la razón humana sobre las circunstancias. Todas las decisiones en política sanitaria repercuten en el pequeño escenario en donde actúan médicos y pacientes. Ahí, donde se expresa la angustia y el dolor, es la caja de resonancia de las decisiones que se toman o se dejan de tomar en las cúpulas directivas de una comunidad.

Se trata de un dilema médico, ético y moral que nos impulse a dejar de lado la parálisis o la inercia organizacional, y bregar por actualizar estructuras, estrategias y culturas que posibiliten la construcción de un Sistema Federal Integrado de Salud, que en el otro extremo de la cadena genere que la interacción médico-paciente deje de estar teñida por la desconfianza, el apuro y la lógica del mercado. Y que el espacio del consultorio no sea ya una suerte de teatro del dolor sino un ámbito donde se exprese la fraternidad social. □

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*" (Eduip, 2006). "*Argentina Hospital. El rostro oscuro de la salud*" (Edhasa, 2004). "*La Fórmula Sanitaria*" (Eudeba, 2003)

UNIVERSIDAD ISALUD

EDUCACION PARA LA TRANSFORMACION

MAESTRIAS ESPECIALIZACIONES y PROFESORADO 2013

- » ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD
- » SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
- » MEDICINA LEGAL
- » ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
- » AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD
- » PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES **NUEVA**
- » ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS DEL ADULTO Y ANCIANO **NUEVA**
- » FARMACOPOLÍTICAS **INICIO AGOSTO 2013**
- » GESTIÓN DE SERVICIOS DE DISCAPACIDAD
- » GESTIÓN DE SERVICIOS DE GERONTOLOGÍA
- » GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA **INICIO AGOSTO 2013**
- » PROFESORADO UNIVERSITARIO

Resoluciones: Econ. Res. N° 184/99 ME. Moes. CONEAU Res. 473/09 Categoría B. Esp. CONEAU Res. 484/09 Categoría B | Sist. Res. N° 184/99 ME. Moes. CONEAU Res. 474/09 Categoría B. Esp. CONEAU Res. 483/09 Categoría B | Med. Legal Res. N° 94/02 ME. CONEAU Res. 208/07 | Adm. Hosp. Res. N° 1529/07 ME. CONEAU Res. 246/10 Categoría B. | Auditoría Res. N° 02/09 ME. Proyecto aprobado por CONEAU | Riesgos CONEAU Expte. 804-122/10 | Enfermería CONEAU Expte. N° 10.847/11 | Farmacop. Res. 1777/10 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Discap. Res. N° 1813/08 ME CONEAU Res. 247/10 Categoría C | Geronto. Res. N° 275/00 ME CONEAU Res. 410/04 Categoría C | Seg. Ali. Res. N° 584/09 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Profa. Res. 701/09 ME

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

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

El camino hacia la cobertura universal en salud en América latina



Dr. Rubén Torres (1)

El papel de los sistemas de salud de la seguridad social y sus organismos de regulación y control

Los sistemas de salud de la seguridad social constituyen un pilar fundamental en el camino del logro de la cobertura universal en América latina.

Existen además supuestos definidos, en la mayoría de sus marcos normativos, algunos con toda claridad, como la universalidad, la equidad, la solidaridad y la atención integral, aunque el examen detallado de sus características individuales muestra que subsisten importantes diferencias en otras dimensiones, como el porcentaje y definición (titular, esposa, hijos, etc.) de los beneficiarios cubiertos; el alcance del conjunto de prestaciones garantizadas, y el volumen de los pagos de bolsillo a realizar.

Menos expuestos y definidos se hallan otros conceptos como la eficiencia, la efectividad y la sustentabilidad.

Además, la mayoría se encuentran incluidos en sistemas con alto grado de segmentación y fragmentación, con muy pocas excepciones en la Región. En ellos, los sistemas basados únicamente en contribuciones tienden a acrecentar la inequidad, en la medida que su cobertura resulta mayor en las poblaciones de los quintiles de mayores ingresos.

A pesar de estas falencias, los países de la Región han desarrollado importantes respuestas en materia sanitaria, mejorando sensiblemente sus indicadores sanitarios básicos, así como los niveles de cobertura de inmunización, y aun el porcentaje de partos asistidos por personal calificado.

Sin embargo, el acceso incompleto a los servicios de salud en muchos países, los costos altos y crecientes del cuidado, las ineficiencias en el gasto, y una inequidad entre países, y dentro de ellos (oculta por los promedios), hacen de la reforma una prioridad urgente.

El camino de reformas hacia la cobertura universal presenta en general, dos modalidades o tendencias claramente diferenciadas:

1. Un modelo basado en la oferta de servicios con financiamiento por rentas generales (ej. Brasil).

2. Un modelo basado en el seguro, o la integración de distintos seguros, con financiamiento mixto (ej. R. Dominicana, Colombia).

Ambos modelos apuntan a lograr la protección social en salud, garantizando que todos los individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas de salud, obteniendo acceso adecuado a los servicios del sistema (o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país), sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo.

Y ambos enfrentan desafíos similares: la transición demográfica y epidemiológica, con su consecuente impacto en la población económicamente activa; el hallazgo de los espacios fiscales necesarios para garantizar su sustentabilidad, y el aumento de la oferta de nuevas tecnologías (innovativas, o no).

Más allá de ellos, un desafío central y común (a la vista de las experiencias de los países de la Región) es el de hallar mecanismos de articulación (niveles de complementación, integración, subsidiariedad, mancomunación, etc.) entre los distintos subsectores (público, privado y de la seguridad social). Y hablamos de un desafío común, pues los hallazgos de todos los estudios muestran, que a pesar de existir múltiples fuentes de financiamiento, no se verifican procesos de integración solidarios desde el punto de vista de las prestaciones y servicios recibidos por los usuarios, así como absoluta ausencia de integración de las redes prestacionales que otorgan esos servicios.

En un escenario de profunda inequidad y marcadas asimetrías socio-económicas, la mancomunación de financiamiento y la articulación intersubsectorial con integración de redes y recursos de servicios, puede aportar racionalidad conceptual y generar condiciones de mayor eficiencia. Esto, sin olvidar, que la sola mancomunación de financiamiento, no siempre implica igualación de derechos.

En materia de financiamiento, el gasto total en salud en A. Latina alcanza niveles estimados en una media de 6,6% del PBI (aunque con rangos muy variables entre los países); que pueden entenderse como aceptables, en términos de capacidad de financiamiento, pero que implican un importante gasto de bolsillo, que dista de los porcentajes verificados en economías centrales.

Sin embargo, y a pesar de que la insuficiencia en

la disponibilidad de recursos resulta la barrera más importante a sortear para alcanzar la cobertura universal, no debe dejarse de tomar en cuenta que un entorno político institucional sólido y estable del sector salud, el compromiso político de asignar los recursos en la prestación de servicios básicos para toda la población, en lugar de concentrarlos en servicios curativos que benefician a los grupos de medianos y altos ingresos, y una correcta regulación del sector constituyen pasos fundamentales para mejorar el acceso y la equidad.

Esto resulta particularmente importante en un nuevo contexto epidemiológico donde las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han pasado a ser las principales causas de morbilidad en todos los países de la Región, con excepción de Haití (en el mundo, casi el 80% de las muertes por ECNT ocurren en países de bajos y medianos ingresos). Este cambio en el perfil de los factores de riesgo asociados con la morbilidad, resulta un factor adicional como impulsor del gasto, y las medidas de prevención y promoción para muchas de ellas (eliminación del tabaquismo; disminución de la ingesta de sal; estimulación del ejercicio, etc.) resultan de notable y fundamentada evidencia de su eficacia y efectividad, además de costos infinitamente menores.

Y en dicho costo no debe tomarse en cuenta solamente a la inversión necesaria en servicios de salud, sino también a las pérdidas de productividad provocadas por dichas enfermedades, que alcanza cifras astronómicas (los resultados del impacto de la salud en la productividad, la educación y el ahorro de los trabajadores muestran en los resultados de numerosas investigaciones, que una mejor salud conduce a un mayor crecimiento económico), además de las insalvables pérdidas en términos de calidad de vida.

