



Columna:
La urgencia
de innovar
Por el Dr. Ignacio Katz



Columna:
La "Desregulación"
Por el Lic. Patricio Pasman



Columna:
Líneas de cuidado para
condiciones de salud
Por el Dr. Federico Tobar

Mé^{di}cos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XV. N° 74. Mayo 2013

15
AÑOS
JUNTOS



4 BALONES DE ORO. 1 CREDENCIAL.

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



GALENO

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 8008-222-SALUD (75582) WWW.SS.SALUD.GOV.AR Ley 85.862. Solitud Inscripción N° 1285. Derechos reservados expediente 208.713742.

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

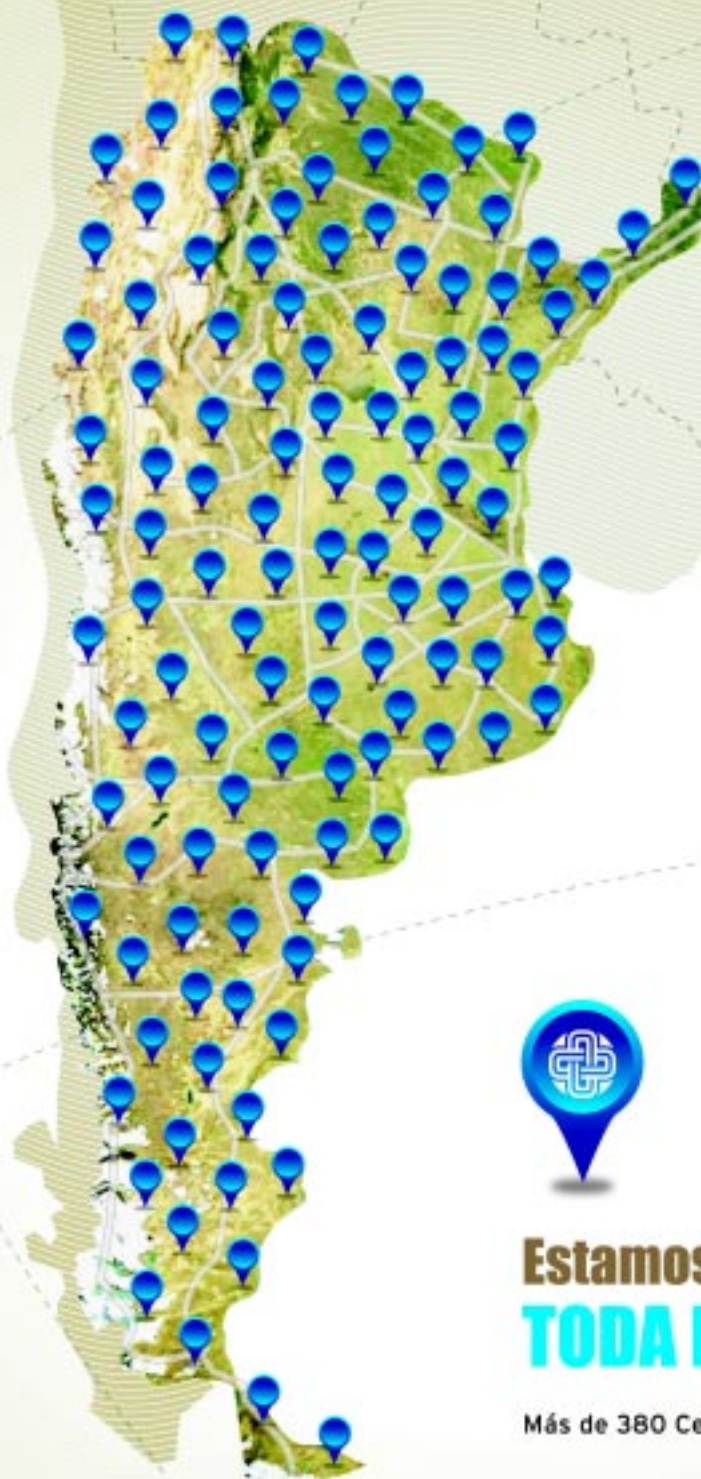


La red de emergencias médicas
más grande del país

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

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

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

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.

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



INNOVACION

ESTRATEGIA

COMPROMISO



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





Comunicarnos con nuestros Prestadores es muy importante para nosotros.
Por eso a 15 años de su nacimiento, seguimos eligiendo a **Revista Médicos**.

Saludamos a todo su staff en este nuevo aniversario.

Medifé 
COBERTURA MÉDICA NACIONAL



CICLO LECTIVO 2013

La **Fundación Sanatorio Güemes** es **Sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires** para el dictado de las siguientes actividades de posgrado:



Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud

Director: Dr. Mario Lugones

Carrera de Médico Especialista en Medicina Sanitaria

Director: Dr. Mario Lugones

Carrera de Médico Especialista en Medicina Interna

Director: Dr. Roberto Froment

Carrera de Médico Especialista en Cardiología

Director: Dr. Álvaro Sosa Liprandi

Carrera de Médico Especialista en Pediatría

Director: Dr. Jorge Selandari

Carrera de Médico Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica

Director: Dr. Jorge Selandari

Carrera de Médico Especialista en Neonatología

Director: Dr. Eduardo Domínguez

Carrera de Médico Especialista en Emergentología

Director: Dr. Gustavo Tisminetzky

Carrera de Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología

Director: Dr. Jorge Filisetti

Carrera de Médico Especialista en Cirugía Plástica

Director: Dr. Alejandro Beltrami

Carrera de Médico Especialista en Cirugía General

Director: Dr. Víctor Serafini

Carrera de Médico Especialista en Tocoginecología

Director: Dr. Ricardo Illia

Carrera de Médico Especialista en Endocrinología

Director: Dr. Javier Farías

Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología

Director: Dr. Luis Viola

Carrera de Médico Especialista en Oncología

Director: Dr. Mauricio Kotliar

Carrera de Médico Especialista en Dermatología

Director: Dr. Mariano Marini

Carrera de Médico Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva

Director: Dr. Héctor Ferraro

Carrera de Médico Especialista en Hematología

Director: Dr. Alejandro Flores

Carrera de Médico Especialista en Cirugía Cardiovascular

Director: Dr. Hernán Del Percio

Carrera de Médico Especialista en Hemodinamia

Director: Dr. Marcelo Bettinotti

Carrera de Médico Especialista en Medicina Farmacéutica

Director: Dr. Osvaldo Tibaudin Aguer

Carrera de Médico Especialista en Neurología

Director: Dr. Conrado Estol

Carrera de Médico Especialista en Otorrinolaringología

Directora: Dra. Paula Ontivero

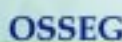
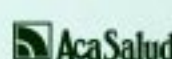
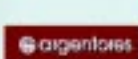
Informes: F. Acuña de Figueroa 1240, Piso 20 (C1180AAX) CABA - (5411) 4959-8365 - docencia@fsg.org.ar - www.fsg.org.ar



Sistema de Gestión Integral de Salud.
Para que su organización crezca.

HEALTH|MIS
management solutions

Sistemas para Obras Sociales y Medicina Prepaga, Gestión Hospitalaria y Consultorios Médicos.





Cuidamos y Curamos

En Novartis, tenemos el compromiso de salvar y mejorar millones de vidas...cada día.

Desde seres humanos hasta mascotas, desde niños hasta adultos, en Novartis nos enorgullecemos por ser la fuerza innovadora que brinda esperanza y optimismo a nuestro mundo. Nadie puede predecir qué deparará el futuro para cada individuo, pero hoy millones de personas tienen la posibilidad de desarrollar una vida más saludable y feliz gracias a nuestra ayuda.

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



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.

Teléfono: 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 Bègné

(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 Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Preimpresión e impresión: Galt S.A., Ayolas 494, Tel.: (54-11) 4303-3723 Capital Federal.

GRAGEAS

14



VOCES

Dos historias: una que merece conocerse y otra con "final abierto".

20

COLUMNA

La "Desregulación".

22



COLUMNA

Líneas de cuidado para condiciones de salud.

26

COLUMNA

La urgencia de innovar.

30

VOCES

El amparo judicial: un multiplicador del derecho individual a la salud.

32

PRIMERA PLANA

Tendencias y Paradigmas en Salud Pública.

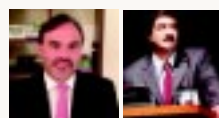
34



OPINION

Balance de dos años de vigencia de la Ley de Empresas de Medicina Prepaga.

38



INFORME ESPECIAL

Gestión de Servicios de Salud.

40



COLUMNA

Medicina personalizada: La clave para el futuro (no tan lejano).

44

LA MEDICINA EN EL CINE

Tuberculosis en el Lejano Oeste: La odisea de "DOC" Holliday.

46



COLUMNA

Texto, Subtexto y Técnica Legislativa A propósito de la ley de Salud Mental y su aplicación en la práctica.

48

OPINION

Proyecciones Globales.

50

OPINION

Médicos Municipales Los desafíos ante las elecciones.

52

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.

COMUNIDAD CA.DI.ME.

PARTICIPE A TRAVÉS DE NUESTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y
ENCUENTRE LA INFORMACIÓN MÁS RELEVANTE DEL SECTOR.



REVISTA CA.DI.ME.

INFORMACIÓN ACTUALIZADA DEL ACONTECER SECTORIAL

- ✓ Nace en el año 1981.
10.000 ejemplares auditados por IVC.
Distribución gratuita en el sector de la salud.



DIAGNÓSTICO & DEBATE TV

REFLEXIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS ASPECTOS ESENCIALES DEL
SISTEMA DE SALUD

- ✓ TV por cable, en el canal Metro (13 de Cablevisión)
los Viernes a las 13:00 hs.



PORTAL CA.DI.ME.

CONTENIDOS EXCLUSIVOS Y SERVICIOS

www.cadime.com.ar

- ✓ Noticias, Documentos, Informes, Asesoramiento.
www.facebook.com/cadime.salud
www.twitter.com/CADIMESALUD





CENTRO MEDICO MONSERRAT CON ACREDITACION PLENA

La Obra Social del Personal de los Organismos de Control (OSPOCE) perteneciente a la Asociación del Personal de los Organismos de Control (APOC), recibió para su Centro Médico Monserrat (CMM) la acreditación plena por 3 años, según lo estipula el reglamento del manual para establecimientos polivalentes de agudos con internación.

El diploma de acreditación fue entregado por el Dr. Eusebio Zabalúa y el Dr. Ricardo Herrero, en representación del ITAES, a Hugo Ernesto Buisel Quintana, secretario general de APOC, al Dr. Enrique Osvaldo Rodríguez, Presidente de OSPOCE, y al Dr. Juan José Borsari, Director Médico de CMM.

CONCURSO NACIONAL DE PINTURA SANATORIO FINOCHIETTO 2013

El Grupo Ase Nacional y el Sanatorio Finochietto, invitan a los artistas argentinos y extranjeros residentes en la República Argentina, a participar del Concurso Nacional de Pintura Sanatorio Finochietto 2013.

El sanatorio Finochietto será una obra bisagra en la historia de la arquitectura e ingeniería hospitalaria. Celebrará su apertura, a mediados de 2013, y se aprovechará este acontecimiento para inaugurar la exposición de pinturas seleccionadas en este concurso. La inscripción del mismo será gratuita y la fecha máxima de entrega de carpetas será el 31 de mayo.

El tema será libre, pero sugerimos tener en cuenta el criterio de exposición de un sanatorio. Se otorgarán tres premios adjudicación: primer premio de 30.000 pesos; segundo premio de 18.000 pesos, y tercer premio de 12.000 pesos. El jurado estará integrado por Diego Perrotta, Aniko Szabó y Diana Dowek. Los interesados, pueden conocer el reglamento del concurso, y descargar la ficha de inscripción en: www.ase.com.ar o solicitarlo por mail a: lrivadeneira@ase.com.ar / concurso@ase.com.ar ■

FUNDACION GARRAHAN PRESENTA EN EASY SU NUEVO PRODUCTO: LA CARRETELLA DE PLASTICO RECICLADO



La Fundación Hospital de Pediatría Garrahan presentó su carretilla, fabricada íntegramente con tapitas de gaseosa y agua mineral, provenientes de su Programa de Reciclado.

La carretilla ya está a la venta en diferentes locales Easy y tiene un costo de \$389. Con la compra del producto, se colabora con la Fundación Garrahan, que se encarga de destinarlo a las necesidades del Hospital Garrahan.

A través del reciclado de tapitas, la Fundación se propone contribuir a la protección del medio ambiente, alentando hábitos adecuados para su defensa permanente. Desde fines de 2006, ya se han juntado, gracias a la colaboración de la comunidad en todo el país, más 1.240.400.000 de tapitas.

El proceso de reciclado comienza con la participación de la comunidad que dona las tapitas en los diferentes puntos de recolección, entre ellos los locales Easy. Así, la empresa forma parte del círculo virtuoso, colaborando en las distintas etapas: recolección, reciclado y comercialización del producto. ■



BORDA: ENERGETICO REPUDIO A LA VIOLENCIA

Frente a los lamentables sucesos producidos en el hospital Borda la Asociación de Médicos Municipales (AMM) manifiesta su más enérgico repudio a la metodología que se utilizó para desalojar un taller de dicho hospital.

Esta asociación se solidariza con todos los trabajadores del equipo de salud y pacientes, especialmente con los colegas, representados por la AMM, que fueron agredidos por las fuerzas de seguridad.

Bajo ningún punto de vista vamos a tolerar que a través de la violencia se intente resolver cualquier conflicto. La única forma de poder llegar a un acuerdo en cualquier problemática es a través del diálogo y el consenso civilizado. La violencia solo trae más violencia.

Desde la AMM venimos luchando, hace más de cinco años, para frenar las agresiones que sufren los profesionales de la salud en sus lugares de trabajo. Por lo tanto no podemos permitir, bajo ninguna circunstancia, que la violencia sea el método con que se pretenda resolver un conflicto dentro de un hospital.

Una vez más decimos: sí a la aplicación de las leyes. No a la violencia. ■



HOSPITAL "EL CRUCE - NESTOR KIRCHNER" CONTINUA CRECIENDO EN MATERIA DE TRASPLANTES HEPATICOS

El equipo médico de la Unidad de Trasplante Hepático del Hospital "El Cruce- Néstor Kirchner" llevó a cabo otro trasplante hepático, con el cual alcanzó el récord de cuatro intervenciones de este tipo en tan solo un mes y medio. Desde su inauguración en 2008, el establecimiento sanitario viene poniendo en marcha, de manera sostenida, prácticas y prestaciones de alta complejidad para garantizar el acceso de todos los ciudadanos a intervenciones de alto costo. "Con estos trasplantes hepáticos cumplimos con el Plan Estratégico del hospital y seguimos consolidando el programa de trasplante multiorgánico", aseguró el director ejecutivo de "El Cruce", Arnaldo Medina. "Este tipo de operaciones son un logro del sistema público de salud y dan cumplimiento a las políticas del Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires", sostuvo Medina. ■



ASSIST CARD ARGENTINA - DIVISION SALUD - NUEVO CLIENTE

ASSIST CARD ARGENTINA, comunica que a partir del corriente mes a incorporado como nuevo cliente a la **Obra Social del Personal Superior de Coca Cola, SUPERCO.**

Dicha Obra Social contará con el Servicio Internacional para todos sus afiliados en el país. ■

DIVISION SALUD ARGENTINA Y ASSIST CARD INTERNACIONAL SALUDAN A REVISTA MEDICOS EN SU ANIVERSARIO

ASSIST CARD ARGENTINA, felicita a REVISTA MEDICOS, por su impecable trayectoria, en ocasión de cumplir 15 años acompañando al sector salud, transmitiendo la realidad de los temas que son de interés para el profesional y que además sirven como contralor de las instituciones, siempre en beneficio del sector.

"Personalmente destaco la calidad con que tratan los temas logrando así un interesante medio de lectura obligada". Daniel R. J. Piscicelli, Gerente Regional. ■





DIAGNOSTICO MAIPU



*La excelencia
médica diagnóstica
de Zona Norte
llega a Capital*

PRÓXIMA SEDE

CREAMOS UN LUGAR DONDE EL PACIENTE QUIERA VOLVER

EXCELENCIA MÉDICA JUNTO A LA MEJOR TECNOLOGÍA DISPONIBLE EN EL MUNDO

Resonadores digitales 1.5 y 3T con túnel
más grande y mayor velocidad. Ventajas
clave para pacientes claustrofóbicos.
Tomógrafo multislice con sistema de doble
energía. Menor radiación.
Cámara Gamma de doble cabezal con
Tomógrafo de baja dosis.
Mamógrafo full digital con tomosíntesis 3D.
Ecografía. Radiología digital. Radiología
odontológica. Densitometría. Laboratorio.