Del mismo modo, las ineficiencias en el gasto en salud, en términos de utilización de los recursos, son grandes, y su corrección permitiría alcanzar mejor nivel de resultados de salud, sin grandes incrementos en la asignación de recursos (un estudio de la OCDE muestra que para los sistemas de salud de dicha organización, la reducción a la mitad de esas ineficiencias permitiría aumentar la esperanza de vida al nacer en un promedio de un año; mientras que el aumento de 10% en el gasto en salud per cápita solo lo haría en tres o cuatro meses). Las causas más comunes de esta ineficiencia pueden hallarse en el uso inapropiado e ineficaz de la tecnología médica, muchas veces inducido por una inadecuada presión de los productores de la misma.

La creciente aparición de reclamos judiciales, en varios países de la Región, para la prestación de

servicios y/o medicamentos determinados (incluyendo indicaciones de marca) resulta en una "externalidad" de esta situación. El diseño y correcta gestión de los conjuntos de prestaciones; el uso adecuado de guías y protocolos clínicos, fundados en evidencia y costo-efectividad; el fortalecimiento de las autoridades reguladoras y las mejoras de formación e información a profesionales de la salud y usuarios, constituyen herramientas de gran utilidad para atacar el problema.

Así, el gran reto en los países de la Región para los próximos años, lo constituye el llevar la cobertura a la totalidad de la población, de una manera fiscalmente sostenible, y evitando las ineficiencias que resultan en altos costos para el sistema de salud, y en este reto, el papel de las instituciones reguladoras y de control resultará central.

También cabe analizar entre los desafíos el papel a desempeñar por los seguros y el sector privado de salud en general, ya que el análisis evolutivo del sector en la Región en los últimos años, muestra que, a pesar de los avances logrados en los niveles de aseguramiento público, el aseguramiento privado ha crecido en forma importante (El aumento de los ingresos, el efecto "aspiracional" de una clase media emergente, etc., pueden mencionarse entre los factores impulsores de dicho crecimiento), y no cabe duda que debe establecerse (conforme a las preferencias y decisiones de cada país), un nivel óptimo de participación del sector, el cual en todos los casos exige de una estricta e inteligente regulación, que limite las imperfecciones del mercado, a la vez que permita su integración en un marco de solidaridad social. Los sistemas de salud de la seguridad social, con una gran experiencia en la contratación de servicios, constituye un auxiliar clave para contribuir a esos mecanismos regulatorios.

El camino hacia una cobertura universal conlleva numerosos pasos, tal como el logro de los espacios fiscales para lograr su sostenibilidad financiera, la instalación de un modelo de atención y de gestión de los recursos adecuados, entre otros, y en cada uno de esos pasos una correcta normativa regulatoria y un control transparente constituyen herramientas claves para un paso firme hacia la meta final.

Ese camino, parece arduo para todos los países de la Región, especialmente para aquéllos de ingresos bajos, pero los pasos iniciados, en todos ellos, en esa dirección, hablan de una decisiva incorporación del tema en la agenda de las prioridades políticas y auguran un futuro esperanzador para el logro de una tan postergada salud para todos. □

(1) Gerente a.i. del Área de Sistemas de Salud basados en la APS- Organización Panamericana de la Salud-Washington, DC.



ASOCIACIONES DE CLÍNICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

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

ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

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

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

El gasto en Salud en la Argentina

Análisis y Proyecciones

Febrero de 2013



Dres. Ernesto van der Kooy y Héctor Pezzella.
Prosanity S.A. Consultores en Salud.

Los aumentos continuos de los costos en salud son un grave problema para las naciones. En la mayoría de los países más desarrollados la salud ha pasado a ser el sector más grande de la economía en términos de PBI. El gasto en salud mundial pasó de ser el 3% del PBI mundial en 1948 a ser un 7,9% en 1997; en EE.UU. pasó de ser 5% en 1965 a un 14% hoy, en América latina aumentó de 5,8% del PBI en 1980 a 7,2% en 2000.

En la Argentina sin embargo desde 1985 al 2010 hemos mantenido un gasto en Salud como % del PBI oscilante entre 7 y 9% con mayores frecuencias entre 8,0 y 8,5 del PBI.

La primera pregunta que siempre surge es si este aumento del gasto en salud es razonable.

Y la respuesta a esa pregunta es sencillamente no, por lo menos en término de los fines obtenidos.

Los modelos de abordaje de la salud que se usan no son los más adecuados ni para generar los

mejores resultados de salud, ni para ser realmente eficientes con los costos, pues mantienen su foco en la prestación de los servicios y han sido tradicionalmente sistemas de abordaje de la enfermedad. Donde más se gasta es en los sistemas sanitarios, siendo que como determinantes de la salud contribuyen en poco a la reducción potencial de la morbi-mortalidad de una población.

Ya hemos hablado en trabajos anteriores en la necesidad imperiosa de modificar los paradigmas de abordaje del tema.

La Argentina presenta los mismos problemas, a lo que hay que agregar que su sistema sanitario además adolece de múltiples defectos, y seguramente, por los resultados obtenidos de salud, se mal usan los recursos disponibles.

Nuestro gasto en salud se muestra en acciones y bienes específicos, su resultado en términos de salud como bien social es bajo. Eso es claro en la expectati-

va de vida, en la mortalidad infantil y en la mortalidad materna entre otros indicadores, lejos de los esperados y lejos de países más avanzados y también de varios países de Latinoamérica.

Cuando pretendemos analizar el gasto en Salud en la Argentina y, compararlo nos encontramos con información disponible escasa, no oportuna y de dudosa veracidad.

No existen informaciones oficiales creíbles y verificables, sobre todo a partir de un Instituto de Estadísticas y Censo devaluado en su credibilidad. El último gasto consolidado del Sector público publicado por el Ministerio de Hacienda es de 2009.

El último informe de Salud del Banco Mundial publicado es de 2010. Si bien está realizado sobre información oficial, tiene correcciones cuando el tipo de cambio utilizado o los indicadores de inflación no son los reales.

Como Consultora de Salud, por lo tanto, es sumamente difícil realizar un análisis que asegure resultados verdaderos.

A pesar de estas salvedades es nuestro propósito acercar este trabajo en el que se trata de conformar un estado de gasto en salud de nuestro país desde el 2011, 2012 y proyectar el esperado para 2013, a partir de lo analizado en el presupuesto y el crecimiento esperado del PBI.

GASTOS EN SALUD

A) Gasto Total en Salud

Se entiende por gasto total en salud a la suma del gasto público y

Informe Especial

Gráfico 1

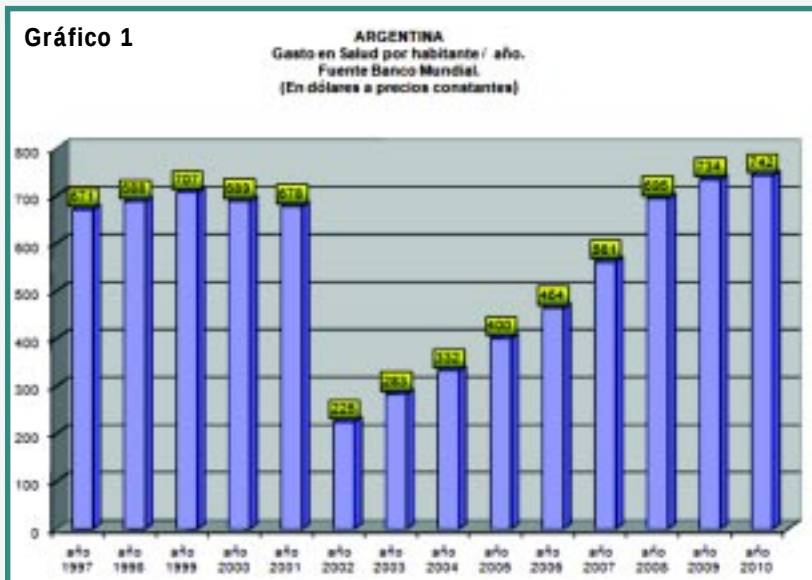
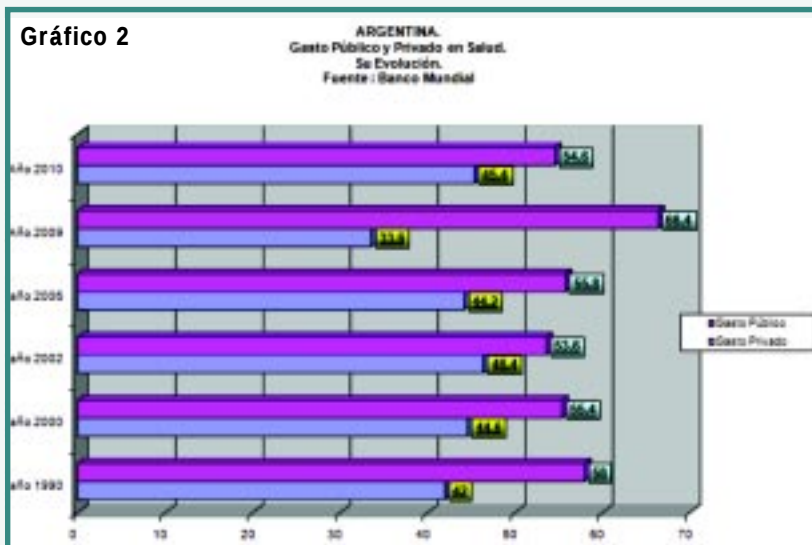


Gráfico 2



privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios

sanitarios (Banco Mundial).