EL MÁS ALTO ESTANDAR DE CONFORT

Un exponente destacado de la arquitectura
especializada en servicios de salud.
3000 m² distribuidos en 6 niveles.
Estacionamiento sin cargo. Bar exclusivo
para pacientes.

*Siempre es posible
superarse.*

**CABILDO
457** ALTA
TECNOLOGÍA
& CONFORT

Turnos: 4837-7777 Administración: 4837-7555 / www.diagnostico maipu.com
Vicente López | Av. Maipú 1668 • Martínez | Av. Santa Fe 1459 • San Isidro | Alsina 30
Clínica Bazterrica | (RM y TC) Juncal 3002, CABA. • Sede Cabildo | Cabildo 457, CABA.

DIAGNOSTICO MAIPU

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES-LABORATORIO

UNIVERSAL ASSISTANCE S.A., COMPAÑÍA LÍDER EN ASISTENCIA INTEGRAL AL VIAJERO CON MÁS DE 30 AÑOS DE TRAYECTORIA, REALIZÓ SU CONVENCION ANUAL Y LATINOAMERICANA DE VENTAS.



Universal Assistance S.A., compañía líder en asistencia integral al viajero con más de 30 años de trayectoria, realizó su Convención anual y latinoamericana de ventas los pasados 13 y 14 de abril bajo el concepto "Marquemos la diferencia". El evento tuvo lugar en el Hotel Hilton de Buenos Aires, donde se alojaron más de 200 personas de toda la región y se desarrollaron distintas actividades propuestas por la firma. Universal Assistance demostró una vez más por qué es una empresa que se distingue del resto a través de los años, con una permanente inversión en tecnología y marca, con una amplia variedad de productos diseñados a la medida del pasajero y del mercado, con una gran infraestructura, una responsabilidad social asumida a través de su fundación y una excelente calidad de atención y servicio respaldada y avalada por las normas de calidad ISO 9001-2008. El objetivo de la compañía es continuar demostrando el compromiso en pos de seguir brindando un servicio de excelencia en cuanto a la asistencia a viajeros se refiere. ■



INTEGRAL SALUD, NUEVA COBERTURA DE MAPFRE VIDA

MAPFRE ARGENTINA VIDA lanzó recientemente *Integral Salud*, un seguro que ofrece coberturas indemnizatorias ante contingencias de enfermedades graves, críticas o catastróficas.

Funciona independientemente de la cobertura de salud que posee el asegurado, cubriendo la falta o, a la vez, complementando económicamente las prestaciones que ofrecen las obras sociales o los servicios de medicinas prepagas.

En este sentido, entre los riesgos comprendidos por *Integral Salud*, se destacan Infarto de Miocardio, Accidente Cerebrovascular, Cáncer Diagnosticado, Hemodiálisis en caso de Insuficiencia Renal Crónica, Cardiopatías Congénitas y Trasplante de órganos.

A su vez, este nuevo seguro ofrece beneficios adicionales tales como Código Rojo -que contempla traslados en ambulancia ante casos de riesgo de vida, ya sea por enfermedad o accidente, las 24 horas, durante todo el año y sin límite- y Segunda Opinión Médica frente a un diagnóstico grave de alta complejidad, con la posibilidad de obtener una consulta a nivel nacional e internacional.

"Las enfermedades graves financieramente son una fuente de preocupación, dado que sus tratamientos son altamente costosos, ya sea porque requieren una intervención de muy alto costo económico o porque necesitan tratamientos prolongados en el tiempo. La cobertura está pensada para brindar protección inmediata ante el primer diagnóstico de una enfermedad grave, indemnizando una suma asegurada preestablecida por cada enfermedad", destaca Miguel Fornero, gerente de MAPFRE ARGENTINA VIDA.

En la Argentina, MAPFRE opera desde hace más de 25 años. A nivel nacional cuenta con una red de más de 300 centros de atención, emplea a 1.800 personas en forma directa y a 2.900 productores asesores. ■

MANZUR: "CAIDA DE MORTALIDAD INFANTIL ES MAS INCLUSION SOCIAL Y MAS NIÑOS EN LAS ESCUELAS"

"El nuevo descenso de la tasa de mortalidad infantil en nuestro país pone de manifiesto el valor de las políticas de inclusión social que lleva adelante nuestra Presidenta", dijo el ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur, luego de que la Presidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner, anunciara que la tasa de mortalidad infantil de 2012 se ubicó en 11,2 nacidos vivos por mil, lo que significa un descenso de medio punto con respecto a la medición de 2011, que ascendía en 11,7 por cada mil nacidos vivos.

"La tasa que mide la mortalidad infantil en la Argentina es el indicador social más sensible, porque además de los aspectos sanitarios, también mide desarrollo humano, educación e infraestructura social básica como el acceso a

agua potable y cloacas", sostuvo el titular de la cartera sanitaria nacional, luego de participar del acto de Presentación del Plan de Desendeudamiento y Crédito para Obras que se desarrolló en Casa de Gobierno.

"La caída de la mortalidad infantil es más inclusión social, más familias felices y más niños en las escuelas para forjar la Argentina del futuro", finalizó el ministro.

La tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año. Es considerada como uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud y, debido a su especial utilidad, es necesario calcular e interpretar correctamente sus valores. ■



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

EXPOMEDICAL 2013, 11ª FERIA INTERNACIONAL DE PRODUCTOS, EQUIPOS Y SERVICIOS PARA LA SALUD, ES LA MAYOR EXPOSICION DE LA SALUD DE LOS PAISES DE HABLA HISPANA.



Fe de ello dan los 240 expositores de 20 países que del 25 al 27 de setiembre de 2013 recibirán a más de 16.000 visitantes profesionales en el Centro de Costa Salguero.

Comerciantes, mayoristas, jefes de compra, administradores hospitalarios y jefes de área de hospitales, clínicas, sanatorios, geriátricos, consultorios y laboratorios de la Argentina y América latina tendrán la oportunidad única de experimentar las últimas novedades en equipamiento médico-hospitalario y de encontrarse cara a cara con fabricantes, importadores y distribuidores que les ofrecerán soluciones a la medida de sus necesidades.

Dentro del marco de la feria, se llevarán a cabo las 12ª Jornadas de Capacitación Hospitalaria, que comprenden más de 60 seminarios, seminarios y workshops orientados a brindar información para los diferentes niveles de una organización médico-hospitalaria y del sector salud.

Con una cantidad y calidad de contactos que se supera edición tras edición, ExpoMedical se ha convertido en el mayor centro de negocios y capacitación del Sector Salud, siendo el principal punto de encuentro para toda persona vinculada con la actividad médica.

EXPO MEDICAL 2013 es organizada por la Mercoferias S.R.L., para más información dirigirse al sitio oficial: www.expomedical.com.ar.



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN

**CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN
MÉDICA INFECTOLÓGICA**



✓ **CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS**

✓ **ATENCIÓN INTEGRAL AL
PACIENTE VIH**



✓ **LABORATORIO**

✓ **VACUNATORIO**



✓ **HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA**

✓ **ÁREA PSICOSOCIAL**

✓ **MEDICINA DEL VIAJERO**

✓ **DIVISIÓN EMPRESAS**



✓ **ACCIDENTES
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

Seguinos en Facebook:



/HeliosSaludArgentina

EL INSTITUTO ALEXANDER FLEMING SE CONSOLIDA COMO LA PRIMERA ESCUELA DE ONCOLOGOS DEL PAIS

El Instituto Alexander Fleming, primera clínica privada de América latina especializada en la prevención, diagnóstico y tratamiento integral de pacientes con cáncer, ya formó en el país a más de 50 oncólogos, quienes hoy aportan sus conocimientos en diferentes centros de salud de la Argentina y del exterior.

La residencia en oncología funciona desde la inauguración del Instituto, en 1994, y cuenta con los especialistas médicos más prestigiosos del país. Para la formación de los oncólogos se cuenta con equipamientos de alta complejidad tecnológica al servicio de la instrucción pedagógica, la investigación científica y el tratamiento médico.

El Instituto Alexander Fleming es dirigido por el reconocido Profesor Doctor Reinaldo Chacón, quien resaltó que es clave la detección temprana y el correcto diagnóstico, dado que "la mayor chance de cura de un cáncer radica en la eficacia del tratamiento".

"Para ello los profesionales debemos crear conciencia en los pacientes sobre la importancia de realizarse periódicamente todos los estudios necesarios, como mamografías, video colonoscopia y otros estudios diagnósticos.", enfatizó Chacón.

La entidad se encuentra afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires como herramienta clave para fortalecer su integración con la comunidad académica. Además, su staff de oncólogos fue formado en la escuela de oncología del propio Instituto Alexander Fleming.

De este modo, cuenta con profesionales de sólida trayectoria en áreas multidisciplinarias que brindan al paciente un servicio de asistencia integral con atención completamente personalizada.

Asimismo, el Instituto Alexander Fleming es el primer centro médico privado de la Argentina acreditado por el Banco de Donantes de Médula de los Estados Unidos para realizar Trasplantes de Médula Osea de donantes no relacionados. ■



NOVEDADES DE OSPAT

Comunicamos que con el objetivo de optimizar las comunicaciones de la organización UTTA/OSPAT con la comunidad, hemos migrado el antiguo perfil de Facebook de Prensa hacia el formato "Página" de esta red social. El nuevo espacio de UTTA y OSPAT es de aquí en más <https://www.facebook.com/utta.ospat> e invitamos a periodistas e internautas a unirse. La iniciativa se encuentra en el contexto de actividades de mejora de todos los canales que UTTA y OSPAT ponen habitualmente al servicio del público. ■

IBM ARGENTINA CONSOLIDA SU CRECIMIENTO EN EL SECTOR DE LA SALUD

IBM Argentina ofrece soluciones a las necesidades de negocios de sus clientes, en este caso ha sumado a Farmacity, líder en el sector de la venta de medicamentos y una de las más innovadoras en el segmento de la salud. La compañía implementó IBM Cognos TM1, un software destinado a la planificación, la elaboración de presupuestos y la previsión. Con esta innovación, Farmacity es capaz de generar escenarios, modelar alternativas de negocio y optimizar el flujo de la información. Las características de una compañía como Farmacity, con un fuerte crecimiento en los últimos años, requerían de soluciones inteligentes en las áreas de planificación financiera, debido a su modelo de negocio y al tamaño de su red de locales. Con información distribuida en diferentes áreas y centros de costos, IBM Cognos TM1 fue la solución para Farmacity, que encontró una herramienta que garantiza el control total del presupuesto y la información por parte del de la gerencia de planeamiento y control de gestión. Aprovechando la capacidad de IBM "Logramos optimizar los procesos de planificación, desarrollo de presupuesto y pronóstico, al mismo tiempo que optimizamos las tareas de coordinación" explicó Natalia Zang de Farmacity. Además agregó que "desde Farmacity buscamos la innovación constante en nuestros procesos porque somos conscientes de la importancia de estar un paso más adelante para adaptarnos rápidamente al mercado y a las necesidades de nuestros clientes. La tecnología resulta un gran aliado para mantener el liderazgo". ■



CONVENIO DE COLABORACION ENTRE FEFARA Y LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA



Ya se encuentra consensuado un importante Acuerdo Marco de Colaboración entre la Universidad de Sevilla, España, y la Federación Farmacéutica (FEFARA): El mismo comprende el establecimiento de un marco para el desarrollo de trabajos conjuntos que comprenden la organización y desarrollo de cursos, conferencias, coloquios, seminarios y otras actividades que ambas instituciones consideren adecuadas para procurar la más amplia y completa interrelación entre el mundo universitario y la sociedad.

Ambas instituciones convinieron en intercambiar recursos y experiencias dentro de aquellas áreas en las que tengan un interés común, especialmente, las relacionadas con la Salud, los Medicamentos y la Profesión Farmacéutica.

Desde FEFARA expresamos nuestro mayor beneplácito por este acuerdo con la Universidad de Sevilla, que seguramente generará iniciativas de elevado nivel académico y profesional a favor de la salud de la población. Cuando sea rubricado por las autoridades de las dos Instituciones publicaremos los contenidos del acuerdo y los planes de trabajo conjunto.

Por nuestra parte, seguiremos trabajando con el firme compromiso de compartir conocimientos y contribuir a la formación y actualización profesional de los farmacéuticos. Esta tarea la realizamos con el objetivo irrenunciable de promover un mayor y mejor acceso de la población a medicamentos de calidad garantizada. ■

IMAT: RE-CERTIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

IMAT – Instituto Médico de Alta Tecnología ha atravesado con éxito la re-certificación de su Sistema de Gestión de Calidad, además de obtener la ampliación del alcance a la nueva sede Congreso, recientemente inaugurada.

El Sistema de Gestión de la Calidad de IMAT ha sido desarrollado e implementado de acuerdo a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y certificado por primera vez en setiembre de 2009 por el IRAM – Instituto Argentino de Normalización y Certificación.

IMAT se destaca por su trayectoria de más de 15 años en el ámbito del Diagnóstico por Imágenes. La Organización ha priorizado siempre la mejora continua de sus procesos y Servicios Médicos a través de la actualización tecnológica permanente, la capacitación de sus recursos humanos y la calidad de atención brindada a los pacientes. ■

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

Dos historias: una que merece conocerse y otra con “final abierto”

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



En el año 1933, en California, Estados Unidos, mientras transcurría la “gran depresión”, en el medio del desierto de Mohave, muy cerca de un pequeño pueblo llamado Dessert Center, un joven médico cirujano llamado Sidney Garfield, vio la oportunidad de brindarle servicios médicos a los miles de trabajadores que estaban construyendo el acueducto del Río Colorado que llevaría el agua a la ciudad de Los Ángeles.

Para llevar adelante su proyecto, el Dr. Garfield obtuvo un préstamo y construyó un pequeño Hospital de 12 camas, ubicado a unos pocos kilómetros de la ciudad y comenzó a atender tanto a los trabajadores enfermos, como a los accidentados. Pero al poco tiempo comenzaron a surgir problemas financieros, ya que las compañías de seguros no le pagaban las facturas con la rapidez necesaria. Como la política del Dr. Garfield era que nunca debía rechazarse una persona enferma o accidentada, pronto los gastos superaron a los ingresos.

En la búsqueda de ideas y soluciones, el Dr. Garfield participó del problema a Harold Hatch, un ingeniero que se había dedicado a trabajar como agente de seguros. Después de analizar detenidamente el tema, Hatch le recomendó al Dr. Garfield que le cobrara a las compañías de seguros un importe por persona, por día y por adelantado: nacía la medicina prepaga.

Por la -hoy- increíble suma de cinco centavos (0,05 u\$s) que abonaban las compañías, los trabajadores estaban cubiertos de los accidentes y por otros cinco centavos que abonaban ellos, quedaban cubiertos por cualquier otro tipo de enfermedad no relacionada con el tema laboral. Miles de trabajadores se asociaron al Plan del Hospital y el sistema fue un éxito, tanto económico como financiero.

El nuevo modelo, no sólo resolvería los problemas financieros del Hospital, sino que también le permitiría al Dr. Garfield hacer incapié en la prevención y en la seguridad, en lugar de limitarse a tratar enfermedades y lesiones.

Finalmente, cuando el acueducto estuvo finalizado, el Dr. Garfield dejó el Hospital con la idea de trasladarse a la ciudad de Los Angeles para trabajar como cirujano. Pero un nuevo emprendimiento y un gran desafío, reclamarían de sus servicios: la construcción de una gran represa que ocuparía a más de 6.000 trabajadores a quienes debería proveerse de atención médica. El Dr. Garfield postergó su idea de ir a Los Angeles y convocó a un grupo de médicos a

quienes contrató por el sistema de capitación adelantada: nacía el primer “Group Practice”, sistema que también resultaría un verdadero suceso.

En 1941 la represa fue terminada y cuando el Dr. Garfield estaba por retomar sus planes para dirigirse a la ciudad de Los Angeles, nuevamente intervino la historia: la Segunda Guerra Mundial había comenzado y las empresas del industrial Henry Kaiser, dedicadas principalmente a la construcción de barcos y aviones de guerra, necesitaban brindarle atención médica a más de 30.000 trabajadores, muchos de los cuales venían con malas condiciones de salud.