Una forma de expresar el gasto en Salud y poder compararlo es en relación al PBI expresado en dólares a precios actuales.

El último dato publicado por el Banco Mundial de gasto en salud corresponde al 2010. Todos los

datos posteriores a este período son proyecciones o emanar de diferentes fuentes pero no han sido corroborados ni consolidados por esta entidad.

Los recursos que destina la Argentina al sistema de salud son elevados respecto al promedio de la región (que es del 6,6% del PBI), aunque por debajo de los que destinan varios países latinoamericanos (Costa Rica, Cuba, Brasil, Uruguay). La Argentina ha llegado para el 2010, según el Banco Mundial, a un 8,1% del PBI total. Siendo que el PBI 2010 ha sido calculado en 368.736 millones de dólares para una población de 40.412.376, el gasto en salud total ha sido de 29.868 millones de dólares mientras que por habitante y por año ha sido de 742 dólares.

El gasto en salud como porcentaje del PBI en la Argentina ha oscilado entre entre 8,1 y 8,5 en el período 1997 y 2010, y ha superado el 9% sólo en dos momentos, 2002 y 2009. Eso muestra que el gasto en salud es poco flexible y en momentos de crisis económicas, proporcionalmente aumenta.

En el Gráfico 1 se muestra la evolución del gasto en salud en la Argentina, a dólares constantes, desde 1997 al 2010.

Los valores se han mantenido siempre entre 670 y 750 dólares estadounidenses. La fuerte excepción la marca el período posterior a la gran crisis del 2001, con 225 dólares para 2002, y un progresivo incremento anual que hace que recién para 2008 se hayan alcanzado los montos históricos.

El gasto total en salud se clasifica en dos componentes:

- Gasto público en Salud.
- Gasto privado en Salud.

MM

Menéndez, Mouro & Asociados S.A
Consultora de salud

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

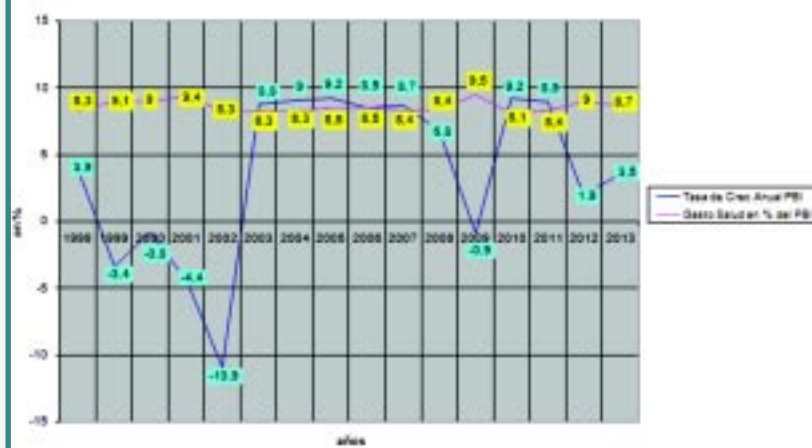


contacto@menendezmouro.com
info@odontodos.net

Informe Especial

Gráfico 3

Comparación entre la Tasa de crecimiento anual del PBI y el Gasto en Salud en % del PBI



GASTO PUBLICO

El gasto público en salud comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos públicos (central y locales), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud sociales u obligatorios.

El principal objetivo de los sistemas de salud, según ha sostenido la Organización Mundial de la Salud (OMS), debe ser el de achicar las brechas de equidad sanitaria. Es así que los sistemas sanitarios pueden ser progresivos, proporcionales o regresivos.

Los sistemas en el que el paciente paga para la atención de su salud sea de bolsillo o a partir de seguros privados son los más re-

gresivos, debido a que quien más gana menos paga en relación a su ingreso, y quien tiene menos es quien más gasta.

Por lo expuesto un parámetro muy relevante que marca la progresividad de los sistemas sanitarios es el Gasto público en Salud, que incluye los gastos públicos nacionales, provinciales y municipales y los provenientes de los seguros sociales obligatorios.

En nuestro país según el Banco Mundial y para el 2010 el Gasto Público en Salud ha sido del 54,6 % del total del PBI en Salud.

Todos los registros históricos desde 1990 muestran un leve pero progresivo descenso del Gasto Público en Salud y por lo tanto un incremento del Gasto Privado. **(Gráfico II)**

En Latinoamérica el único país con un nivel muy importante del Gasto Público es Cuba. Los res-

tantes son muy variables, en general con un alto nivel del Gasto Privado, y algunos que proporcionalmente tienen un Gasto Público más elevado, lo hacen por la casi inexistencia de gasto privado, por imposibilidad económica de hacerlo por parte de la población.

Los países seleccionados del OCDE por el contrario están todos cerca o por encima del 70% de Gasto Público, con la sola excepción de EE.UU.

Para el 2010 el gasto público ha correspondido al 54,6% del PBI o sea a 4,4226% del PBI total que son aproximadamente 16.308 millones de dólares estadounidenses.

¿Cómo se distribuye el Gasto público entre los diferentes actores?

Podemos dividirlo en Gasto del Sector Público y Gasto del Seguro Social.

Aquí empiezan las dificultades.

El último informe del Gasto del Sector Público consolidado (Nación, Provincias y Municipios) al que hemos podido acceder es el del año 2009, año que ha sido de nulo crecimiento y donde el gasto en Salud ha ocupado (al ser poco flexible) un % del PBI por encima de los valores anteriores y posteriores al mismo. (6,21% del PBI).

El gasto del Sector Público se compone del gasto en Salud de la Nación, de la Provincias y de los Municipios.

Del total del gasto en Salud Pública de 2009 consolidado, el Ministerio de Economía ha informado una distribución que se describe en la **Tabla 1** (expresada en millones de dólares).

Tabla 1

GASTO PUBLICO CONSOLIDADO Año 2009

SECTOR	PAIS		NACION		PROVINCIAS		MUNICIPIOS	
	En USA	En % de PBI	En USA	En % de PBI	En USA	En % de PBI	En USA	En % de PBI
PUBLICO	7.894,00	2,57%	1.444,00	0,47%	5.375,00	1,75%	1.075,00	0,35%
O. SOCIALES	8.416,00	2,74%	5.744,00	1,87%	2.672,00	0,87%	.-	.-
PAMI	2.764,00	0,90%	2.764,00	0,90%	.-	.-	.-	.-
TOTAL	19.074,00	6,21%	9.952,00	3,24%	8.047,00	2,62%	1.075,00	0,35%

Dirección Nacional de Política Macroeconómica, Ministerio de Economía y Finanzas.

GASTO PRIVADO EN SALUD

Lo que no es gasto público en Salud es el Gasto Privado en salud. Son los recursos que destinan

las familias para obtener bienes y servicios médicos. El gasto que realizan los hogares comprende:

a) Todos los componentes del gasto de bolsillo. Los gastos des-

embolsados por el paciente son cualquier erogación directa por parte de los hogares, incluidos las gratificaciones y los pagos en especie a los médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios destinados principalmente a contribuir a la restauración o la mejora del estado de salud de individuos o grupos de población. Es una parte del gasto privado en salud

b) Los aportes a seguros privados voluntarios.