Kaiser imaginó que el Dr. Garfield podía resolver el problema adecuadamente y lo convocó para ello.

Apenas terminada la guerra en 1945, la cantidad de empleados de las industrias Kaiser se redujeron dramáticamente en unos pocos meses de 90.000 a 13.000 y sólo quedaron una docena de los 75 médicos que trabajaban en el sistema. Pero tanto el Dr. Garfield como Henry Kaiser querían que ese nuevo modelo de atención médica que habían desarrollado no desapareciera, razón por la cual el 1º de octubre de 1945 el Plan Médico de Kaiser Permanente era oficialmente ofrecido al público. Sólo en los primeros diez años, se asociarían 300.000 personas.

Hoy Kaiser Permanente tiene 8,9 millones de asociados a sus Planes de Salud y cuenta con 167.300 empleados y 14.600 médicos.

Esta es la primera de las historias, la de la primera empresa de medicina prepaga. Podemos decir, con un muy buen final.

La segunda de las historias tiene que ver con las empresas de medicina prepaga en la Argentina -y con las entidades que brindan modelos similares-.

Naturalmente tienen un pasado y un presente en donde nos encontramos: con una ley que las regula que es técnicamente nociva, con nuevas normas que agregan coberturas permanentemente y finalmente con enormes dificultades para trasladar a precios los incrementos de costos -tanto los estructurales, como los inflacionarios-.

Con este presente, lo que no sabemos es si tienen futuro.

Nuestra gran esperanza amigo lector, es que las cosas cambien para evitar que dentro de algún tiempo, alguien escriba sobre cómo comenzó y sobre cómo terminó la medicina prepaga en nuestro país. Decididamente, no sería un buen final.

Aún estamos a tiempo... □



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

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

Plan Médicos

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

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



La “Desregulación”

Por el Lic. Patricio Pasman

patricio@pasman.com.ar



Esperando un vuelo en Aeroparque, un periodista extranjero que estaba haciendo un estudio sobre la medicina privada en la Argentina, me preguntó qué opinaba de la desregulación. Comencé a intentar dar mi opinión con tartamudeos y gambeteando la situación. Finalmente le pedí que cortara el reportaje y le dije:

“Me quiero ir, la desregulación es un tema complejo y en la medicina privada mucho no hablamos del tema”.

Sin embargo tomé coraje y decidí entrar en el tema sin vueltas, expresando mi opinión sobre las ventajas y desventajas de la “Desregulación”.

Se le llama “desregulado” en el sector, a aquel afiliado de una obra social sindical que ejerce una opción de cambio por otra obra social sindical del sistema. El término no es muy feliz. Igualmente menos feliz aún, es llamar al sector como “Medicina Prepaga” y convivimos con eso. Se le da el nombre de “prepagas” en base a los plazos de pago de las cuotas de los asociados, un tema menor dentro de lo que es la Medicina Privada hoy en la Argentina. Para rematar este error, dos tercios de los afiliados pagan “pospago”...

Las tarjetas “prepagas” de los celulares abonan por adelantado el consumo que van a realizar, esto no sucede en la Medicina Prepaga donde funciona como la cuota de un seguro y no como pago anticipado de las prestaciones que vaya a realizar.

Volviendo a “la desregulación” que es el tema en cuestión comencemos con un poco de historia. En enero del año 2007 comienza la posibilidad de opción de cambio para afiliados a obras sociales sindicales. Los afiliados de obras sociales de dirección ya podían cambiar de obra social sin inconvenientes. Hasta ese momento, los afiliados eran cautivos de la obra social sindical de la actividad. Ese año el período de traspaso fue entre enero y abril. La Obra Social de Empresa OSDO había realizado un acuerdo con la Empresa de Medicina Prepaga DOCTHOS y salió con una campaña publicitaria masiva y una cantidad importante de vendedores a captar este nuevo mercado. Esto sorprendió a las obras sociales sindicales y al sector de Medicina Prepaga, ya que flotaba la idea que había habido un acuerdo de no agresión comercial. A partir de esto, muchas obras sociales se organizaron para competir.

Al año siguiente se amplió el período de traspasos a todo el año y se excluyó a las Obras Sociales de

Empresas de la posibilidad de poder captar nuevos afiliados.

Desde el año 1998 hasta el 2011 se realizaron más de 4,5 millones de traspasos. Estos crecieron año a año con excepción del año 2009 que se redujeron los mismos por cambios en el proceso. Se eliminó la posibilidad de traspasos por correo y se incorporó la certificación de firma.



Según los datos del Censo 2010 de los 6 millones de habitantes que tiene cobertura de Medicina Prepaga, 4 millones están a través de una obra social.



Veamos que opinan algunos Secretarios Generales de la desregulación:

Antonio Calo (UOM): “No se puede permitir a un sindicato que le venda un sello de goma a una empresa de medicina prepaga para que atienda a sus afiliados. Tenemos 170.000 afiliados de los sueldos más bajos, porque el resto, de los honorarios más elevados, se lo llevaron las empresas”.

Ricardo Pignanelli (SMATA): “En los 90 se que-

bró la solidaridad del sistema bajo el lema del individualismo. Mientras en SMATA poníamos el mayor empeño para conseguir buenos salarios, la medicina prepaga se apoderaba de 40.000 afiliados de la obra social con mejores sueldos (el famoso descreme) para brindarles una medicina cómoda bajo un sistema que no admitía a todo el mundo y discriminada a través de su interés y a través de cuotas elevadas".

Hugo Moyano (Camioneros): "Las prepagas se llevan a los (trabajadores) más jóvenes, a quienes ofrecen un montón de condiciones, y dejan el resto a las obras sociales, las cuales tienen que utilizar el dinero de sus aportantes para hacer frente a todo tipo de cosas".

Con la desregulación, las obras sociales sindicales fueron sacadas de su "zona de confort" y es entendible que no les guste el actual sistema. Sin embargo hay que escuchar sus quejas y encontrar posibles consensos. Quizás en algunos temas puedan tener razón.

Como bien sabemos no todos los afiliados de obras sociales tienen la libertad de pasarse a otra que prefieran. Las Obras Sociales Provinciales y otras Especiales han quedado afuera de la desregulación. No todo el sistema se "desreguló".

¿Qué ocurre con éstas? Tenemos por ejemplo el reclamo de gremios de la Provincia de Buenos Aires, que desean salir de la Obra Social IOMA y no pueden (en casi todas las prepagas podemos encontrar afiliados de obras sociales provinciales que pagan su cuota completa y tienen doble cobertura). También podemos recordar, hace no mucho tiempo, el reclamo de los Gendarmes, que en su petitorio al Gobierno de mejoras estaba el de poder elegir obra social.

Estoy convencido que el sistema anterior, donde los afiliados eran todos cautivos, no es conveniente. Naturalmente las organizaciones tienen un menor incentivo a mejorar sus servicios cuando los afiliados son cautivos. El extraordinario personaje de la empleada pública de Gasalla gritando; ¡"atrás, atrás!", no es habitual en organizaciones que compiten por la fidelidad de sus clientes.

El mejor ejemplo de lo bueno que es la competencia, es apreciar varias obras sociales sindicales que hoy compiten de igual a igual con los mejores prepagos y obras sociales de dirección, con servicios de excelencia.

Una característica intrínseca del ser humano y por consiguiente de las organizaciones, es mayoritariamente tender a un mayor esfuerzo y mejor rendimiento, en escenarios de sana competencia.

Sin embargo considero que hay aspectos de la desregulación que pueden y deben corregirse y/o mejorarse. Especialmente lo vinculado a la solidaridad del sistema.

Sería necio negar, que el sistema anterior, aunque más ineficaz e ineficiente, era más solidario que el actual.

Vale aclarar que el sistema no era totalmente solidario. Los petroleros eran solidarios entre sí pero no con los textiles, ni éstos con los peones rurales. De acuerdo con la realidad de la industria del momento sus ingresos se modificaban y obtenían seguramente distintos servicios de salud.

Está claro que no hay que cortar la desregulación. Hay que pensar cómo mejorarla.

Para poder corregir este descreme durante años se estudiaron distintas alternativas sin resultados.



FEFARA
Federación Farmacéutica

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

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

Una de las ideas fue que los afiliados que se pasaban a otra obra social, sólo transferían el promedio de aporte de su obra social anterior y no su aporte real. La diferencia entre su aporte real (generalmente mayor) y el promedio de su obra social, debía quedar en ésta para no perjudicar al resto de los afiliados.

Pese a que este esquema resolvía de alguna manera el esquema solidario, tenía dos grandes inconvenientes:

1) En algún aspecto este sistema "premia" a obras sociales ineficientes de quedarse con dinero de beneficiarios que se cambian por no estar satisfechos con el servicio.

2) Es muy complejo de administrar, casi inviable.

Para hacerlo viable desde lo administrativo, se pensó también en la opción que sólo se transfiera a la nueva obra social la contribución patronal y quede el aporte en la obra social anterior. Más premio a la ineficiencia.

CASO OSFE-AMSA

Hace más de 10 años me tocó participar de un acuerdo entre la Obra Social Ferroviaria y AMSA. La Obra Social no quería perder a sus afiliados de mayores ingresos. Como es habitual todos los afiliados tenían el mismo plan. Este plan no estaba brindando a este grupo, el nivel de servicio requerido y evaluaban opciones de otras obras sociales para cambiarse. Los ingresos por cápita promedio de todos los afiliados de la obra social, no le permitían mejorar mucho el plan universal y al ser defensores del sistema solidario, no veían como una alternativa segmentar por niveles de ingreso.

Negoció en forma corporativa un plan superador de AMSA obteniendo un precio menor que el que conseguiría cada uno de sus afiliados en forma individual. Para la empresa de medicina prepaga el costo comercial y administrativo de enviar una sola factura, baja considerablemente al ser un acuerdo corporativo.

OSFE calculó cuánto era la cápita promedio de aporte de todos sus beneficiarios y ofreció a todos la posibilidad de pasarse al plan superador de AMSA, pero no tomando su aporte individual. El precio que debían pagar los que querían tomarlo, era la diferencia entre la cápita promedio y el precio del plan superador. No importaba cuanto era el aporte individual. Para todos los beneficiarios, el precio por cápita para pasarse al plan superador era el mismo. Más de 10 mil beneficiarios optaron por adherirse. La obra social no perdió afiliados, mantuvo la solidaridad del sistema y los afiliados que no se pasaron mantuvieron el mismo nivel de servicio que tenían al no disminuir los ingresos.

Existen otros casos de éxito de complementación entre: obras sociales y prepagos, obras sociales y Hospitales o Sanatorios y entre distintas obras sociales entre sí.

LA "OPCION URUGUAYA"

El sistema más progresista y solidario sería que cada obra social reciba el mismo valor por cápita por beneficiario con una tabla de ajuste por edad, sexo y región, ya que los costos médicos varían sensiblemente por estas variables. El total de aportes y contribuciones del sistema se divide entre todos los

beneficiarios de acuerdo a esta matriz. En este caso no hay descreme posible. Aquellos que deseen un plan superador deben abonar siempre por encima de esta cápita, aunque su aporte individual sea mucho mayor. Cuando alguien cambia de obra social no desfinancia a su obra social anterior.

Sería un cambio profundo y radical que seguramente encontrará rechazos, pero quién puede dudar de su equidad y solidaridad. No sólo entre los beneficiarios de una misma obra social sino entre todo el sistema. Por ejemplo, aquí sí los petroleros son solidarios con los textiles y los camioneros con los peones rurales.

PROFUNDIZAR HERRAMIENTAS VIGENTES

Entendiendo que no son sencillos los cambios tan profundos, el sistema actual contiene herramientas que corrigen asimetrías y una buena opción podría ser profundizarlas aún más.

La recaudación del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) es una herramienta claramente progresista. Los que más ganan son los que más aportan. El personal de dirección aporta más que el de convenio. También el SANO (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales) y el SUMA (Subsidio de Mitigación de Asimetrías) son herramientas que hacen al sistema más solidario.

Aumentar progresivamente los porcentajes de retención al FSR por rango de ingresos y sobre todo incrementar los valores del SANO, es un camino posible para mitigar los efectos no deseados de la desregulación, manteniendo la libre elección de los beneficiarios. El SANO tiene valores muy bajos y no se actualiza adecuadamente.

CONCLUSION

En resumen, **considero que la desregulación produjo en el sistema mayores beneficios que perjuicios.** La libertad de opción le permitió a 4,5 millones elegir una obra social seguramente mejor que la que tenían. También generó una sana competencia donde muchos se adaptaron y mejoraron notablemente sus servicios como por ejemplo Unión Personal. Otras, como en el libro "Quien se ha llevado mi queso", no se adaptaron a los cambios, un ejemplo es la Obra Social Bancaria, y están con dificultades que esperemos puedan superar.

Esto no significa que no sea necesario **dialogar entre todos los sectores** para mejorar el sistema en base a la experiencia de ya casi 15 años de desregulación.

Acerca del diálogo, hace unos años leí una definición brillante de nuestro admirado y querido Cardinal Bergoglio, hoy nuestro queridísimo Papa Francisco.

En el libro "Sobre el Cielo y la Tierra" decía lo siguiente:

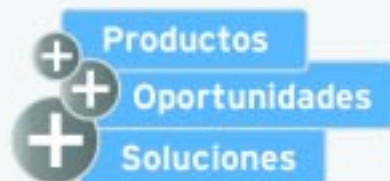
"El diálogo nace de una actitud de respeto hacia otra persona, de un convencimiento de que el otro tiene algo bueno que decir; supone hacer lugar en nuestro corazón a su punto de vista, a su opinión y a su propuesta. Dialogar entraña una acogida cordial y no una condena previa. Para dialogar hay que saber bajar las defensas, abrir las puertas de casa y ofrecer calidez humana".

Que así sea. □



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

Líneas de cuidado para condiciones de salud



Por el Dr. Federico Tobar

La universalidad se está convirtiendo en un lema preconizado desde los organismos internacionales para el área de salud. Sin embargo, bajo este concepto se entienden avances diferentes que van desde Sistemas Unicos hasta Sistemas Integrados. En estos segundos, la estrategia de integración centrada en construcción de líneas de cuidados adquiere relevancia.

A través de revisiones de las políticas de reforma de salud se ha detectado que, a menudo, aun donde se ha logrado la cobertura universal, frente a los mismos problemas de salud, las personas reciben cuidados diferentes¹. Entre las alternativas identificadas para superar la fragmentación (del modelo de atención) y la segmentación (del modelo de gestión) que generan esas desigualdades, se destaca la propuesta de construir protecciones por líneas de cuidados.

Una protección se concreta a través de una garantía explícita de respuesta social organizada frente a un determinado riesgo de enfermar y morir². El objetivo, para integrar al sistema de salud, consiste en avanzar de forma progresiva en la construcción de protecciones (condición de salud por condición de salud) que optimicen los esfuerzos de la sociedad y del Estado en su conjunto para conseguir más y mejor salud para los ciudadanos. Más que un modelo de reforma de salud es una estrategia para construir ciudadanía, porque un modelo ciudadano de salud requiere consolidar protecciones iguales en calidad y resolutivez para todos los ciudadanos.

Avanzar garantizando protecciones sociales en salud homogéneas para cada necesidad o condición de salud se hace más relevante a medida que se avanza en la evolución epidemiológica (que no resulta conveniente continuar denominando "transición" porque en los países en desarrollo involucra una doble carga de enfermedad). Diversos países han avanzado buscando respuestas ante el significativo aumento de la prevalencia de las condiciones crónicas. Por ejemplo, la noción de Líneas de Cuidado viene siendo propuesta en Brasil desde hace una década^{3,4}. Al mismo tiempo, Chile asumió una cruzada integradora de su sistema de salud (fuertemente segmentado) al impulsar la construcción de puentes entre sus subsistemas de atención patología por patología proclamando Garantías Explícitas en Salud. Las mismas fueron inicialmente 16, pero en

2012 se alcanzó una totalidad de 80. Recientemente, en España se decidió avanzar en el mismo sentido al incorporar el concepto de continuidad asistencial⁵, para el cual se han descrito tres dimensiones: 1) continuidad asistencial de información, es decir, la percepción del usuario de que los proveedores disponen y utilizan la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a sus necesidades actuales; 2) continuidad asistencial de relación, que es la percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores y 3) continuidad asistencial de gestión o provisión de los diferentes tipos de atención sanitaria, de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen. Está orientado a una condición crónica de salud, y comienza con un proceso de atención que precisa estar bien planificado y organizado para atender tanto las necesidades de los pacientes como la atención a las personas cuidadoras, de acuerdo a unos determinados estándares de calidad y evitando la fragmentación de los cuidados, principalmente en situaciones de cambio de nivel asistencial.