Según el Banco Mundial para 2010 del gasto total en salud, el 45,4% ha sido gasto privado, o sea 3,6774 % del PBI total, lo que corresponde a 13.560 millones de dólares.

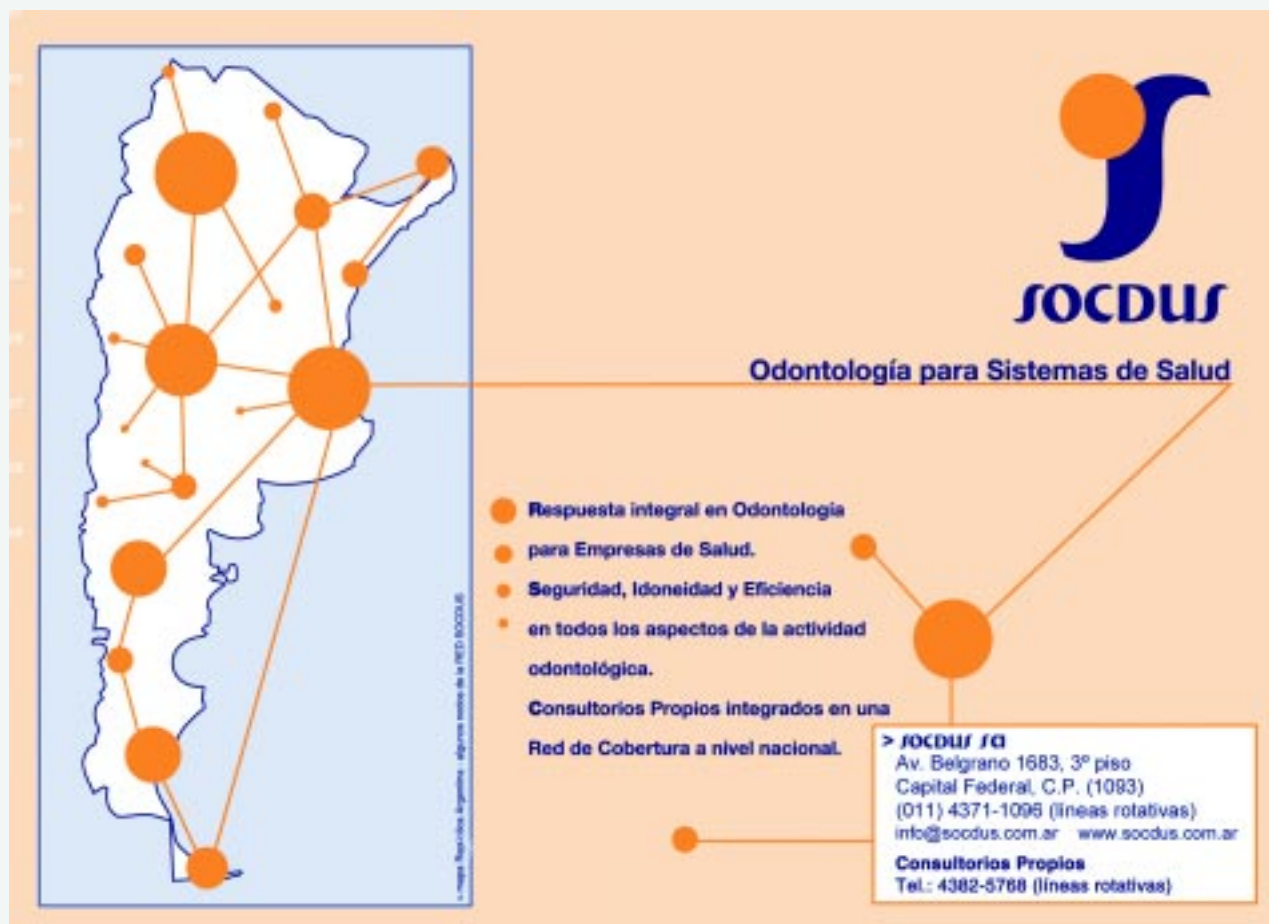
De ese gasto el 65,8% ha sido gasto de bolsillo (8.323 millones de dólares) y el 34,2% destinado a aportes a Seguros privados (4.638 millones de dólares).

COBERTURA

A Partir de datos recabados en diferentes fuentes hemos tratado de hacer una aproximación de la cobertura formal e informal de salud para el 2011.

AÑO 2011		COBERTURA
CON COBERTURA FORMAL		Población Estimada: 40.760.000 PERSONAS
	TOTAL	24.025.000
Se han restado:	Doble cobertura	2.500.000
	Desregulados	4.000.000
Seguros Sociales Nacionales		
	PAMI	4.150.000
	O.Soc.Sindicales	12.350.000
	S.Domestico	180.000
	O.Soc.Dirección	1.040.000
	Monotributistas	875.000
	Estatales, empresas, Adherentes, etc	140.000
	TOTAL	18.735.000
Provinciales		6.290.000
	TOTAL	6.290.000
Seguros privados		5.500.000
	TOTAL	5.500.000
SIN COBERTURA FORMAL		
	TOTAL	16.735.000

Fuente: Bco Mundial. SSS. IEPS. Desarrollo Propio



Informe Especial

PROYECCIONES

Es muy dificultoso analizar el gasto que ya se ha efectuado durante 2011 y 2012 y proyectar el de 2013.

Como parámetro de análisis hemos considerado la curva de evolución del PBI y la del Gasto en Salud para verificar, que por lo menos en la Argentina, conociendo los datos de uno se pue-

de inferir el resultado del otro.

Del PBI sabemos el informado para 2011 por el Banco Mundial y la proyección de un aumento del 1,9% para 2012 sobre el anterior.

Del Gráfico N° III surge claramente que cuando existe una caída del PBI aumenta proporcionalmente el gasto en salud medido como % del PBI. Ello se ve en toda la serie desde 1998 salvo en 2002,

año con características muy particulares por la profunda crisis económico social.

A partir de allí podemos presumir (para un crecimiento estimado de alrededor del 1,9% del PBI), un gasto en salud en % del PBI cercano al 9%. Para 2013 se estima según la CEPAL un aumento del PBI del 3,5% por lo que debería estimarse un gasto total en salud medido como % del PBI cercano al

Tabla 2 GASTO TOTAL EN SALUD

ARGENTINA		millones de Dólares		Dólares
	Año	PBI	Gasto en salud	Gasto por Hab/ año
Banco Mundial	2009	307.155	29.180	734
Banco Mundial	2010	368.736	29.868	742
Estimado	2011	446.044	37.468	919
Estimado	2012	454.519	40.907	994
Estimado	2013	470.427	41.398	996

Población

Cantidad	Año
40.062.470	2009
40.412.376	2010
40.760.000	2011
41.150.000	2012
41.544.000	2013

proyectada
proyectada

Se estima un Gasto en Salud como % del PBI de 8,4%
Se estima un Gasto en Salud como % del PBI de 9 %
Se estima un Gasto en Salud como % del PBI de 8,8 %

Prosanity .Consultora de Salud. Año 2013.

Tabla 3 ANALISIS DEL GASTO TOTAL EN SALUD EN LA ARGENTINA

	Gasto Total en Salud	Gasto Total en Salud	Gasto Público en Salud	Gasto Público en Salud	Gasto Privado en Salud	Gasto Privado en Salud
Año	Millones de Dólares	Millones de Pesos	Millones de Dólares	Millones de Pesos	Millones de Dólares	Millones de Pesos
2010(Banco Mundial)	29868	117.979	16.308	64.417	13.560	53.562
Proy 2011	37468	154.368	20.458	84.285	17.010	70.083
Proy 2012	40907	184.491	22.335	100.732	18.572	83.759
APERTURA DEL GASTO PRIVADO EN SALUD						
	Gasto Privado en Salud	Gasto Privado en Salud	Gasto de Bolsillo	Gasto de Bolsillo	Aportes a Seguros Privados	Aportes a Seguros Privados
Año	Millones de Dólares	Millones de Pesos	Millones de Dólares	Millones de Pesos	Millones de Dólares	Millones de Pesos
2010(Banco Mundial)	13.560	53.562	8.323	32.876	4.638	18.320
Proy 2011	17.010	70.081	11.193	46.113	5.817	23.968
Proy 2012	17.334	78.176	11.406	51.440	5.928	26.736

Prosanity. Análisis Propio sobre datos recabados de fuentes listadas.