Definir las líneas de cuidados a implantar constituiría la forma más importante de definir prioridades sanitarias. Porque no se trata sólo de definir qué se va a cubrir o qué prestaciones serán brindadas sino fundamentalmente cuándo, cómo y dónde se proveerán. No es igual definir un menú o elenco de prestaciones entre las cuales se incluye la cobertura del parto y la atención prenatal que definir e implantar un algoritmo que establece la cantidad y periodicidad de los controles, un mínimo de tres ecografías (una cada trimestre), la prescripción de hierro y ácido fólico, la derivación a un servicio de referencia en caso de eclampsia u otra situación de riesgo, etc. Incorporar líneas de cuidados es implantar políticas que afecten la gestión clínica llegando al corazón de cómo se produce salud. Por eso debe ser responsabilidad de la autoridad rectora el conjunto de problemas de salud que serán priorizados en cada etapa del camino.

Se trata de jerarquizar cuidados prioritarios. La idea no es racionar sino hacer una discriminación positiva, jerarquizando la respuesta frente a protecciones necesarias para responder a los problemas de salud que generan mayor carga de enfermedad. Esto no significa que las prestaciones no incluidas dentro de las líneas de cuidados se dejarán de realizar, todas

las demás acciones se deben seguir haciendo, mientras sea necesario y no haya evidencia suficiente que indique lo contrario. Pero algunos cuidados de promoción, de prevención, de tratamiento y rehabilitación deben constituir prioridades para comenzar a integrar al sistema de salud.

Construir protecciones por líneas de cuidados implica reducir la variabilidad de la práctica médica y asumir parámetros que estandaricen todo el proceso de cuidados, desde la promoción hasta el diagnóstico y el tratamiento. Esto se logra en forma progresiva, enfermedad por enfermedad o, mejor aún, condición de salud por condición de salud. Incorporando los avances de la Medicina Basada en la Evidencia para construir guías de prácticas clínica (propriadamente dichas o *guidelines*) y protocolos.

La secuencia lógica para construir protecciones sanitarias a través de líneas de cuidados es ilustrada en el gráfico e involucra los siguientes pasos:

En primer lugar, se define en base al Análisis de Situación de Salud de la Red y apoyados por los equipos epidemiológicos, cuáles son las condiciones de salud y las enfermedades que generan mayor carga de enfermedad, morbilidad y mortalidad sobre la población involucrada en la red.

En segundo lugar: en base a la priorización de los problemas, los profesionales y técnicos de las redes especializadas elaborarán y validarán Protocolos y Guías de Práctica Clínica, basados en evidencias científicas.

En tercer lugar, para conseguir que las Guías de Práctica Clínica se conviertan en verdaderas líneas de cuidado, se debe definir que tiene que hacer cada

efector de la red para garantizar que se cumpla con las Guías de Práctica Clínica, para lo que debe existir un organismo con poder y capacidad para decidirlo y garantizarlo.

En cuarto lugar: es necesario que se firmen compromisos de gestión, que pueden estar atados a incentivos económicos y no económicos.

En quinto lugar: es necesaria una estrategia de capacitación en servicio al personal de salud, y de comunicación y difusión a la comunidad, los equipos de salud y las autoridades.

En sexto lugar: implementar el monitoreo y la evaluación de los resultados sanitarios de las Líneas de Cuidado y del desempeño de los servicios.

La implantación de líneas de cuidados involucra cambios profundos en el modelo de atención. Hay, al menos, tres requisitos funcionales para construir protecciones universales por líneas de cuidados. Pero éstos, a su vez, son medidas de reforma consistentes en sí mismas y generan sinergias entre sí:

I. Establecer responsabilidad nominada. En este esquema de división del trabajo es fundamental establecer quién es el primer responsable por los cuidados de cada persona. Debe haber un profesional o un equipo responsable para que la población, a su cargo, reciba los cuidados y adhiera a los tratamientos. No se trata de prestar un servicio si alguien lo viene a demandar, sino de identificar la necesidad y salir al encuentro de una demanda que a veces no es manifiesta. En un estudio sobre la medicina que se acerca a través de las nuevas TICs, Joan Escarabill cuestiona la

Un reconocimiento que nos distingue

Nos orgullece comunicar que somos el primer y único Centro Médico Ambulatorio de Argentina en obtener la Acreditación ITAES.

Esta acreditación involucra una evaluación integral de calidad de la planta física, el recurso humano, y el equipamiento; hasta el resultado y grado de satisfacción del usuario.

Agradecemos este reconocimiento que nos gratifica y estimula a seguir mejorando por la salud de nuestros pacientes.



En el Centro, cerca de todo, cerca tuyo.

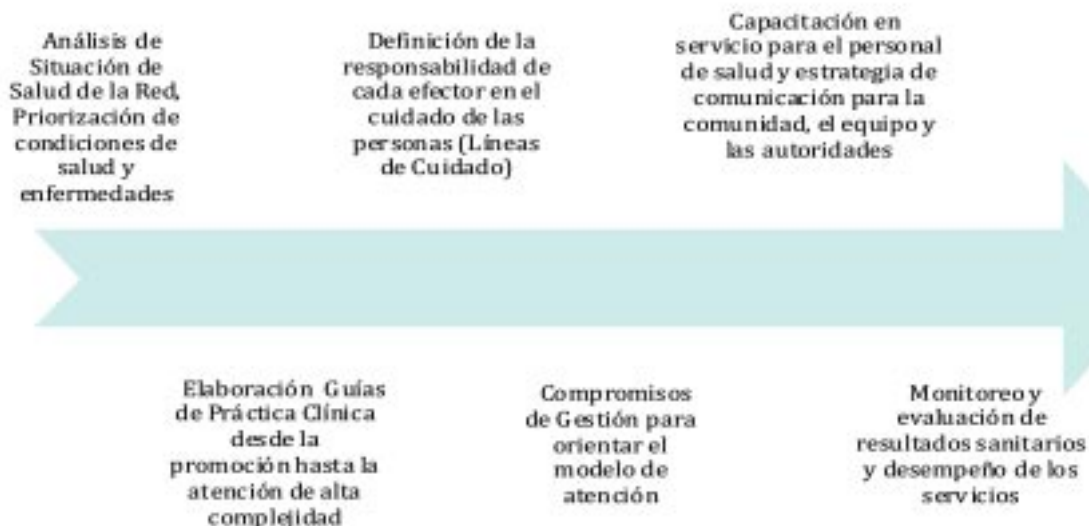
Hipólito Yrigoyen 1210 - Buenos Aires

Turnos: 0800 222 6776 - turnos@cmm.aspoce.com.ar

Horario de Atención: lunes a viernes de 8.30 a 20 h.

www.aspoce.com.ar

Secuencia lógica de la construcción de protecciones sanitarias por líneas de cuidados



Fuente: Tobar, F & Aningsstein, C. Redes de salud. Universidad Arturo Jauretche. 2013

conveniencia de continuar aferrándose al viejo pilar de la Atención Primaria de la Salud que consistía en definir un médico de cabecera o aun un equipo de APS como eje⁶. Este autor sostiene que la posibilidad de compartir información clínica en tiempo y forma permitirá la continuidad de los cuidados más allá de la centralización de las decisiones clínicas. Sin embargo, concluye que, de cualquier manera, el mayor reto del sistema sanitario se centra en gestionar la demanda. Si hasta ahora la preocupación era promover la accesibilidad a los servicios, ahora que en muchos casos se han conquistado aceptables tasas de consultas anuales por habitante, el desafío se desplaza hacia lograr que mayor contacto del ciudadano con el sistema se traduzca también en mejor salud.

Se asume aquí que sólo cuando hay un servicio que funciona como puerta de entrada al sistema y que, si hace falta, se encarga de gestionar las derivaciones, es que los cuidados de salud se convierten en garantías explícitas. Los servicios públicos tienen que conocer la población que tendrán a cargo y salir a buscarlos, en vez de permanecer a la espera de que la gente venga a demandar las prestaciones. Esto requiere que su desempeño sea evaluado y tiene como condición que se disponga de infraestructura y personal adecuados.

II. Corregir desigualdades e insuficiencias en la infraestructura y recursos humanos. Para que el heterogéneo subsistema público de salud consiga dar cuenta del desafío de brindar protecciones frente a las enfermedades priorizadas con igual trato en tiempo y forma, hará falta garantizar una oferta efectiva de servicios. El primer paso para lograrlo consiste en desplegar una recategorización de los servicios de salud. Mientras todos hagan "de todo" o, peor aún, mientras cada uno haga lo que puede en lugar de lo que debe hacer, no conseguiremos que la salud sea un verdadero derecho. Entonces será posible conquistar de forma progresiva servicios que brinden

los cuidados que necesita la población que tienen a su cargo y cuyo desempeño sea evaluado. Pero esa evaluación exigirá, necesariamente, sincerar los recursos disponibles. Y es muy probable que en muchos lugares haga falta incrementar los recursos disponibles en términos de personal, infraestructura y presupuesto operativo.

III. Construir redes de cuidados progresivos. Para implantar una línea de cuidado centrada en una condición de salud significa desplegar un conjunto de cuidados responsables, continuos e integrales de las personas, desde la promoción de la salud, la prevención de riesgos globales y específicos hasta la asistencia en los niveles de mayor complejidad. Para que esto sea posible se requiere la preexistencia de una red integrada de servicios de salud, que primero elabora una Guía de Práctica Clínica y que luego tiene un gobierno y una coordinación operativa de la Red con capacidad de definir y garantizar cuáles son los procesos de referencia y contrarreferencia, y qué es lo que tiene que hacer cada actor y cada servicio de salud para dar cumplimiento a esa guía. □

Referencias

- 1 Tobar, F (2011). ¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina. Fundación Sanatorio Güemes. Buenos Aires. Página 62.
- 2 Tobar, F; Lifstchitz, E (2011). Modelo Argentino de Salud: propuesta de un plan Estratégico de mediano y largo plazo. Buenos Aires. Fundación Sanatorio Güemes. 2011. Páginas
- 3 Cecílio, L & Merhy, E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Mimeo, 2003. Apud. Vilaça Mendes, E (2011). *Op. Cit.* Página 37.
- 4 Instituto Nacional do Câncer. *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA/Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006. Apud. Vilaça Mendes, E (2011). *Op. Cit.* Pág 37.
- 5 Gobierno de España. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Madrid. 2012. Páginas 47 y 48.
- 6 Escarabill; Joan (2009). "Medicina 2.0". *RISAI* 2009, Vol 1. Num 4

Protección para quienes nos protegen



Responsabilidad Civil Profesional
PRAXIS MÉDICA

PRUDENCIA
Seguros 

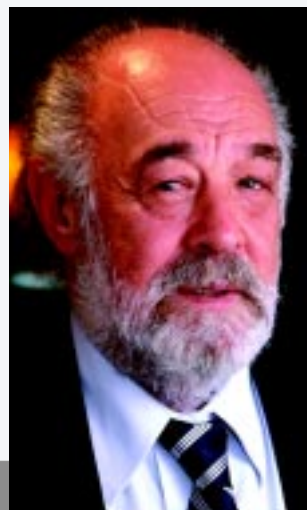
Lavalle 579 P.5, P.7, P.8 y P.9 | 1047 | CABA | Tel: +5411 5235 8816 | Fax: +5411 5258 2840
prudencia@prudenciaseguros.com.ar | www.prudenciaseguros.com.ar

La urgencia de innovar

"Si un problema es convenientemente planteado, es posible que sea bien resuelto"

André-Marie Ampère (1775-1836)

Por el Dr. Ignacio Katz



Una vez leídas las crónicas referidas a la tragedia provocada por la inundación que venimos de padecer, se vuelve prioritario retornar al pensamiento crítico y recurrir al eslogan de la Organización Mundial de la Salud: "los accidentes no son accidentales". Hay que dejar de evaluar estos acontecimientos en términos de inevitabilidad, si queremos planificar un futuro que resguarde la vida de los habitantes de este país. Las lluvias no se podrán parar, la falta de previsión sí, o al menos debería figurar al tope de la lista de prioridades para todos los niveles de gobierno, sean nacionales, provinciales o municipales.

Así como no se deben enunciar cambios sin llevarlos a cabo, tampoco, bajo el rótulo de "condición deficitaria" se puede justificar la inercia y el ocultamiento del "efecto ocaso" de nuestro "sistema de manejo de catástrofes". Vale decir, ya sabemos cuáles son las deudas sociales que arrastramos, y de lo que se trata es de suturarlas, más que de explicarlas. El saldo trágico de las inundaciones debe hacernos repensar en la importancia de concretar un verdadero Sistema Federal Integrado de Salud, que contenga, entre otros elementos, un Sistema de Manejo de Catástrofes, capaz de actuar de forma coordinada entre las distintas jurisdicciones, para paliar de la mejor manera posible las consecuencias de temporales, inundaciones, incendios, accidentes que involucran a un número elevado de personas, etc.

Podemos hacer referencia a la falta de previsión, a que el radar de Ezeiza es malo, al decir y al no hacer... y así de seguido... pero lo que no podemos negar es que la política sin ciencia es ciega y esclerosa al Estado, que actúa ante esa ausencia de forma errática. Las autoridades deben incorporar el pensamiento científico en todas las áreas, pero en especial en aquéllas de importancia nuclear para una sociedad, como es la de la salud. Y en particular, cuando los sucesos de la coyuntura, como las inundaciones, pueden desnudar fallas estructurales.

Lord Beveridge (1879-1963) proclamaba: "la construcción de un sistema de beneficios sociales que fuera capaz de proteger a los ciudadanos desde la cuna hasta la muerte", idea rectora durante buena parte del pasado siglo. Ya no pedimos eso, pero al

menos, si no somos capaces de reconstruir un verdadero Estado de Bienestar, deberíamos crear un Estado reparador, que tenga en cuenta la nueva configuración social argentina, resultante de la implosión social y económica de 2001.

Se trata sin más de la ausencia de una planificación estratégica, ésta que resulta indispensable para llevar adelante las políticas sociales. Desde el sector salud, corresponde reconocer las diferencias entre urgencia-emergencia-catástrofe, y es donde todo profesional habilitado en el tema debe poseer un sobre personal (actualizado periódicamente) con el protocolo a cumplir según su experiencia y lugar de referencia que abarque desde el médico hasta los asistentes sociales. Ante la emergencia y más aún ante la catástrofe, no hay tiempo para debatir cómo se debe proceder. Estas indicaciones deben ser programadas con antelación y coordinadas, no por un "comité de crisis" (temporario), sino por un Gabinete de planificación, acción y monitoreo para la gestión de riesgo. El mismo debería ser integrado en forma conjunta por las Secretarías de Salud, Medio Ambiente y Seguridad Social, tres columnas que interactúen en forma permanente como soporte de este tablero de comando.

Los distintos tipos de tragedias que hemos padecido, se llamen AMIA, Tartagal, Cromañón, Once, y las recientes en La Plata, Conurbano y Ciudad de Buenos Aires, reiteran el mismo defecto: la ausencia de una matriz de planificación prospectiva que contenga indicaciones precisas (protocolos) frente a los hechos. Ante el caos no debe responderse con improvisación, sino con la planificación operativa previamente diseñada. Cuando se produce una catástrofe, no es tiempo de diseñar planes de acción. Estos ya deben estar creados e internalizados desde mucho tiempo antes, y cada persona interviniente en las tareas de rescate debe saber concretamente qué hacer, como señalamos en el párrafo anterior.

Aceptemos que los "temas" son políticos, pero las "herramientas" son técnicas. Se trata de apuntar con claridad a los tres ejes del desarrollo estratégico: la integración social, el equilibrio territorial y la promoción económica. La interrelación de estos objetivos

es clave para lograr una calidad de vida satisfactoria frente a los nuevos escenarios del cambio climático y la sostenibilidad económica.

En las ocasiones extremas, se recurre a la caridad y la beneficencia que se sustenta en el capital argentino de la fraternidad, esa solidaridad que tanto nos enorgullece. Y a esto vale agregar lo expresado por Arturo Frondizi: "En un país subdesarrollado, no es con espontaneidad, sino con planificación de políticas activas que se avanza en el desarrollo social". Por más rol positivo que puedan cubrir las organizaciones no gubernamentales (ONG), se necesita una acción orientadora fuerte, racional, científica y decisiva por parte del Estado en todos sus niveles, para poder transformar la realidad.

Tardamos 300 años para pasar de lo que enunciaba Francis Bacon (1561-1626) "Saber es poder", a lo que señalaba Auguste Comte (1798-1857) "Saber para prever, prever para poder". ¿Cuántos años deberán transcurrir para pasar de la crónica de las tragedias al pensamiento crítico y transformador, capaz de crear las condiciones para remediar los males, más que para relatarlos?

Cuando el tema se nos impone, es la urgencia de innovar la vía para transformar el proceso de vida social en que estamos inmersos y así evitar cristalizar nuestro futuro. La razón de ser de la innovación reside en los requerimientos de la vida humana. No podemos resignarnos a escuchar explicaciones compungidas, cuando con una planificación estratégica se puede evitar saldos tan dolorosos como los que se han registrado por las tormentas del 1 y 2 de abril. La crisis puede ser algo latente, la catástrofe es evidente.

Para administrar una población y gestionarla se requiere conocimiento y pericia, se necesitan estrategias, tácticas y logística al servicio de un plan operativo con programas y agenda a cumplir, a fin de actuar con racionalidad y capacidad para detectar las necesidades según prioridades enhebradas con la lógica correcta. Una vez más las víctimas son los sufrientes de la injusticia. Lo que venimos de padecer no es otra cosa que la muestra de la estructura real en la que se asienta nuestra sociedad. Del subdesarrollo no se sale con un voluntarismo que haga pie en la espontaneidad y eche mano a la beneficencia, la caridad y a la probada fraternidad, sino con recursos como la racionalidad, la inteligencia y la toma de conciencia que impongan una planificación estratégica y gestión al servicio de una vida digna para nuestro pueblo.

Al decir de Gregory Batenson: "si queremos vivir en armonía con los demás seres vivos del planeta, debemos aprender a pensar cómo piensa la naturaleza." □

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*" (Edufp, 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. Mod. 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 amparo judicial: un multiplicador del derecho individual a la salud

Por Carlos Vassallo *



Los países de América latina han agregado en sus reformas constitucionales el derecho a la salud o bien han aprobado leyes consagrando el mismo. Esto no asegura el acceso equitativo e igualitario a la salud por parte de la población, sino que es un norte, un consenso social que establece desde el punto de vista jurídico institucional que todos tienen derecho a la salud.

El derecho a la salud es muy amplio e involucra aspectos que tienen que ver con ciertos comportamientos individuales que hacen al riesgo y por supuesto un accionar y responsabilidad del Estado en organizar o regular un sistema de atención de la salud que permita recuperar la misma cuando se ha perdido. Un tema clave del debate es el rol del Estado hasta donde alcanza, debe prestar los servicios en forma directa o sólo financiar y regular las prestaciones que pueden ser brindadas por otros operadores.

Hasta donde se brinda la cobertura, tiene límites o es algo que se va corriendo hasta que alcancen los recursos correspondientes. Si analizamos el sector salud desde la teoría económica podemos decir que se trata de un mercado anormal, donde los proveedores tienen muchas facilidades para diferenciar servicios y así manejar precios, los servicios distan de ser homogéneos y comparables y la demanda no está organizada ni preparada para comprar y negociar. La relación de agencia del médico interactuando entre oferta y demanda constituye sin dudas un aspecto clave a considerar en esta anormalidad.

La revolución científico tecnológica constituye un proceso irreversible y salud ha sido junto con otros sectores como la informática o la electrónica quien más se ha visto beneficiado por la introducción de nuevas tecnologías (incluido medicamentos) que han acortado distancias y han logrado avances extraordinarios. La medicina genómica por ejemplo combinada con la bioinformática y la biotecnología constituye una fuente de innovación y de nuevos productos que se volcarán a resolver no sólo problemas sino causas de las enfermedades a precios muy altos.

Ya no se tratará de medicamentos o terapias amplias para todos que constituye un mecanismo de escala para lograr precios accesibles. Estamos asistiendo al lanzamiento de innovaciones cada vez más

específicas para patologías y pacientes muy concretos que naturalmente ejerciendo su derecho a la salud, quieren acceder a lo último en materia tecnológica sin estar condicionado por el financiamiento.

Comienza a jugarse un partido donde el derecho a la salud y sus alcances, las innovaciones tecnológicas en salud y el financiamiento solidario constituyen los vértices de un triángulo que resulta difícil de contener.

La judicialización de la salud vía los amparos que tan bien se presenta en esta tesis constituye una estrategia de extensión vertical de la cobertura que genera dudas sobre la sustentabilidad futura del sistema de salud. Es cierto como me decía un gerente del sector que hemos fallado en el diagnóstico de pronosticar la quiebra del sistema de salud ante la presión de las coberturas más innovadoras que no quiere decir que hayan pasado la prueba de la medicina basada en la evidencia o de la evaluación económica. Sólo han pasado la prueba, que no es poco, de la calidad, la eficacia y el de no causar mal. Pero esto no es suficiente para lo que estamos discutiendo. Aquí falta una variable clave que es la escasez de recursos y como el sistema necesita encontrar mecanismos de racionalización para no terminar racionando indiscriminadamente y causando perjuicios que podrían ser evitados.

Es incorrecto sin embargo decir que el incremento de la judicialización no ha producido consecuencias porque no ha quebrado el sistema. Esto ha significado durante todo este tiempo un proceso de reasignación de los recursos de los aseguradores discriminando en forma negativa la prevención y promoción de la salud a favor de prácticas complejas o de medicaciones de dudosa efectividad pero que los jueces han previsto que sea entregada respetando la abundante legislación en materia de derecho a la salud que figura en la Constitución Nacional y en las leyes específicas. Sin dudas estos son elementos claves para que el juez pueda dictaminar a favor de cualquier tipo de prestación o medicación, a ser prestada o provista en cualquier lugar y en cualquier momento.

A nadie le gusta poner los límites. Según la teoría del public choice la población está dispuesta a finan-

ciar de forma generosa todo tipo de servicios al momento en que le consultan, el problema es que luego cuando tiene que pagar los impuestos para sostener esas mismas prestaciones que le parecen justas y adecuadas, tiene serios problemas para aceptarlo. Quién es entonces el encargado de poner equilibrio en esa relación. Claramente el Estado a través de sus diferentes agentes es el encargado de brindar las garantías necesarias para cerrar el círculo entre acceso, sustentabilidad y calidad.

Este no es un problema de los jueces, o de los pacientes o de los proveedores que hacen su juego en consonancia con los médicos o los estudios jurídicos, es un problema de mal diseño de las reglas. Los malos diseños invitan a la corrupción y la mala utilización de los recursos. La política no es un arte que se resuelve a través de la magia, todo arte tiene también métodos y una cuota de ciencia que permite en este caso mejorar la gobernanza del sistema.

La economía de la salud provee elementos claves a ser tenidos en cuenta por la política para racionalizar la utilización y evitar recortes indiscriminados e injustos sobre tecnologías e innovaciones de probada efectividad. La evaluación económica de tecnologías, las guías clínicas y protocolos, la variación de la práctica clínica, metodologías para el cálculo de copagos, el costeo de las prestaciones le brindan a la política sanitaria la cuota de ciencia para tomar decisiones y establecer prioridades.

La política tiene el desafío de establecer los

límites y asumir los costos políticos si fuera necesario entre todos los partidos asumiendo un diagnóstico exento de voluntarismo y expresiones de deseo que muchas se cambian al momento de acceder a las responsabilidades concretas de gestión. Recordando el Teorema de Baglini la responsabilidad de las expresiones de los políticos resultan inversamente proporcional a las posibilidades de ser gobierno. Cuando más se acerca la posibilidad de gobernar mayor razonabilidad y respaldo técnico tienen las expresiones.

Según el gran analista Prof. Carlos Matus los políticos se dividen en aquellos que él denomina cabecillas que son los punteros, los que se dedican a la micropolítica, luego están los líderes que son aquellos que ven más allá del ángulo de la curva y finalmente los estadistas que tienen la obligación de ver más allá del camino. En la Argentina a diferencia de lo que sucede en la región, tenemos desde hace muchos años cabecillas y no líderes que puedan observar un poco más allá. En salud esta es una importante limitación para asegurar el derecho a la salud para todos en forma universal, equitativa y de calidad. □

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



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

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

Tendencias y Paradigmas en Salud Pública

Los principales referentes del sector salud exponen en este informe sus perspectivas, cuestionamientos y propuestas en relación a las nuevas acciones a desarrollar en el área de la salud pública.

La cita fue en el 1^{er} Congreso Universitario de Salud Pública, organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en adhesión al Día Mundial de la Salud, que se festeja cada 7 de abril. Fue en el marco del panel "Nuevas acciones en el área de la Salud Pública", que reunió al Lic. Federico Tobar, Coordinador Académico de la Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud (Sede Fundación Sanatorio Güemes), al Dr. Tomás Sánchez de Bustamante, Gerente General de OSDE, al Lic. Claudio Belocopitt, Presidente de Swiss Medical, al Dr. Gabriel Montero, Docente de Salud Pública y Gerente del Hospital Italiano de Buenos Aires, y al Dr. Alfredo Stern, Director Médico de FATSA/OSPSA, (Obra Social de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina). Juntos, bajo la coordina-

ción del Dr. Mario Lugones, Director del Instituto de Medicina para Seguridad Social y Evaluación Tecnológica, y con los aportes del Secretario del panel, Dr. Benjamín Surace, Gerente de Planeamiento, Programas y Desarrollo de O.S.U.T.H.G.R.A. (Obra Social de la Unión de Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina), pasaron revista de los temas y preocupaciones que, hoy por hoy, afectan al sector de la salud pública en la Argentina.

Luego de la introducción de Lugones, que abrió el panel destacando la posibilidad de hablar, en esa oportunidad, "de lo que no se habla en materia de salud pública", fue el Licenciado Tobar el primero en exponer. En su disertación, presentó un análisis económico en términos de oferta, demanda y necesidades para la salud pública. Luego, fue el turno del Licenciado Belocopitt, que se

detuvo en las causas de la realidad problemática que enfrenta la salud pública. Más tarde, el Doctor Sánchez de Bustamante subrayó la importancia de recomponer la confianza y la cooperación para sanear el sector. El Doctor Montero, por su parte, se centró en los mitos que rodean a la salud pública en nuestro país. Por último, el Doctor Stern, se enfocó en el análisis de un cierto relato social que tiene su manifestación también en el sector salud. Hacia el final del encuentro, el Secretario de la mesa, el Doctor Surace, resumió los aportes de todos los expositores, de modo tal que pudo aportar aun más claridad a todo lo expuesto.

DESDE LOS NUMEROS HACIA LAS NECESIDADES

Federico Tobar inició su presentación con una aclaración: "Me gustan los números". Así, dio comienzo a su análisis económico de



Dr. Alfredo Stern, Dr. Benjamín Surace, Dr. Mario Lugones, Lic. Claudio Belocopitt, Dr. Gabriel Montero, Dr. Tomás Sánchez de Bustamante y el Lic. Federico Tobar.

la realidad de la salud pública nacional. "En salud pública, tenemos la obligación de diferenciar oferta, demanda y necesidad". Es a partir de un análisis cuantitativo, aclaró, que se puede arribar al ámbito de las necesidades: "El análisis económico nos permite llegar a esa tercera dimensión de la necesidad". Así, Tobar distinguió los componentes del sistema de salud. Del lado de la oferta, detalló, "están la salud pública, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga". Del lado de la demanda, hay una población con afiliación y otra sin afiliación. "Todos tienen cobertura, pero no todos tienen afiliación", especificó Tobar.

La población con afiliación, prosiguió, según el censo de 2010, es de 25.3 millones, mientras que la que no cuenta con afiliación es de 14.3 millones. De la porción que sí está afiliada a algún subsistema, el 18.9% forman parte de alguna obra social, el 4.2% está asociado a una prepaga a través de obras sociales y el 2% forma parte de alguna empresa de medicina prepaga en forma directa. En este escenario, los seguros públicos, detalló Tobar, conforman un caso para analizar aparte: "No brindan el PMO completo pero organizan la cobertura con subsidios; es una de las líneas de reforma que se vienen implantando en materia de salud pública para que todos los que no tengan obra social pasen a tener algún tipo de aseguramiento", señaló.

Federico Tobar:
"Hay un alto impacto del gasto de bolsillo: sabemos que un sistema de salud es bueno cuando el gasto de bolsillo es bajo"

En relación a la financiación, Tobar se detuvo en el detalle por-

centual del gasto efectuado en salud. Así, especificó que, por ejemplo, del lado de la oferta, el Estado corre con el 27.3% del gasto total, las obras sociales con el 36.5% y los seguros privados con el 5.6%. El desembolso directo, agregó, llega al 30.5%. "Hay un alto impacto del gasto de bolsillo: sabemos que un sistema de salud es bueno cuando el gasto de bolsillo es bajo". El problema es que "pagan más los que menos tienen", advirtió.

Luego de presentar en un diagrama el circuito integrado del sistema de salud nacional, Tobar analizó las crecientes brechas en la financiación. Mientras que en el sistema público se invierten \$ 167 por mes por habitante, de los cuales, no obstante, deben descontarse las transferencias, las obras sociales provinciales cuentan con \$ 154, las obras sociales nacionales, con \$ 219 y el Pami con \$ 233. Las prepagas, por su parte, llegan a un pago voluntario promedio de \$ 306 por persona por mes. "La transferencia más importante es de 10 millones de pesos que salen de la Seguridad Social hacia el sector de las prepagas", advirtió. Todos estos números, indicó Tobar, acusan "una gran complejidad, una gran fragmentación y pulverización de la ecuación".

Más tarde, Tobar se refirió a la utilización de los servicios, en especial a la que hace a la atención primaria: "Nuestro sistema de salud es muy hospital-céntrico, y se sabe que un sistema de salud es bueno si prioriza la atención primaria: eso ocurre cuando las consultas se realizan fuera del hospital", advirtió. En relación a las tasas de utilización, Tobar subrayó que "los afiliados tienden a una mayor tasa de consultas y los no afiliados a una menor tasa de consultas: esto nos habla de la inequidad del sistema".

En sus conclusiones, Tobar mencionó, como dato positivo, que la población con cobertura se ha incrementado en un 16%. Sin embargo, insistió en la problemática de la fragmentación: "Las decisiones se segmentan, los cuidados se fragmentan, la financiación se atomiza: todo esto lleva a que se acentúen las brechas". "Las brechas de financiación disminuyen al interior de la seguridad social, pero aumentan hacia el exterior", sintetizó.

HACERLE FRENTE A LOS PROBLEMAS

Más tarde, fue el turno del Licenciado Belocopitt, quien dio comienzo a su presentación con ánimo de claridad: "El sistema de salud funciona mal y uno de los factores responsables somos nosotros, los dirigentes". Es por eso, señaló, que siempre es positivo intentar dialogar para aportar mejoras al sistema. Para dar un diagnóstico general, adelantó que "tenemos tres subsistemas indispensables y necesarios, que deberían funcionar bien". En este sentido, enfatizó que es falso pensar que a un sector le conviene que otro no funcione: "El sistema privado necesita que los otros dos subsectores funcionen bien". Cuando el sistema público y las obras sociales se vuelven disfuncionales, especificó, "las prepagas, que son voluntarias, se vuelven una necesidad".

Lo cierto, detalló, "es que el sistema funciona mal y todos los actores se quejan, incluso aquellos que accionan en el ámbito del sistema público, lo que es muy triste porque la salud pública podría funcionar muy bien". Cuando los reclamos son tan generalizados, explicó Belocopitt, lo que no funciona es el sistema en sí mismo: "Al sistema de salud tenemos que hacerlo de nuevo porque si no lo hacemos vamos a seguir discu-

osfe Obra Social
FERROVIARIA

Su salud en las mejores manos

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



www.osfe.org.ar



El público siguió con atención las disertaciones en el recinto del Aula Magna.

tiendo problemas que no tienen solución”.

El problema básico del sistema sanitario, señaló el licenciado, es el del financiamiento: “Los recursos no alcanzan”. Esta problemática, prosiguió, es la que la humanidad va a tener que enfrentar de cara al futuro, cada día más. “En la Argentina, esto todavía no lo entendimos”, advirtió. El aumento de la expectativa de vida, analizó Belocopitt, necesita de un financiamiento inteligente, pero, en este sentido, “nuestro país va por la contramano: todos los países hacen lo que nosotros no hacemos”. A modo de ejemplo, Belocopitt mencionó las continuas incorporaciones de prácticas al PMO, que se hacen “sin pensar de dónde van a salir los recursos”.