Nota:

Para las conversiones se han tomado como tipo de cambio a mitad de cada periodo \$3,95,\$ 4,12 y \$4,51 para 2010, 2011 y 2012 respectivamente.

Tabla 4

GASTO POR TIPO DE FINANCIADOR Y POR COBERTURA

Se ha proyectado la cobertura a partir de los datos poblacionales estimados.

Año 2011						
	Pami	O.Sociales nacionales	O.Sociales Provinciales	Sector Público	Seguros Privados	Bolsillo
Gasto Anual (En millones de pesos)	20200	25200	11800	27000	24000	48160
Cobertura (cantidad de beneficiarios)	4.150.000	12.085.000	6.290.000	16.735.000	Total 5.500.000	40.700.000
					Cobertura Directa 1.500.000	
					Aporte Suplementario 4.000.000	
Ingreso por benefi/mes (en pesos)	\$ 405,62	\$ 173,77	\$ 156,33	\$ 134,45	\$ 370,00	\$ 94,51
					Cobertura Directa \$ 690,00	
					Aporte Suplementario \$ 250,00	

En las O.S.Nacionales la cobertura surge de restar los beneficiarios al INSSJyP y la doble cobertura es timada.

Las Obras Sociales Nacionales contienen el ingreso de los afiliados desregulados. Ese dinero en un porcentaje variable es derivado al Seguro Privado, que aumenta considerablemente el ingreso por cápita.

En los Seguros Privados solo se ha considerado como Ingreso los aportes directos de los beneficiarios, sean de cobertura directa o por desregulación.

Año 2012						
	Pami	O.Sociales nacionales	O.Sociales Provinciales	Sector Público	Seguros Privados	Bolsillo
Gasto Anual (En millones de pesos)	24000	29900	14200	32632	26736	51440
Cobertura (cantidad de beneficiarios)	4.400.000	12.135.000	6.340.000	16.800.000	5.500.000	41.150.000
					Cobertura Directa 1.500.000	
					Aporte Suplementario 4.000.000	
Ingreso por benefi/mes (en pesos)	\$ 454,55	\$ 205,33	\$ 186,65	\$ 161,87	\$ 405,00	\$ 104,17
					Cobertura Directa \$ 760,00	
					Aporte Suplementario \$ 272,00	

En las O.S.Nacionales la cobertura surge de restar los beneficiarios al INSSJyP y la doble cobertura estimada.

Las Obras Sociales Nacionales contienen el ingreso de los afiliados desregulados.

Ese dinero en un porcentaje variable es derivado al Seguro Privado, que aumenta considerablemente el ingreso por cápita.

En los Seguros Privados solo se ha considerado como Ingreso los aportes directos de los beneficiarios, sean de cobertura directa o por desregulación.

8,8% según inferimos de la serie analizada.

Lo expresamos en dólares a valores constantes como lo hace el Banco Mundial en sus informes considerados (2009 y 2010). Allí también expresamos el Gasto en Salud previsto por habitante y por año. (Ver **Tabla 2**).

Tanto el Gasto Público como el Gasto Privado en Salud y sus proyecciones 2010, 2011 y 2012 se visualizan en las **Tablas 3 y 4**.

En la Tabla 3 se analiza en primer lugar el Gasto Total en Salud en la Argentina en dólares y

en pesos, abierto por Gasto Público y Gasto Privado.

A posteriori se calcula e infiere, a partir de datos del Banco Mundial ya consolidados, la apertura del Gasto Privado en Salud y sus proyecciones.

En la Tabla 4 hemos estimado el Gasto en Salud 2011 y 2012 según el sector financiador y según la cobertura brindada, formal o informal.

Se hace una apertura en PAMI, Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales, Seguros privados de Salud y

Gasto de Bolsillo, todo ello en pesos.

Se analiza la cobertura actual y proyectada de cada sector y el ingreso promedio por beneficiario y por mes para cada sector analizado. □

Fuentes de Información
Superintendencia de Servicios de Salud. Banco Mundial. Dirección Nacional de Política Macroeconómica, Ministerio de Economía y Finanzas. IEPS. Observatorio de la Seguridad Social. Consultora Key Market. Lic. Federico Tobar. Acami. Prosanity. Consultora de Salud.

Hay una nueva esperanza en la lucha contra la enfermedad de Huntington

Por el Dr. Enrique L. Sanchez



UN NUEVO COMPUESTO SUPRIME LOS SÍNTOMAS

La enfermedad de Huntington es causada por un defecto genético en el cromosoma N° 4. El defecto hace que una parte del ADN, llamada repetición CAG, ocurra muchas más veces de lo que se supone que debe ser. Normalmente, esta sección del ADN se repite de 10 a 28 veces, pero en una persona con la enfermedad de Huntington, se repite de 36 a 120 veces. Si uno de los progenitores tiene la enfermedad de Huntington, existe un 50% de probabilidad de heredar el gen para dicha enfermedad. Si un hijo hereda el gen de sus padres, desarrollará la enfermedad en algún momento de su vida y la puede transmitir a su vez a sus hijos. (1,5)

Los síntomas de la enfermedad (que incluyen la pérdida de la coordinación muscular y el deterioro cognitivo) suelen aparecer en la mediana edad. La forma más común es la de aparición en la edad adulta. Las personas con esta forma de la enfermedad generalmente presentan síntomas a mediados de la tercera y cuarta década de sus vidas. Existe otra forma de aparición temprana, que representa un pequeño número de casos y se inicia en la niñez o en la adolescencia.

No existe tratamiento que cure la enfermedad ni que impida la progresión. La medicación disponible se limita a contrarrestar la sintomatología. La mayoría de las drogas para tratar los síntomas de la enfermedad tienen efectos secundarios como fatiga, hiperexcitabilidad, desasosiego o abatimiento. Algunas veces es difícil decir si un síntoma en particular, como la apatía o la incontinencia, son signos de la enfermedad o una reacción a la medicación.

Contra los trastornos motores se recetan neurolépticos tipo tiaprida y tetrabenazina, que aunque orientados en principios a la psicosis esquizofrénica, limitan secundariamente los movimientos de los pacientes. También se usan bloqueantes de dopamina (fenotiazina, haloperidol) y otros medicamentos (amantidina, reserpina).

Para los trastornos psíquicos se utilizan antidepresivos, sedantes y neurolépticos antipsicóticos como el haloperidol o el clonazepam, que pueden ayudar a aliviar los movimientos coreicos y también ayudar en el control de alucinaciones, ilusiones, y temperamentos violentos. Estas drogas, no obstan-

te, no sirven para paliar otras formas de contracciones musculares asociadas a la EH, como la distonía, y pueden incluso empeorar el estado del enfermo, causando rigidez y entumecimiento.

Recientemente, un grupo de investigadores que incluyó científicos de los EE.UU. (Departamento de Energía del Lawrence Berkeley National Laboratory) ha diseñado un compuesto (XJB-5-131) que parece suprimir los síntomas de esta devastadora enfermedad en ratones. Han reportado sus investigaciones en un artículo que se publicó *on line* el 1 de noviembre pasado en los Informes de la revista *Cell*.

Se trata de un antioxidante sintético que se dirige a las mitocondrias, lo que lo hace particularmente prometedor habida cuenta de que el daño oxidativo en la mitocondria está implícito en muchas enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, el Parkinson y el mal de Huntington. Este nuevo compuesto se inscribe dentro de un grupo de terapias que protegen a las mitocondrias de las moléculas reactivas portadoras de oxígeno. Estas moléculas, denominadas *especies reactivas de oxígeno*, infligen un daño oxidativo en las mitocondrias que interrumpe su funcionamiento y conduce a la muerte celular.

Los investigadores han estudiado si los suplementos dietéticos de antioxidantes naturales como la vitamina E y la coenzima Q pueden mitigar los efectos perjudiciales de los compuestos reactivos portadores del oxígeno en las mitocondrias pero los antioxidantes naturales no se dirigen a un tejido diana específico, habiéndose demostrado que sólo aportan beneficios marginales.

Estos pobres resultados han llevado al desarrollo de antioxidantes sintéticos que se dirigen específicamente a las mitocondrias. Hace unos pocos años, Peter Wipf (químico de la Universidad de Pittsburgh) sintetizó un antioxidante al que denominó XJB-5-131 que inhibe las membranas bacterianas, que son muy similares a las membranas mitocondriales. También encontró que este compuesto mejora dramáticamente la supervivencia celular. Sin embargo, su efectividad contra las enfermedades neurodegenerativas era desconocida.

Los científicos administraron el antioxidante sintético a ratones portadores de una mutación genética que provoca la enfermedad de Huntington. El compuesto mejora la función mitocondrial y aumenta

la supervivencia de las neuronas. También inhibe la pérdida de peso y detiene el deterioro de las habilidades motoras, entre otros beneficios. En pocas palabras, los ratones con Huntington tratados con este nuevo compuesto se parecían y se comportaban como los ratones normales. (2,4)

En base a sus hallazgos, los investigadores creen que el XJB-5-131 es un compuesto terapéutico prometedor que merece más investigación como una manera de luchar contra las enfermedades neurodegenerativas.(3)

"El compuesto fue muy exitoso. Se necesita más investigación, pero tiene el potencial real de hacer un impacto en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas", dice Cynthia McMurray de la Vida del Laboratorio de Berkeley División de Ciencias. Ella condujo la investigación junto con otros investigadores de Berkeley Lab, incluyendo Zhiyin Xun, y los científicos de la Universidad de Pittsburgh.

Ahí es donde el laboratorio Cynthia McMurray entra en juego: varios años atrás, su equipo comenzó a explorar diferentes maneras de estudiar una mutación genética que causa la enfermedad de Huntington. Desde entonces, han desarrollado un modelo de ratón con esta mutación que permite a los científicos evaluar cómo la enfermedad afecta a los ratones, constituyendo un modelo bastante bueno para los seres humanos. Además, Zhiyin Xun pudo hallar cómo aislar las terminaciones nerviosas y las mitocondrias de cerebro de ratón, lo que permite a los científicos estudiar el papel de dichas organelas en la enfermedad.

Primero los científicos inyectaron a los ratones con Huntington con XJB -5-131 y probaron sus habilidades motoras. En una prueba, los ratones fueron colocados en un rotarod especial, que les obligaba a hacer equilibrio como un leñador en una competición de rodadura de troncos. Los ratones con Huntington no tratados se desenvolvían cada vez peor a medida que envejecían en tanto que los ratones con Huntington tratados con XJB funcionaban tan bien como los ratones normales durante el mismo período.

En otra prueba, se midió la fuerza de prensión al incitar a los ratones para que se colgaran de una barra durante 30 segundos. Casi ninguno de los ratones con Huntington no tratados pasó la prueba, mientras que el 85 por ciento de los ratones con Huntington tratados con XJB lo lograron. El tratamiento también detuvo la pérdida de peso en ratones con Huntington, que es otra característica de la enfermedad.

"Hemos visto mejoras en todos los ámbitos. La diferencia fue asombrosa. XJB ha impedido el inicio

de la pérdida de peso y la disminución de las habilidades motoras", dijo McMurray.

A continuación, los investigadores retiraron las neuronas de ratones con Huntington y se cultivaron las células en presencia de XJB-5-131 encontrando que XJB-5-131 mejora significativamente la supervivencia de los cultivos neuronales en comparación con cultivos neuronales no tratados.

Xun y sus colegas también estudiaron los efectos del compuesto sobre el ADN mitocondrial de los ratones. Ellos descubrieron que XJB-5-131 redujo drásticamente el número de lesiones en el ADN, que es un signo de daño oxidativo. También contaron el número de copias de ADN mitocondrial, que se desploma en ratones enfermos. Este número fue restaurado de nuevo a la normalidad en los ratones tratados con XJB.

Además, los terminales nerviosas aisladas por Xun del cuerpo estriado y la corteza cerebral de los ratones con Huntington, dos partes del cerebro que son afectadas por la enfermedad de Huntington. Se encontró que XJB-5-131 mejora significativamente la capacidad de las mitocondrias dentro de estas terminales nerviosas de respuesta al estrés.

Ella también expuso las mitocondrias a una sustancia química que induce la formación de especies reactivas del oxígeno. Como era de esperar, esto alteró la función. Pero cuando dicha sustancia se usó junto con XJB-5-131, la función mitocondrial se recuperó.

Ahora Xun está trabajando para determinar exactamente cómo el compuesto rescata las mitocondrias del daño oxidativo. Los científicos también quieren probar la efectividad de varios derivados prometedores. Y creen que los ensayos clínicos pueden no estar muy lejos debido a su éxito inicial y la naturaleza grave de la enfermedad. □

**Fuente: Laboratorio Nacional Lawrence Berkeley
Drug Discovery & Development 01/11/2012**

Referencias adicionales:

1. Sohur US y col.: Anatomic and Molecular Development of Corticostriatal Projection Neurons in Mice. Cereb Cortex. 2012 Oct 31
2. Rahman A y col.: Late onset vascular dysfunction in the R6/1 model of Huntington's disease. Eur J Pharmacol. 2012 Oct 29.
3. Godinho BM y col.: Self-assembling Modified γ -Cyclodextrin Nanoparticles as Neuronal siRNA Delivery Vectors: Focus on Huntington's Disease. Mol Pharm. 2012 Nov 1.
4. Yu-Taeger L y col.: A Novel BACHD Transgenic Rat Exhibits Characteristic Neuropathological Features of Huntington Disease. J Neurosci. 2012 Oct 31;32(44):15426-15438.
5. Sinanovi? O: Psychiatric disorders in neurology. Psychiatr Danub. 2012 Oct;24 Suppl 3:331-5.



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

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



OSDO
OBRA SOCIAL EMPRESARIAL

www.osdo.com.ar

LA MEDICINA EN EL CINE

Adrenoleucodistrofia

Un Milagro para Lorenzo

SINOPSIS

Esta película, basada en un caso real, comienza mostrando a Lorenzo (Zack O'Malley Greenburg) como un niño encantador y lleno de vida pero inesperadamente, un día cualquiera empieza a perder paulatinamente la audición en ambos oídos, a la vez que comienza a quedarse sin fuerzas en sus piernas y brazos, a punto tal que en poco tiempo su cuerpo se ve afectado por una parálisis progresiva. Ante la pronta consulta médica, Lorenzo y sus padres, Augusto (Nick Nolte) y Micaela (Susan Sarandon), deben enfrentarse a un diagnóstico de ALD (adrenoleucodistrofia), que según les explican los médicos, es una enfermedad poco corriente e incurable y anticipan para el niño un año de vida. Los padres se resisten a aceptarlo, y deciden enfrentar el problema, iniciando una terrible lucha contra el tiempo y contra la medicina convencional, una lucha que demostrará que, si realmente se desea, todo el mundo es capaz de hacer un milagro. ⁽¹⁾

LA PATOLOGIA EN FOCO

La adrenoleucodistrofia o ALD (también conocida como: Flatau Schilder, enfermedad de Addison Schilder, enfermedad de Encefalitis Periaxial Difusa) es una enfermedad metabólica hereditaria rara, que se asocia con una acumulación de ácidos grasos saturados de cadena muy larga, tanto en los tejidos como en los líquidos corporales, consecuencia de la degradación de estos ácidos grasos en los peroxisomas. ⁽²⁾

El defecto bioquímico clave parece ser la alteración de la función de una enzima del peroxisoma, llamada lignoceroil-CoA ligasa, debida a un defecto genético que es el responsable de un trastorno en la formación de una proteína de la membrana del peroxisoma.

Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de una degeneración progresiva de la corteza suprarrenal, lo que da lugar a una

(George Millar- 1992)

Ficha Técnica:

Título: *Un milagro para Lorenzo* (Argentina)

Título original: *Lorenzo's oil*

País: Estados Unidos

Año: 1992

Director: George Millar

Música: Samuel Barber, Vincenzo Bellini, Gaetano Donizetti y Gustav Mahler

Guión: George Miller y Nick Enright

Intérpretes: Nick Nolte, Susan Sarandon, Zack O'Malley Greenburg, Madsen

Duración: 129 minutos

Género: drama



insuficiencia suprarrenal o Enfermedad de Addison, asociada a la desmielinización de la sustancia blanca del sistema nervioso, con pérdida de la cubierta de mielina de un tipo de fibras nerviosas del cerebro.