Claudio Belocopitt:
“Al sistema de salud tenemos que hacerlo de nuevo porque si no lo hacemos vamos a seguir discutiendo problemas que no tienen solución”

Según Belocopitt, otro de los temas que afecta de forma creciente al sistema es el del aumento de las demandas por mala praxis, que “genera que el sistema se quede sin dinero para atender prácticas sanitarias muy costosas”. La realidad es que “si las prepagas aumentan la cuota se trata como si fuera una catástro-

fe, mientras que si el aumento se da en una empresa de seguros, no pasa nada”, analizó.

Es por eso que, en sus conclusiones, Belocopitt señaló que *la salud no tiene precio* “es una frase hecha; en verdad, la salud tiene costos muy altos”. “Si no entendemos que hay una crisis de financiamiento en el sector, las discusiones se van a hacer eternas; no hay que bajar los brazos; hay que seguir planteando claramente cuáles son los problemas”, sintetizó.

EN POS DE LA CONFIANZA

El doctor Sánchez de Bustamante enfatizó desde el principio de su exposición que “el tema principal es la confianza; hay que construir confianza”, algo que se torna difícil en nuestro país, señaló, “por la creciente politización y las necesidades subsectoriales”. El doctor advirtió incluso que, en materia de salud, “este es un país hipócrita; la cooperación no existe”.

De todos modos, para intentar apostar a la reconstrucción de la confianza en el sistema de salud, Sánchez de Bustamante indicó que “ante las palabras *confianza, cooperación, coordinación* hay que bajar las armas.” Es por eso que desde su institución creen que es posible articular lo público y lo privado: “Llevamos adelante muchas acciones en ese sentido; tenemos que pensar que, como institución, se nos va a conocer por lo que hacemos para contribuir a la sociedad”.

En referencia a la naturaleza de las empresas de medicina prepa-

tó que “tenemos una dualidad en nuestro ADN: somos empresas privadas pero queremos colaborar”. En el caso de OSDE, especificó, en muchas provincias trabaja juntamente con los hospitales públicos. Además, en los últimos diez años, OSDE ha repartido más de 70 millones de dólares en establecimientos públicos.

Tomás Sánchez de Bustamante:
“Ante las palabras *confianza, cooperación, coordinación* hay que bajar las armas”

Pero, más allá de la acción de los privados, el doctor enfatizó el rol que tiene que tener la política en salud: un rol de liderazgo. “La recoordinación del sistema es necesaria; el Estado deja hacer y deja que las responsabilidades caigan sobre un sector sin que medie discusión”. Entre las tareas a realizar, Sánchez de Bustamante listó un censo sanitario, “para saber qué tenemos y dónde lo tenemos”. También, propuso, “se podría armar un fondo entre empresas, un fideicomiso, para instalar salas en el interior del país”. “Esto no sólo sirve para mejorar nuestra imagen, sino que también amplía la cobertura”.

A modo de conclusión, el doctor volvió a remarcar el camino de la acción para lograr un modelo de confianza para el sistema sanitario: “Se pueden hacer muchas cosas con el fin de reconstruir la confianza y la cooperación”.

EL PESO DE LOS PARADIGMAS

El doctor Gabriel Montero aclaró en su disertación que iba a presentar sus ideas a título personal, sin representar a ninguna institución. Es por sus ideas mismas, reflexionó, “que muchas veces siento que nado en contra de la corriente”. Para dar paso a su presentación, Montero adelantó sus conclusiones, que sirvieron de marco para el resto de sus aportes: “Estamos presos de un paradigma conceptual en la dimensión de la escuela sanitaria; no nos atrevemos a dar el salto”.

En primer lugar, este modelo que pesa sobre la salud “dice que nuestro sistema sanitario es muy

malo". Pero lo cierto, señaló, es que todos los segmentos de la población tienen una buena imagen del subsector de la salud al que pertenecen. El segundo paradigma a franquear afirma que se gasta mucho en salud; el tercero, que hay que reformar el sistema por completo: "Todo se puede mejorar, claro, pero primero hay que sacarle el jugo a lo que ya hay", enfatizó.

Gabriel Montero:
"Estamos presos de un paradigma conceptual en la dimensión de la escuela sanitaria; no nos atrevemos a dar el salto"

Si éstos son los contenidos un tanto míticos que van conformando el paradigma, hay temas, en cambio, de los que no se habla, señaló Montero. "No se habla de calidad, no se habla de modelo de gestión, no se discute quiénes son los responsables de la inequidad". En este sentido, Montero rescató un estudio de Richard Wilkinson en el que se demuestra que "la diferencia de ingresos entre los países no implican diferencias importantes en materia sanitaria o social; hay países con mejores resultados y peores ingresos". Es aquí en donde la gestión marca el rumbo.

Así, Montero hizo extensivo este análisis a la realidad argentina para demostrar que "no son los niveles de ingresos los que marcan las diferencias de resultados sanitarios entre provincia y provincia, sino las variaciones en materia de inequidad". Sin embargo, Montero también constató que "la Argentina tiene un buen nivel de desarrollo humano, tendencia que viene en alta". Además, también se han reducido las brechas de inequidad.

Para refutar el segundo paradigma, el que indica que el gasto

en salud es alto, Montero recordó que más del 30% del gasto en salud es privado: "Esto nos habla de inequidad". Para invertir esta tendencia, el doctor mencionó algunos planes interesantes en política pública: es el caso del Plan Nacer, que, a noviembre de 2012, llevaba invertidos más de 1.100 millones de pesos.

Para cerrar su disertación, Montero destacó que "la cobertura institucional es imprescindible". Asimismo, enfatizó el valor de la salud pública: "Hay que remarcar la fortaleza del clásico eje en lo público y las reformas que se hagan en este sentido deben tener cuidado de no avasallar lo que ya hay de bueno en nuestro sistema".

EL RELATO DE LA SALUD

Le tocó al doctor Alfredo Stern cerrar la mesa, y lo hizo analizando la manifestación que tiene en el ámbito de la salud un cierto relato social, más generalizado. "En salud también hay un relato que se va construyendo", remarcó.

En primer lugar, ese relato "dice que hay que comenzar un debate sobre a quiénes les corresponden las obras sociales". Pero en este sentido, subrayó, "no hay discusión posible porque es la ley misma la que señala que las obras sociales son patrimonio de los trabajadores." En segundo lugar, también surge la pregunta, como parte del relato, de a qué o a quiénes destinan tantos fondos las obras sociales. "La verdad, manifestó Stern, es que los recursos que tenemos no alcanzan: las obras sociales contamos con \$ 200 por persona para brindar nuestros servicios".

Más tarde, Stern se refirió a la situación contraproducente que las obras sociales están viviendo con el Fondo Solidario: "Hay 6.500 millones de pesos que deberían haber reingresado a las obras sociales; de ese monto, sólo se rein-

tegró la mitad". Otro de los formantes del relato mítico que rodea a las obras sociales es la afirmación de que están mal administradas: "Generalizar pensando que todos son corruptos es difamatorio; no hay que castigar a un sector entero por el mal accionar individual", señaló Stern. También se dice, comentó el doctor, "que nadie controla a las obras sociales". "Esto no es así: tenemos múltiples instancias de control".

Para dar un panorama de las problemáticas que enfrenta el sector de las obras sociales, Stern remarcó que todos los conflictos que se habían ido señalando en el panel están presentes en su sector: desde el peso del pago de bolsillo y el impacto de las nuevas tecnologías hasta la influencia de la actividad querellante. "Todo esto conforma un cocktail explosivo".

Alfredo Stern:
"El sistema de la seguridad social está basado en la solidaridad; destruir eso sería destruir algo muy importante para nuestro país"

En sus conclusiones, Stern advirtió que hay que tener cuidado cuando se afirma que hay que rehacer por completo el sistema de salud: "Cada subsector tiene su historia; no diseñamos un país desde cero". Por eso, sintetizó, "hay que tener en claro que pensar que un modelo exterior puede llegar a funcionar acá es simplista". Por último, Stern recordó que "el sistema de la seguridad social está basado en la solidaridad; destruir eso sería destruir algo muy importante para nuestro país". La apuesta, concluyó, "debe estar dirigida a pensar cómo fortalecer y mejorar el sistema público de 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

Balance de dos años de vigencia de la Ley de Empresas de Medicina Prepaga



Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar.

En primer término, cabe recordar el tratamiento que la ley 26.682 tuvo en el Congreso Nacional. El entonces proyecto tuvo aprobación en la Cámara de Diputados de la Nación en el mes de agosto de 2008.

Más de dos años después de esa fecha, en el mes de noviembre de 2010, la Cámara de Senadores de la Nación, aprobó el proyecto con algunas reformas. Por ello, dicho proyecto fue enviado nuevamente a la Cámara de Diputados de la Nación que aceptó las modificaciones introducidas por la cámara alta, el día 4 de mayo de 2011 y finalmente fue promulgada por el Poder Ejecutivo Nacional el día 16 de mayo de 2011, como ley 26.682.

Nos parece importante recordar que tanto en las dos sesiones en que se trató en la Cámara de Diputados de la Nación, como en la sesión que lo trató el Senado Nacional, el proyecto tuvo consenso de prácticamente todos los legisladores presentes, con excepción de algunas escasas abstenciones. No es un detalle menor, ya que por las fechas de tratamiento en una y otra Cámara las conformaciones de ambas variaron en el tiempo, y es dable destacar también que tanto los bloques oficialistas como opositores coincidieron en el contenido de la norma.

Del debate producido en el Congreso Nacional, se desprenden los objetivos que los legisladores tuvieron en mira para aprobar el contenido de la ley 26.682. Resultan interesantes los debates parlamentarios para entender (o interpretar) cuáles fueron los objetivos tenidos en mira por los legisladores -y consecuentemente por la ley- y analizar, luego de dos años de su vigencia, su grado de cumplimiento.

1º) Mejorar el sistema de salud

A los efectos de analizar la eventual mejora que una ley que regula la actividad de la medicina prepaga puede producir en un sistema de salud, consideramos oportuno destacar, como lo hicieron en su

oportunidad los propios legisladores, que esta ley está destinada al 10 % del total de la población argentina. Además, no tiene relación directa ni con la salud pública ni con la seguridad social. En otras palabras, resulta difícil que pueda modificar sustancialmente la atención sanitaria de la población argentina.

Actualmente, aún no contamos con datos epidemiológicos que permitan acreditar la mejora en el servicio de la medicina prepaga derivada de la aplicación de la ley 26.682.

2º) Proteger el derecho de los usuarios

Con relación a la protección de los derechos de los usuarios, creemos necesario distinguir entre situaciones inmediatas y mediatas. Desde lo inmediato, es inequívoco que la cristalización legislativa de prescripciones concretas -inexistencia de carencias, imposibilidad de ser dado de baja si no se presentan determinadas condiciones, derecho a permanecer con la asistencia de determinado prestador, etc.- significan efectivamente la mejora en la situación de los usuarios. Vista la situación con una perspectiva más mediata, existen voces de representantes del sector que avizoran poco menos que una catástrofe si no se morigeran determinados efectos que se desprenden de la aplicación fría de la letra de la ley. Si ello fuera así, obviamente los derechos de los usuarios se verían puestos en peligro. Hasta el día de hoy, esta catástrofe no se presentó y también es cierto que, con alguna frecuencia, los argentinos estamos acostumbrados a pronosticar situaciones de crisis terminales que luego no se presentan. No obstante ello, debemos considerar que el hecho de eliminar las carencias para ingresar como socios de una entidad, dificulta objetivamente la capacidad de cualquier empresa de proyectar en el tiempo cálculos actuariales serios y precisos. O lo que es peor, que esos cálculos se realicen no sobre las probabilidades de enfermar en personas sanas, sino

en datos reales y concretos de gasto médico proyectado en el tiempo.

3°) Proteger la rentabilidad de las empresas de medicina prepaga

De los informes verbales de las empresas de medicina prepaga no surge una mejora en la rentabilidad de las empresas de medicina prepaga. Es posible también que ello pueda ocurrir por otros factores y no por la existencia o no de una ley; por ejemplo, relacionados con la actividad económica del país, el aumento de los costos de los servicios médicos, etc. Más allá de todas estas circunstancias, nos adelantamos a señalar que del contenido de la ley no parecieran desprenderse prescripciones concretas que mejoren directamente la rentabilidad de las empresas de medicina prepaga.

4°) Proteger a las empresas de la medicina prepaga de la judicialización del sistema

Los datos vinculados con la judicialización del sistema de salud, tampoco acreditan una merma en la cantidad de juicios que se presentan en el sistema. Por el contrario, las nuevas normas han generado una mayor litigiosidad ya que la falta de reglamentación de algunos aspectos de la ley ha dejado a la interpretación judicial los vacíos legales.

5°) Evitar la intromisión de las empresas de medicina prepaga en la seguridad social

Tanto del discurso de los legisladores en ocasión del tratamiento de esta ley, como del debate que se produjo en las comisiones del Congreso, se desprende que uno de los objetivos de la ley 26.682 era el de evitar la intromisión de las empresas de medicina prepaga en la seguridad social. Con respecto a este tema, la ley, en realidad, reiteró algunas regulaciones legales que estaban presentes en normas admi-

nistrativas del INOS, ANSAL y de la Superintendencia de Servicios de Salud -por ejemplo, la obligación de presentar balances que distingan la situación de los beneficiarios voluntarios de los obligatorios- que no habían disuadido en su momento al sector privado a participar en la seguridad social. Más aún, en los dos últimos años se continúa observando el ingreso permanente de opciones de cambio de beneficiarios a favor de obras sociales claramente vinculadas con empresas de medicina prepaga.

6°) Garantizar a los prestadores médicos un trabajo digno y bien remunerado

Finalmente, tampoco existen datos que permitan sostener que los prestadores médicos gocen en la actualidad de un trabajo digno mejor remunerado, como consecuencia de la sanción de la ley 26.682.

Estamos convencidos que para mejorar el sistema de salud argentino, proteger los derechos tanto de los usuarios, como de los financiadores y de los prestadores, debemos rediscutir el rol de la salud pública -si debe limitarse a una función de contralor o debe avanzar también en otras cuestiones vinculadas con la asistencia sanitaria de la población argentina-, intentar unificar los numerosos subsistemas que coexisten en la seguridad social, al menos tener la garantía de que todos sus beneficiarios recibirán una similar canasta de prestaciones médico-asistenciales, articular redes de prestadores de distintos subsistemas de salud y, lógicamente, controlar el funcionamiento de la medicina prepaga.

Existen numerosas materias derivadas de la ley 26.682 que permanecen pendientes de implementación. Es probable que cuando culmine esta etapa, se observen algunas mejoras en el proceso de contralor de la medicina prepaga que aún no se observan. □

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

Gestión de Servicios de Salud



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

Los sistemas sanitarios constituyen una forma compleja de interrelación entre diversos actores, entre los que podemos listar, en nuestro país, como principales a los gobiernos Nacionales, Provinciales y Municipales, los Seguros Sociales y los Seguros Privados, los prestadores de servicios sanitarios, los proveedores de insumos y al total de los ciudadanos.

Entre esos actores se producen diferentes niveles de interacción para conseguir los distintos objetivos que se prosiguen en cualquiera de los sistemas sanitarios cualquiera sea la sociedad de que se trate y que son la equidad, la accesibilidad, la oportunidad, la calidad, la satisfacción del usuario, la eficiencia y la efectividad.

Entre estos objetivos queremos puntualizar algunos.

a) La satisfacción de los usuarios. Ese parámetro es muy personal y tiene diferentes abordajes según pensemos en nuestro propio estado de salud o bien en el grado de satisfacción o conformidad con los servicios sanitarios que recibimos.

b) La equidad tiene diferentes formas de expresarse pero en general puede decirse que es la forma en que los sistemas sanitarios pueden lograr los mismos cuidados de salud en cantidad y calidad, con independencia de sexo, la edad, la condición social o eco-

nómica, ámbito geográfico, cultura etc.

c) La eficiencia es la forma de conseguir los objetivos de calidad del sistema con un costo que la sociedad pueda financiar y evitando dentro de lo posible los costos de no calidad.

Según las diferentes formas de interacción y los valores que predominan en una sociedad respecto a otra, se generan los diferentes tipos de sistemas sanitarios donde los objetivos a lograr pueden estar considerados según un diferente orden de prioridades de uno respecto al otro. Tienen que ver como interactúan factores como el financiamiento, las formas de regulación, las formas de gestión y la utilización de los servicios.

En este escrito vamos a desarrollar el tema de la **gestión de servicios de Salud**.

En trabajos anteriores ya hemos expresado que los sistemas sanitarios impactan muy poco en la mejora de la salud de las poblaciones y que la disminución de la enfermedad y la mejora del nivel de salud de las poblaciones se produce fundamentalmente por acción de factores denominados determinantes o condicionantes de la salud que son la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida, el nivel educativo, el entorno laboral, el nivel y la distribución de la renta, entre los más importantes.

Sin embargo, en general los gastos en salud están afectados en un 90% para los sistemas de atención y sólo un 10% para los otros determinantes.

El gasto aumenta exponencialmente, pero es escaso en calidad, considerando que hay autores como Berwick que han calculado que entre el 40% al 50% de lo gastado en Salud se aplica en costos de no calidad, por la utilización innecesaria de recursos, menor nivel de eficiencia (más gasto con iguales resultados) menor efectividad (más acciones e iguales resultados) y falta de equidad (el mal uso de recursos implica su falta en otras acciones de salud).

Definimos como Gestión al conjunto de acciones que se realizan tendientes a administrar y dirigir los recursos disponibles con el fin de lograr los objetivos y metas propuestos en un contexto de máxima eficiencia y efectividad.

Este concepto es aplicable en su totalidad a la Gestión Sanitaria o Gestión en el ámbito de la Salud.

En este campo, el de la Salud, diferentes son los niveles donde puede aplicarse la Gestión:

A) GESTION DE POLITICA SANITARIA. ORGANIZACIONES SANITARIAS

En este campo y en primer lugar aparece la Regulación como herramienta de Gestión Sanitaria.

Ya se ha expresado que la función de producción de salud es de naturaleza compleja y que los servicios de salud forman parte de los llamados mercados imperfectos (tienen incertidumbre, fallas y asimetrías de información, con relación de agencia) y por lo tanto para funcionar adecuadamente necesitan un marco regulatorio específico, que asegure la equidad.

Otros ejemplos de Gestión de Políticas Sanitarias es la aplicación de estrategias destinadas a proteger y mejorar la salud de las personas actuando sobre los condicionantes de la Salud. Estas líneas de acción se materializan en medidas como la educación en estilos de vida saludables y la protección del medio ambiente con

incorporación de tecnología en el marco del desarrollo sustentable.

Otros ejemplos pueden ser la estrategia de APS, la gestión de la cobertura financiera de las atenciones de salud del sector público o del Seguro Social, la definición de políticas y prioridades para la asignación de recursos y también en la organización y articulación de los propios servicios sanitarios.

Otro campo no menos importante es el desarrollo de programas como herramientas de gestión.

El programa es una herramienta o instrumento destinado a hacer operativas las políticas sanitarias a través de la aplicación de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Los programas pueden originarse en cualquiera de los sectores de la Salud, públicos (Municipio, Provincias, Nación), Seguridad Social (ejemplo PMO), o sector privado.

Los programas pueden aplicar uno o varios tipos de acciones de salud, pueden ser verticales u horizontales y pueden ser de apoyo al sector de la Salud sin aplicar acciones sanitarias.

Otro campo de Gestión es la Evaluación de las tecnologías sanitarias. (Estudio de las implicancias médicas, éticas, económicas, etc. del uso y desarrollo de tecnologías sanitarias, buscando orientar una toma racional de decisiones).

B) GESTION DE MODELOS DE ATENCION. GESTION DE REDES

Una Red de atención de la Salud de las Personas es un conjunto de prestadores de primer, segundo y/o tercer nivel asistencial, distribuidos geográficamente con criterios y vínculos jurídicos de complementariedad y de referencia y contrarreferencia, destinados a brindar cobertura a una determi-

nada población residente en su área de influencia, bajo normas, procedimientos y criterios programáticos comunes, controlados y conducidos, en su objetivo específico por un órgano de administración único.

Los modelos de atención en Red implican la organización y gestión del órgano de administración, la elección de los participantes, definir el modelo de prestaciones a aplicar, definir los niveles y las formas de articulación de los prestadores de complejidad diferenciada. Incluye la negociación de valores y las modalidades de retribución de servicios, la coordinación entre los diversos centros, hospitales y otros establecimientos de salud (públicos o privados), los cuales deben ofrecer una cartera de prestaciones definida que incorpore acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, definir mecanismos de referencia y contrarreferencia, estructurar adecuados mecanismos de comunicación entre los integrantes y de información, realizar el seguimiento de los productos que se generen, realizar la evaluación de la gestión y la calidad de los resultados.

Se han desarrollado a lo largo del tiempo y en diferentes regiones diferentes modelos de técnicas aplicadas a las Redes, destinadas a controlar los costos en los sistemas de Salud, definir las formas de contratación y de retribución y mejorar la calidad de los productos y de los resultados obtenidos.

Entre ellas podemos citar los cuidados Administrados o Managed Care, surgidos en EE.UU. y que dieran lugar a la aparición de los HMO (Organizaciones de mantenimiento de la Salud), IPA (Asociación de Práctica Independiente), PPO (Organización de Proveedores Preferidos), los planes POS (Punto de Servicio) etc.

Frente a la excesiva fragmentación de los servicios de salud han surgido las Redes Integradas de Servicios de Salud o de Gestión Sanitaria (RIGS) en inglés CHIN (Community Health Information Network), con base en la atención primaria y participación de los diferentes sectores financiadores y prestadores del lugar.

Las Redes Integradas de Gestión Sanitaria, han sido definidas como una de las herramientas posibles para abordar algunas estrategias de cambio, entendiendo que si la atención médica es necesariamente un proceso continuo que involucra a distintos agentes, se los debe integrar en una red que facilite esta interrelación. Aplicadas en zonas de Latinoamérica y en España, sin embargo, aunque las nuevas tecnologías de la informática y de las comunicaciones posibilitan técnicamente este tipo de proyectos, son muchas las preguntas en este tipo de modelo que aún no tienen una respuesta satisfactoria.

C) GESTION DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Sabemos que el mayor gasto en salud ocurre al interior de las estructuras de los establecimientos asistenciales, donde se concentra más del 50% del gasto total.

Ya expresamos que, sin embargo, el mayor impacto en la mejora de indicadores de salud se asocia con las estrategias de abordaje con acciones preventivas y de promoción de la salud que se dan en la atención ambulatoria extra institucional y a la modificación de determinantes apoyados en cambios sociales ajenos a las estructuras de salud.

La mayoría de las Instituciones de Salud ya sean públicas como privadas, presentan estructuras muy rígidas y burocráticas para adecuarse a los rápidos cam-



MasterSoft Sysmed

ERP Orientado a la administración integrada de prestadores de Salud (Clínicas, Hospitales, Centros Médicos, Consultorios).

Nuevos servicios: Historia Clínica Electrónica y Turnos Web.

Solicite su demo en www.mastersoft.com.ar

Estados Unidos 2259 - C1227ABI Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina - Tel/Fax: (54-11) 4941-2324 / 7968

En el cuadro siguiente se ha tratado de resumir los principios fundamentales de la gestión Clínica y sus herramientas de aplicación:

Principios Incrementar la calidad y la eficiencia (relación costo/beneficio) de las intervenciones sanitarias brindadas por establecimientos y servicios.	Herramientas Protocolizar los procesos asistenciales basados en la evidencia científica y adaptarlos al lugar y momento. Fortalecer los sistemas de información y comunicación para la toma de decisiones. Utilizar sistemas de clasificación de pacientes. Promover sistemas de Gestión de Calidad.
Control Continuo de Gestión	Auditoría de la calidad de los cuidados médicos y de enfermería. Auditoría de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Evaluación de la utilidad de los cuidados y de los procedimientos y tecnología aplicada. Control y supervisión de los recursos utilizados. Evaluación y control de los resultados obtenidos.
Participación	De los equipos de salud en la gestión de recursos humanos y materiales, en la gestión de los presupuestos y en la rendición de resultados.

bios en los Sistemas de salud.

Muchas todavía no entienden que una institución sólo admite un proceso que es general para toda ella y no parcial para cada área o servicio. No se puede separar lo administrativo de lo prestacional pues ello conduce a extremos de ineficiencia.

Debido a la multiplicación de los costos en Salud, los sectores financiadores han trasladado parte de su riesgo a las Instituciones prestadoras tanto ambulatorias como con internación, apelando al pago per cápita o bien al pago por sistema modular.

Los prestadores Institucionales deben garantizar que producirán resultados sanitarios con los más bajos costos y a un nivel de calidad que les permita satisfacer a usuarios cada vez más exigentes.

Ello obliga a los prestadores a controlar sus procesos productivos y asegurar la obtención de resultados satisfactorios y competitivos en la atención de salud.

Por supuesto, una cosa es el dicho y otra el hecho.

No es nada fácil controlar un proceso de producción sumamente complejo conformado por miles de casos diferentes que son atendidos en los establecimientos.

Y allí es donde se desarrolla la denominada **Gestión Clínica**: una herramienta de gestión que se aplica en el interior de los establecimientos asistenciales ambulatorios y con internación y dentro de

éstos también en los diferentes servicios. Busca incrementar la calidad y la eficiencia (relación costo/beneficio) de las intervenciones sanitarias brindadas por dichos establecimientos.

Estas estrategias de gestión deben ir unidas a un cambio en la forma de abordaje de la Salud de las poblaciones, entendiendo la necesidad de la intervención con anterioridad a la aparición de la enfermedad, y dando gran valor a las estrategias de prevención y promoción de la Salud, las que son de menor costo y de gran impacto.

En el Sector de la Salud los profesionales son los encargados de asignar la mayor parte de los recursos, por medio de un sinnúmero de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas a diario, la mayoría de ellas en condiciones de incertidumbre.

La Gestión Clínica es la herramienta tendiente a disminuir la incertidumbre en la toma de decisiones y controlar los resultados de los servicios tanto en su calidad como en sus costos.

El primer concepto a adquirir es que la producción de servicios de salud es una actividad científica, en la cual es posible establecer rasgos comunes que asemejan a algunos y diferencian a otros, y que las enfermedades tienen un conjunto específico de maneras de presentarse.

Un modelo que se desarrolló a partir de este concepto y dentro

de la Gestión Clínica fue el de los GRD o Grupos Relacionados con el diagnóstico, entendiendo como tales a la clasificación de grandes cantidades de pacientes en grupos similares en cuanto a necesidades de diagnóstico, tratamiento y tipo de cuidados, o sea en una serie de categorías homologables por la utilización de recursos empleados en los procesos productivos. Categorías que al mismo tiempo permitieran el desarrollo de programas de garantía de calidad en los centros.

Ha sido utilizado además como modelo de pago, aunque en nuestro país no se ha generalizado y salvo alguna que otra experiencia, persisten otras modalidades diferentes de retribución por resultados.

Dentro de la Gestión Clínica aparece un segundo elemento, esencial.

El incremento de costos en Salud se relaciona, entre otras causas, con la expansión de tecnología disponible para el diagnóstico y tratamiento.

Si bien no hay ninguna duda sobre los beneficios que ha significado el aporte tecnológico, debemos analizar la procedencia y la cantidad con que se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y, sobre todo, en el costo-beneficio que representan respecto de otras intervenciones de menor costo y riesgo.

En las organizaciones sanitarias, los profesionales de la salud

toman día a día decisiones que afectan la calidad y el costo de los servicios, basadas en opiniones o sea en sus conocimientos, sus valores, y los recursos existentes, y no en el saber conjunto del sector, en un momento determinado.

Existe una gran diferencia entre los médicos sobre el uso y valorización de determinadas prácticas y en las indicaciones de los procedimientos (Sobre ellos influyen la industria tecnológica y farmacéutica de salud, la publicidad, su aversión al riesgo, años de profesión, nivel de conocimientos y especialización, tiempo de dedicación al paciente, relación médico paciente, suficiencia, etc.).

Al ser decisiones individuales, se produce una gran variabilidad en la práctica, sin aumento de la calidad y sin resultados satisfactorios.

Y esa variabilidad se traduce en aumento de costos traducidos en incremento de los días de estadía, uso de procedimientos no justificados, uso de intervenciones que no sólo no mejoran la salud sino que generan aumento de morbilidad, etc.

Por ello otro elemento de la Gestión Clínica de los Establecimientos es la incorporación de sistemas de normalización de prácticas clínicas que se fundamentan en los principios de la Medicina Basada en Evidencias (EMB. Forma de integrar los resultados de la investigación de calidad con la experiencia clínica y los valores del paciente).

El objetivo es sistematizar procedimientos sobre la base de aquellas evidencias derivadas de la investigación, el llamado factor científico.

La mayor parte de las acciones que generan un incremento de eficiencia son aquellas cuya decisión se toma con relación a la práctica clínica basada en la evidencia científica.

La gestión clínica parte del prin-

cipio de que las decisiones diagnóstico-terapéuticas, además de las correspondientes medidas de promoción, prevención y rehabilitación, deben apoyarse en evidencias científicas y en evaluaciones económicas que validen las bondades de los distintos manejos y también las consecuencias y costos de dichas medidas.

Para ello aparecen y se desarrollan dentro de los establecimientos las guías de práctica clínica (GPC).

Se trata del uso de un conjunto de recomendaciones elaboradas en forma sistemática, destinadas a ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones para lograr atención adecuada.

Surgen de una combinación de conocimientos científicos del momento actual y criterio y práctica profesional.

Estandarizan la práctica médica, ofrecen la mejor atención basada en la evidencia científica y las posibilidades del lugar, mejora la utilización de los recursos y al mismo tiempo contiene los costos.

Traducen el conocimiento científico en práctica médica y al mismo tiempo mantienen informados y actualizados a los profesionales.

Un tercer elemento de la Gestión Clínica es la participación de los profesionales y en general de todo el equipo de Salud en la gestión de los centros, como actores protagonistas de los procesos asistenciales.

Con tal fin se pretende que participen en la gestión del servicio que prestan. Esto significa, que se hagan responsables del impacto que causan sus decisiones, responsables no sólo del paciente sino también de los recursos que se utilizan para su atención y que su credibilidad se base en evidencias, no tan solo en su prestigio.

Si bien el objetivo primario de

la organización debe ser la atención de calidad al paciente, es también importante que se responda a las necesidades totales de la Institución.

Un elemento central para que la GC pueda funcionar es la existencia de sistemas de información clínico-administrativa en los establecimientos, que permitan el seguimiento y la evaluación oportuna para fundamentar las decisiones. Estos sistemas, además, deben asegurar la provisión de los protocolos y guías para que puedan ser utilizadas en el proceso asistencial.

La Gestión Clínica implica también la Gestión de Calidad de los establecimientos.

Introducir innovación y creatividad con el objetivo de mejorar tanto los procesos asistenciales como los administrativos.

Diseñar programas de calidad implica hacer un diagnóstico de situación de los problemas de calidad de la organización, elaborar proyectos de mejora estructurados, realizar procesos de evaluación y monitoreo de calidad.

Para ello son premisas fundamentales el trabajo en equipo, el liderazgo de la conducción, el uso de la supervisión y de la auditoría como herramientas de la gestión de calidad, y la aplicación de la ética en la gestión de servicios de salud.

Otra herramienta de gestión de calidad es el uso de la acreditación como mecanismo de evaluación externa.

Dentro de la gestión de calidad del Establecimiento debe estar desarrollado un sistema y una metodología para conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos (Libro de reclamos, sugerencias, felicitaciones, buzón de opiniones, encuestas) y de los usuarios internos (modelos de gestión por competencias). □



ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

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

ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

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

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

Medicina personalizada: La clave para el futuro (no tan lejano)

Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)



En este siglo XXI, recién iniciado, parecen darse las condiciones para que se produzca una profunda revolución en la terapéutica, tal como la conocemos hoy en día. En realidad, se trata de un proceso que comenzó hace unos 30 años, momento en que se vinculó a la biología con la producción de nuevas formas de terapia farmacéutica. Durante estos años se ha acelerado la investigación y el desarrollo de diferentes tipos de tratamientos (de distintas enfermedades como neoplasias, infecciosas, cardiovasculares, autoinmunes y reumáticas, entre otras) en los que intervienen proteínas recombinantes, ácidos nucleicos, enzimas, anticuerpos monoclonales y hormonas.¹

La clave de esta nueva medicina personalizada es la combinación de fármacos biotecnológicos con tests genéticos, lo que implica la aceptación de un nuevo paradigma, ya que este tipo de productos, por sus características, difieren absolutamente de los medicamentos de síntesis química.¹

A los primeros pasos dados en las últimas décadas del siglo XX, le ha seguido una nueva generación de medicamentos con indicaciones precisas para el perfil genético de cada paciente, como así también para muchas otras aplicaciones que se suman a las propuestas iniciales.² Los primitivos fármacos recombinantes desarrollados en esas décadas, han dado paso a una tecnología de anticuerpos monoclonales (MAb) que llevó a la producción de nuevos fármacos diseñados específicamente contra blancos celulares, de alcance tan amplio que abarca desde receptores celulares a señales de vías metabólicas.² De esta forma, el siglo XXI es testigo de un estallido en la producción de anticuerpos monoclonales destinados a tratar afecciones tan disímiles como diferentes tipos de cánceres o enfermedades autoinmunes (como la esclerosis múltiple o la artritis reumatoidea).