El tratamiento médico de la insuficiencia suprarrenal se hace con corticoides, mientras que los espasmos musculares se tratan con medicación anticonvulsivante. Es de fundamental importancia el tratamiento dietético, con restricción de las grasas saturadas. En ese sentido y durante varios años, se ha utilizado el tratamiento con suplementos de aceites enriquecidos con determinados ácidos grasos; el más utilizado es el llamado aceite de Lorenzo compuesto por una mezcla de trioleato de glicerol y trierucato de glicerol, en una proporción de 5:1. Este aceite parece actuar reduciendo la rapidez de la síntesis endógena de los ácidos grasos saturados de cadena muy larga, aunque su uso ha demostrado que no modifica la rapidez de la progresión neurológica en las formas infantiles o del adulto, pero sí resulta de utilidad en las formas asintomáticas o presintomáticas, es decir antes de la aparición de signos neurológicos.

El trasplante de médula ósea es el tratamiento más eficaz para la Adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X, pero su aplicación ha de ser considerada con gran precaución.

El tratamiento de los trastor-

nos de conducta y neurológicos requieren una participación tanto de los médicos, como de psicólogos, educadores y de todos los miembros de la familia.

Se hereda como un rasgo genético ligado al cromosoma X, habiéndose localizado el gen responsable de la enfermedad en el brazo largo del cromosoma X (Xq-28).

ESTRUCTURA CINEMATOGRAFICA

Esta película tiene una línea principal (que consiste en la búsqueda de la curación para Lorenzo), y varias tramas secundarias, algunas más desarrolladas que otras. ⁽²⁾

La primera de ellas se expone con una estructura de las denominadas de "ascenso y descenso", es decir que muestra los altibajos por los que transitan Lorenzo y su familia. La historia está construida sobre un único esquema narrativo: auge, recesión, depresión, recuperación, auge... que se repite constantemente. Siguiendo esta propuesta, se muestra la felicidad de la familia, Lorenzo empieza a tener problemas, se hace el diagnóstico, encuentran una posible terapia (el aceite), se reducen los niveles de grasas, se estanca el descenso, sobreviene una crisis anímica, aparece una nueva fórmula para tratarlo, el nuevo aceite funciona...

En cuanto a las subtramas podríamos señalar: la relación entre

el matrimonio Odone y los médicos, la búsqueda de información, y la relación entre el matrimonio. La primera y la cuarta son las que están menos desarrolladas y sólo se hacen patentes en determinados momentos de la historia siendo su solución muy sencilla. En cuanto a la segunda es, obviamente, una trama de aprendizaje con un peso fundamental en la historia. No obstante, la más interesante es la tercera, que podríamos encuadrar en las subtramas de "intruso benefactor" ya que el matrimonio entra en un mundo que les es absolutamente ajeno para mejorarlo y aportar soluciones. Al principio nadie está de su parte, pero sus progresos hacen que poco a poco se les vayan sumando apoyos. Finalmente, de la fundación se ponen de parte de los Odone contra autoridades y médicos alcanzando lo que ha dado en denominarse "justicia necesaria".

Los perfiles de los padres se presentan como complementarios, de modo tal que cuando el ánimo de uno decae, el otro lo sostiene y

viceversa; sucede así constantemente, situación que se repite en forma constante en la película. Hay sin embargo diferencias notorias entre ambos personajes: Micaela es más impulsiva, expresa mejor sus sentimientos, suelta su rabia (golpea a su marido en tanto que Augusto es más tímido (necesita recurrir al italiano para decir lo que siente) y aparentemente más frío (sólo llora una vez). Juntos conforman un gran equipo en todos los campos, hecho que se hace patente en el enfrentamiento que mantienen con los directores de la Fundación cuando cenan juntos. Por momentos, parece como si se hubiera construido un personaje ideal y se lo hubiera dividido en dos partes.

¿QUE FUE DE LORENZO Y SUS PADRES?

En 2008, Lorenzo falleció como consecuencia de una pulmonía, un día después de cumplir 30 años, en Virginia, Estados Unidos. Sin embargo, Augusto continúa al fren-

te del Proyecto Mielina que lucha contra la adrenoleucodistrofia. □

Referencias

1. Maravillas Izquierdo Martínez, Alfredo Avellaneda Fernández: Enfermedades Raras un enfoque práctico. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. España. http://iier.isciii.es/er/pdf/er_libro.pdf.
2. Aijón Oliva, J., Salazar Alonso-Villalobos, V.: Análisis cinematográfico de El aceite de la vida / Lorenzo's Oil (1992). Rev Med Cine 1 (2005): 3-6.
3. ¿Sabe Ud. qué es la Adrenoleucodistrofia? <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=5368> Centros de diagnóstico: Unidad de Errores Congénitos del Metabolismo Hospital Garrahan Pichincha N° 1890 (CPA: C 1249 ABP) CABA - Argentina Teléfono: (54 - 11) 4308 - 4300 Fundación de Endocrinología Infantil <http://www.fei.org.ar> Unica sede: Gral. Lucio N. Mansilla 2771 (1425) CABA - Argentina Horario: Lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hs. Tel: (011) 4964-2008 Fax: (011) 4961-7704 e-mail: fei@fei.org.ar Fundación para el estudio de las Enfermedades Neuronales Metabólicas Uriarte 2383 CABA Argentina Tel/Fax: 54 11 4774-3058 78615 info@fesen.org

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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

Balances & Perspectivas



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

Salud y educación eran los dos últimos bastiones de la civilización occidental, de raigambre europea por excelencia, desarrollada a partir de los componentes culturales de dicho continente, el viejo según las apreciaciones estratégicas de los poderes y las economías industriales... pero justamente, las sociedades que les dieron espacio y entidad, se han visto atrapadas en decisiones que además de hacer sucumbir el modelo de las equidades, han comenzado a restar derechos ciudadanos a cambio de recortes y reformas sin sentido alguno.

¿Cuál es el saldo de 2012?... alguien ha dicho que la deuda sanitaria proviene de un gasto aberrante, y los estados políticos descerebrados han procedido en consecuencia, destruyendo los equilibrios necesarios para el sostenimiento de la salud pública en cualquiera de sus formas y expresiones, restando calidad y seguridad en sus prestaciones, lo que ha redundado en un primer impacto esencialmente dañino: demoras en la atención, encarecimiento prestacional por las crecientes imprevisiones, y desde luego, un universo creciente de personas sin acceso al cuidado de su salud. Ello ha dado significancia a un antiguo precepto oculto desde el Medioevo: "si no tienes dinero y enfermas, nada ni nadie te salvará"... y así está sucediendo.

Se ha iniciado un intrincado proceso de desfinanciación de fármacos prioritarios en el tratamiento de las enfermedades crónicas, algo que promete expandirse consumiendo los servicios farmacéuticos y restando coberturas esenciales a los otrora sistemas solidarios de salud. Los considerandos políticos están vacíos de contenido social y son paradójales en cuanto a los resultados esperables, por lo tanto se visualiza un "estado de cirugía permanente" que amputará hasta que el paciente no sea más que un recuerdo. Cabría entonces preguntarse: ¿qué será de las oficinas de farmacia comunitarias?... y luego: ¿qué será de los medicamentos cuyas coberturas solidarias se esfumarán ante intencionalidades sesgadas?... por supuesto, no son los únicos factores de este problema monumental.

Hasta 2011 existió un SNS (Sistema Nacional de Salud) español que podría ser tenido como un "modelo de modelos". En 2012, el PP español se ocupó de arrasarlo y desmantelarlo a partir de dinamitar sus columnas de gestión.

El pacto de la sanidad y los servicios sociales ha conseguido que la atención socio sanitaria deje de ser pública, perdiendo sus condiciones de gratuidad y de universalidad, piedras angulares de cualquier equilibrio de las garantías individuales elementales.

- El panorama provee imágenes bien concretas:
- ✓ luego de cursar un desmantelamiento de las fuentes laborales que han aportado más de seis millones de parados sólo en España, salud y educación se han convertido en "valores ha des-agregar"...
 - ✓ el ahorro originalmente presupuestado y pretendido por las actuales autoridades españolas, se ha traducido en un mayor componente de gastos ocultos y demandas contenidas... o lo que es lo mismo, el ahorro no ha sido tal.
 - ✓ El sistema solidario de pensiones contributivas impone ahora una carga inicial de "bolsillo" para el acceso a los medicamentos. Ocho, dieciocho o sesenta euros/mes según la renta... una medida que deja sin cobertura a los grupos sociales marginados y que finalmente no aportará el ahorro esperado, ya que lo que se ahorre en medicamentos se perderá en alteraciones en la morbi-mortalidad.
 - ✓ Menos recetas, sí, pero a cambio de más enfermos y más enfermedades desatendidas.
 - ✓ Los inmigrantes irregulares se han quedado sin tarjeta sanitaria y por ende sin acceso a servicios básicos.
 - ✓ 456 medicamentos destinados a síntomas menores perdieron su financiación.
 - ✓ 12.110 millones de euros impagos a proveedores sanitarios a mayo de 2012, permanece irresuelto.
 - ✓ Un tercio de las 21.427 farmacias comunitarias enfrentan un riesgo de cierre por quiebra.
 - ✓ A esto se une la caída en picada del gasto público en medicamentos, muy preocupante para toda la

cadena farmacéutica. Tras la aprobación de un total de nueve medidas en los últimos tres años, el gasto en recetas ha retrocedido a niveles de 2005. En ese año, las farmacias dispensaron 764,6 millones de recetas y el gasto farmacéutico se elevó hasta los 10.051,33 millones de euros, mientras que en setiembre de 2012 se habían facturado 949,5 millones de recetas, un 24,1 por ciento más, por un valor de 10.240,6 millones de euros. Asimismo, según el estudio "El Gasto Farmacéutico en España en 2012", realizado por el Strategic Research de EAE Business School, el gasto farmacéutico público por habitante se había reducido en el último año en un 7 por ciento, situándose en 241,30 euros anuales. [<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/116251/2012-un-año-de-duros-recortes-y-profundas-reformas>]

✓ Lo antedicho se ve acompañado por la desestructuración de los programas de cronicidades, algo que escudado en una finalidad altruista, asegura que los enfermos deberán pagar más por algo que se verá restringido en calidad tanto como en seguridad.

Todo indica que la estrategia en curso, orquestada desde la mano negra del sistema económico y financiero mundial [FMI] profundizará los recortes y restará valores de manera de poder consumir las gratuidades tanto como las coberturas. Bien podría interpretarse que, si a España como modelo de los sistemas americanos de salud le sucede esto

(como miembro y socio de la UE), peores cosas vendrán para sus antiguas "colonias".

La conclusión es simple, se ha comenzado a imponer la "teoría de las exclusiones" en una sociedad acostumbrada históricamente al "estado bienestar", un bienestar que se está extinguiendo delante de nuestras propias narices, sumiendo al mundo occidental en un estado de permanente incertidumbre, conformado por estados políticos ausentes y servicios sociales inexistentes en la realidad, no así en los papeles.

Cabe recordar a la clase política que las sociedades humanas no son números ni tampoco estadísticas... si las sociedades dejan de cumplir su rol en el presupuesto del gasto social, las entidades políticas perderán sus pretendidos espacios, que se han venido sustentando mediante corrupciones crecientes, las que han puesto en evidencia actos de negligencia de gestión inaceptables. □

Licenciado [MBAR&D] Víctor Norberto Cerasale, 2013-01-28.
Copyright by Cerasale, 2013. Derechos reservados.
Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global*.
<http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com>
CIENCIAS MEDICAS NEWS®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://saludequitativa.blogspot.com>
GESTION EN SALUD PUBLICA®

Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres

intelexis mujer

Conduce Natalia Marquiegui y el Dr. Guillermo Capuya

Lunes 18 hs.

Un programa donde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

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

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)

Médicos Municipales

El sentido de pertenencia



Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

En este año que transita los primeros meses comenzó a demostrar como la Asociación de Médicos Municipales puso de manifiesto una defensa de la salud pública como quedó evidente el último 4 de febrero cuando tras una serie de reuniones se logró garantizar la continuidad del Servicio de Neurocirugía del Hospital Santa Lucía; así como también la estabilidad laboral de todos los médicos que se desempeñan en el mismo, más aún se exigió la pronta cobertura por concurso de los cargos faltantes; por eso reiteramos que no vamos a admitir decisiones que sean tomadas en forma unilateral e inconsulta en perjuicio del funcionamiento hospitalario.

Esto viene en sintonía con la presencia que tuvimos en los hospitales para luchar e impedir el cierre del Lagleyze; recuperar las instalaciones incendiadas del Álvarez; apoyar ante los hechos de violencia del Santojanni; para la recuperación edilicia del Rivadavia, Piñero, Muñiz, Udaondo, Tobar García y otros; para la actualización tecnológica de muchos hospitales; y para todos aquellos reclamos que nuestras filiales nos acercaron. Y no olvidaremos al Borda, paradigma de la lucha constante de aquellos colegas que saben bien que asistir la salud mental es asistir al paciente, y no pretender satisfacer al político de turno, muchas veces cegado en la defensa de una salud mental para la biblioteca o para el discurso facilista.

Pero esta es sólo una de las distintas líneas de acción y desarrollo de la AMM. En este año donde habrá elecciones para elegir las autoridades vale la pena trazar algunos de los múltiples puntos de acción de esta gestión.

Cabe destacar la importancia de los paros y las distintas medidas gremiales por la violencia hacia los médicos. Fuimos presionados por quienes declaraban que se trataba de cuestiones políticas, sin embargo, el tiempo demostró que aquella era una apreciación totalmente errada. Nuestro accionar fue fuerte y se instaló el tema en la sociedad y en los medios. Nosotros fuimos los protagonistas. Llevamos adelante todo tipo de acciones, y si bien la violencia no se ha detenido, logramos generar herramientas legales y administrativas para protegernos. Fuimos pioneros y hoy recibimos consultas de todo el país.

Otra de las cuestiones relevantes del período fue nuestra injerencia en las leyes que pretenden avasallar las incumbencias o la libertad en el accionar

profesional. Las leyes de salud mental, de aborto no punible, de optometría, de muerte digna, son sólo ejemplos sobre los cuales nos manifestamos para reivindicar la posición del médico, porque en general se olvida que la medicina no tiene únicamente un eje central que es el paciente, sino también un conductor irremplazable e imprescindible que es el médico. La escasez de anestesiólogos fue otro conflicto serio. Por lo tanto firmamos un convenio con la Asociación de Anestesia y Reanimación de Buenos Aires y el Gobierno porteño con el fin de cubrir la carencia de recurso humano. Vemos hoy que en los hospitales públicos esa situación se rectifica con el esfuerzo y compromiso de todas las partes.

No podemos olvidar un hecho importantísimo e histórico: la firma del primer convenio colectivo de trabajo. Precisamente porque la AMM fue pionera en este logro, debemos incluirlo y destacarlo en este relato. Entre otros puntos, hay un capítulo dedicado a las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT), tan importante para el desempeño diario de todos los profesionales de la salud. Dicho acuerdo sobresale como un hito que marca el compromiso y la responsabilidad de todos nosotros por mejorar las condiciones laborales.

En el marco de acciones institucionales, debemos destacar el crecimiento edilicio del polideportivo, un progreso que disfrutan todos los médicos municipales y sus familias.

A pesar de las muchas incertidumbres que rodean a la idea del futuro, podemos saber con certeza que las necesidades de los hospitales serán contenidas, porque nuestro compromiso no cambia con el correr de los años y nuestra tarea es, como lo ha sido siempre, la defensa gremial de los médicos. Miramos hacia adelante sin olvidar los cimientos que nos sostienen, sobre los que podemos y debemos construir. El compromiso de seguir avanzando y la responsabilidad frente a todo lo que debemos encarar es lo que nos caracteriza.

Es necesario, a esta altura, dedicar un párrafo aparte para las filiales, cara visible de la institución. A diario cada una de ellas es una presencia fundamental: saben lo que pasa, lo que se necesita y, sobre todo, saben enfrentar y resolver los problemas. En fin, esta idoneidad junto con la dedicación de quienes componen el grupo humano es lo que hace de las filiales una pieza clave del funcionamiento de la Asociación de Médicos Municipales. □



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

Junto a ustedes y gracias a ustedes



0800-444-OSPe (6773)
www.ospesalud.com.ar

Casa Central
Av. L Alem 690 1er. piso (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

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

OSPe

**Obra Social
de Petroleros**

**Comprometidos
con la salud
y el bienestar**