Esta nueva etapa de la terapéutica fue iniciada en 2001 con el advenimiento del *imatinib*, un inhibidor de la proteína tirosina-kinasa que inhibe de forma potente la Bcr-Abl tirosina kinasa *in vitro*, a nivel celular e *in vivo*. El compuesto inhibe selectivamente la proliferación e induce la apoptosis en las líneas celulares Bcr-Abl positivo así como en las células

leucémicas nuevas de la LMC cromosoma Filadelfia positivo y en pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA). Este biofármaco oncológico está indicado en el tratamiento de pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC), cromosoma Filadelfia positivo (Ph +) (bcr-abl) de diagnóstico reciente para los que no se considera como tratamiento de primera línea el trasplante de médula ósea; también está indicado en el tratamiento de pacientes con LMC Ph + en fase g tras el fallo del tratamiento con interferón-alfa, o en fase acelerada o crisis blástica. Además de estas indicaciones oncohematológicas, el imatinib se emplea también en el tratamiento de pacientes adultos con tumores del estroma gastrointestinal (GIST) malignos no resecables y/o metastásicos Kit (CD 117) positivos. Los tumores del estroma gastrointestinal son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo y se originan de las células intersticiales de Cajal. Se caracterizan por presentar un receptor para el factor de crecimiento con actividad tirosin kinasa (c-kit) anómalo que condiciona su activación permanente y un crecimiento celular incontrolado. Tienen una baja supervivencia en casos de enfermedad avanzada, con escasa respuesta a los agentes quimioterápicos tradicionales. El imatinib es un ejemplo de terapia oncológica selectiva que condiciona un importante aumento en la supervivencia de estos pacientes. En enfermos adultos, la efectividad de imatinib se basa en las tasas de respuesta hematológica y citogenética globales y en la supervivencia sin progresión en LMC y en las tasas de respuesta objetiva en GIST. La experiencia en niños con LMC es muy limitada no existen ensayos controlados que demuestren el beneficio clínico o el aumento de la supervivencia para ninguna de las dos enfermedades en pacientes pediátricos.

Avanzada ya la segunda década de este nuevo siglo, encontramos que la primera generación de biofármacos oncológicos está dando paso a una nueva estirpe de productos cada vez más preparados para posicionarse en el campo de la medicina personalizada, en la que un fármaco puede estar destinado a pacientes con un perfil genético determinado, y a

la vez estar contraindicado en otros en los que no pueden obtenerse buenos resultados o en los que puede dar lugar a la aparición de efectos secundarios.² Estos nuevos compuestos se caracterizan por tener muchos menos componentes murinos, resultando de esta manera mucho menos inmunogénicos y por lo tanto generan muchos menos rechazos. Esto se logró inicialmente por la producción de anticuerpos quiméricos y humanizados. Los anticuerpos quiméricos se componen de regiones variables murinas fusionadas a regiones humanas constantes. Esto resulta de una molécula de aproximadamente 95% de origen humano. Sin embargo en varios estudios se ha demostrado que los anticuerpos humanizados se unen al antígeno mucho más débilmente que el anticuerpo monoclonal murino padre, con disminuciones reportadas en la afinidad de hasta centenares de veces. El aumento de la fuerza de unión de los anticuerpos a los antígenos se ha logrado por introducción de mutaciones en la regiones determinantes de complementariedad (CDR). A esta nueva generación pertenecen compuestos como el *trastuzumab* (para cáncer de mama hormonodependiente), el *rituximab* (inicialmente para linfoma no-Hodgkin, empleado luego en artritis reumatoidea y actualmente en cirrosis hepática), el *cetuximab* (para cáncer colorrectal) y el *bevacizumab* (para tumores renales y colorrectales), entre otros.³

También se han desarrollado anticuerpos monoclonales totalmente humanos. Estos anticuerpos monoclonales humanos se producen utilizando rato-

nes obtenidos por transferencia de genes de inmunoglobulina humana en el genoma murino, después de haber vacunado a un ratón transgénico contra el antígeno deseado, conduciendo esto a la producción de anticuerpos monoclonales específicos, lo que permite la transformación de anticuerpos murinos *in vitro* en anticuerpos plenamente humanos. Tanto las cadenas livianas como las pesadas de proteínas humanas de IgG se expresan en formas polimórficas estructural (alotípicos). El alotipo de IgG humana ha sido considerado como uno de los muchos factores que pueden contribuir a la inmunogenicidad.⁴ □

Referencias:

1. Editorial. Revista CAEME. Año 3, Nº 5, 2012, pág. 4.
2. Folgarait, A.: Los biotecnológicos pasan al frente. Revista CAEME. Año 3, Nº 5, 2012, pág. 20.
3. "Improving the efficacy of antibody-based cancer therapies". Nat. Rev. Cáncer 1 (2): 118-29. doi:10.1038/35101072. PMID 11905803.
4. Jefferis, Roy; Marie-Paule Lefranc (July/August 2009). "Human immunoglobulin allotypes". MABS 1 (4): 332-338.

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

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN


Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social










Obra Social de Personal de Dirección

info@osim.com.ar
Tel/Fax: (011) 4010-6746

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

LA MEDICINA EN EL CINE

Tuberculosis en el Lejano Oeste: La odisea de “DOC” Holliday

Desde “La Dama de las Camelias” (George Cukor, 1936) a “Boquitas pintadas” (Leopoldo Torre Nilsson, 1974) la tuberculosis ha sido una de las patologías más mostradas en la historia del cine (aunque se la infería en la mayoría de los casos, sin nombrarla), asociada casi siempre a finales dramáticos y en casi todos los casos con relatos ubicados en la era preantibiótica.

John Henry “Doc” Holliday es un personaje real que ha pasado a formar parte de la mitología del Lejano Oeste y su más notorio y rescatado episodio épico ha sido el famoso duelo en el OK Corral. Su vida ha sido llevada reiteradamente al cine, casi siempre como compañero de Wyatt Earp, el famoso comisario de Dodge City.

Padecía tuberculosis (o “consumción”, cómo se le decía por aquellos años), y esto se refleja claramente en varias películas, en las que si bien no siempre se la

Menciona por su nombre, se hace evidente por su florido cuadro clínico (ver más adelante). Estos filmes fueron:

- **Pasión de los fuertes** (My Darling Clementine) [John Ford, 1946]
- **Duelo de titanes** (Gunfight at the OK Corral) [John Sturges, 1957]
- **La hora de las pistolas** (Hour of the gun) [John Sturges, 1967]
- **Duelo a muerte en OK Corral** (Doc) [Frank Perry, 1971]
- **Tombstone:** La leyenda de Wyatt Earp (Tombstone) [George P. Cosmatos, 1993]
- **Wyatt Earp** [Lawrence Kasdan, 1994]

En estas películas se lo ve a “Doc” Holliday enfermo, aquejado por tos, en muchos casos disneico e incluso con hemoptisis, pero en ninguna se efectúa el diagnóstico abiertamente, siguiendo la tradición iniciada por la mencionada Margarita Gautier y mantenida en

muchos otros filmes, como en “Canción inolvidable” (A song to remember) [King Vidor, 1945] con un Chopin tuberculoso, interpretado por Cornel Wilde.

En “Pasión de los fuertes” la tos es la única manifestación de la tuberculosis pulmonar del “Doc” fordiano (Victor Mature). Se presenta como un acceso o de forma aislada, y aparentemente se trata de una tos no productiva: es una tos llamativa que lleva al espectador a darse cuenta que el personaje está enfermo. Si bien en realidad Holliday murió de tuberculosis, en este filme muere en un duelo, aunque Ford se las ingenia para vincular su muerte con su patología, ya que es una crisis de tos lo que permite que sus enemigos lo localicen y que él pierda la atención necesaria para su defensa.

En “Duelo de titanes” “Doc” Holliday (Kirk Douglas) comparte protagonismo con Wyatt Earp (Burt Lancaster). Se lo presenta como un jugador profesional, den-

Tabla 1: La tuberculosis de “Doc” Holliday (adaptado de García Sánchez y col. (1) y García Sánchez y col. (2))

Película	Pasión de los fuertes	Duelo de titanes	La hora de las pistolas	Duelo a muerte en OK Corral
Accesos de tos crónica	Sí	Sí	Sí	Sí
Hemoptisis	Probablemente	No	No	Sí
Fiebre	No	Aparente	No	Sí
Disnea	No	Aparente	Sí	Sí
Mal estado general	No	En dos ocasiones	Sí	En dos ocasiones
Factores agregados	Alcoholismo	Alcoholismo, tabaquismo	Alcoholismo	Alcoholismo, tabaquismo
Empeoramiento	No (se cita)	Manifiesto	Sí	No
Presencia de un médico	No	No	Sí	No
Sanatorio para tuberculosos	No	Se cita	Sí	No
Muerte	No de tuberculosis	No	Se prevé	No

Tabla 2: Fichas técnicas [adaptado de García Sánchez y col. (1) y García Sánchez y col. (2)]

Película	Pasión de los fuertes	Duelo de titanes	La hora de las pistolas	Duelo a muerte en OK Corral	Tombstone: la leyenda de Wyatt Earp (Ref. 3)	Wyatt Earp (Ref. 4)
Título original	My Darling Clementine	Gunfight at the O.K. Corral	Hour of the gun	"Doc"	Tombstone	Wyatt Earp
País	EE. UU.	EE. UU.	EE.UU.	EE.UU.	EE.UU.	EE.UU.
Año	1946	1957	1967	1971	1993	1994
Director	John Ford	John Sturges	John Sturges	Frank Perry	George P. Cosmatos	Lawrence Kasdan
Música	Cyril J. Mockridge	Dimitri Tiomkin	Jerry Goldsmith	Jimmy Webb	Bruce Broughton	James Newton Howard
Guión	Samuel G. Engel y Winston Millar	Leon Uris	Edward Anhalt	Pete Hamill	Kevin Jarre	Dan Gordon y Lawrence Kasdan
Intérpretes principales	Henry Fonda, Victor Mature, Cathy Downs, Walter Brennan	Burt Lancaster, Kirk Douglas, Rhonda Fleming, Jo Van Fleet, John Ireland	James Garner, Jason Robards, Robert Ryan, Albert Salmi, Charles Aidman	Stacy Keach, Faye Dunaway, Harris Yulin, Mike Witney, Denver John Collins	Kurt Russell, Val Kilmer, Sam Elliot, Bill Paxton, Charlton Heston	Kevin Costner, Dennis Quaid, Gene Hackman, David Andrews, Bill Pullman
Color	No	Si (Technicolor)	Sí	Sí	Sí	Sí
Duración	97 minutos	122 minutos	100 minutos	96 minutos	130 minutos	191 minutos
Género	Western	Western	Western	Western	Western	Western
Producción	20th Century Fox	Paramount Pictures	Mirisch-Kappa Production	FP Films	Sean Daniel	Kevin Costner

tista de profesión, de probable origen sureño, fumador, bebedor, de carácter violento, cínico y con sentido del humor, hábil con las armas, poco amante de los representantes de la ley y con tuberculosis pulmonar. Una vez más, la enfermedad se manifiesta fundamentalmente por tos: inicialmente es aislada y seca pero a medida que avanza la acción, el cuadro se agrava y la tos aumenta en frecuencia, intensidad y duración; además en algunas escenas se lo muestra febril. El deterioro de "Doc" es evidente y su amigo le anticipa dos meses de vida, expresión evidente de la gravedad y el pronóstico de la enfermedad.

Diez años más tarde, el mismo John Sturges retoma la historia, partiendo del mítico duelo en OK Corral, en su film "La hora de las pistolas", de 1967. En este caso, la trama recoge la historia de los enfrentamientos de Wyatt Earp (James Garner) con Ike Clanton (Robert Ryan), asumiendo Jason Robards el rol de "Doc" Holliday, principal coprotagonista. En esta película los acontecimientos que involucran a este último se aproximan más a la realidad que los precedentes. Una vez más, como en las anteriores, queda claro que "Doc" dejó de ejercer su profesión

de dentista a causa de su tuberculosis pulmonar y aunque el nombre de esta enfermedad no se menciona, el cuadro clínico que se presenta no deja demasiadas dudas. Los síntomas de su enfermedad aparecen bien avanzada la acción (alrededor del minuto 60), cuando tose por primera vez tras tomar alcohol. En realidad es la primera película que muestra a "Doc" como un alcohólico maniaco y consciente del daño que la bebida ejerce sobre su afección pulmonar. A partir de ese momento la tos se hace más frecuente, aparece en forma de accesos y es más intensa, obligándolo a arrodillarse o apoyarse con ambas manos contra una pared. Por momentos se hace productiva y en otros se acompaña de una evidente disnea. Tal es su deterioro, que deberá internarse en un sanatorio para tuberculosos. El cuadro clínico evidencia una afección avanzada, de mal pronóstico y que no deja dudas sobre su próximo final.

En una cuarta película, estrenada en 1971, se presenta a "Doc" (Stacy Keach) como protagonista: se trata de "Duelo a muerte en OK Corral" (Doc), dirigida por Frank Perry, en la que comparten cartel Harris Yulin (Wyatt Earp) y Faye Dunaway (Katie Elder). En

este caso, la enfermedad se hace evidente desde los primeros tramos, mostrando a "Doc" enfermo y con tos, una vez más asociada con su adicción a la bebida. Una voz en off menciona que está tuberculoso y que se está muriendo. Su empeoramiento se hace evidente en muchas secuencias, algunas realmente severas, como en la que su pañuelo se tiñe de sangre (hemoptisis) o en otra cuando sufre una intensa disnea. "Doc" es consciente de que por su proceso tiene los días contados, aunque muestra claros indicios que desea vivir y este sentimiento de que le queda poca vida le hace tomar la decisión de abandonar a Katie. □

Referencias:

1. García Sánchez, J.E. y col.: La tuberculosis de "Doc" Holliday en el cine. *Pasión de los fuertes/ My Darling Clementine (1946) y Duelo de titanes / Gunfight at the O.K. Corral (1957)*. Rev. Med. Cine, 2005, 1: 115 - 125.
2. García Sánchez, J.E. y col.: La tuberculosis de "Doc" Holliday en cine. *La hora de las pistolas/ Hour of The Gun (1967) y Duelo a muerte en O.K. Corral / "Doc" (1971)*. Rev. Med. Cine, 2006, 2: 29 - 39.
3. Tombstone: la leyenda de Wyatt Earp (1993) <http://www.imdb.com/title/tt0108358/>
4. Wyatt Earp (1994) <http://www.imdb.com/title/tt0111756/>

Texto, Subtexto y Técnica Legislativa

A propósito de
la ley de Salud Mental y su
aplicación en la práctica.

Por el Dr. Floreal López Delgado

Abogado y asesor sanatorial



TEXTO

Es lo que dicen las palabras: lo que cualquiera que con un mínimo de formación entenderá de su lectura.

Si se trata de una norma legal deberá permitir, prohibir o condicionar (reglamentar) conductas y hacerlo en forma clara.

SUBTEXTO

Es lo que no dicen, literalmente, las palabras pero un lector ya más formado, advierte lo que el autor (quizás) quiso decir.

En literatura:

En prosa o poesía, los subtextos enriquecen la obra y multiplican sus significados a punto tal que los lectores encuentran lo que el autor no había pensado conscientemente o había pensado lo contrario.

Los cuentos de Borges, austeros en palabras pero poblados de referencias que generan inferencias son un bello ejemplo. La poesía occidental, culta o popular los tienen en abundancia y la, muy poca, oriental a la que he accedido, la forma "haiku", se caracteriza por las inferencias que genera al "no decir".

En las disciplinas "psi":

El profesional debe inferir qué dice realmente el paciente, más allá de lo que está diciendo.

Gran parte del trabajo psi consiste en leer o traducir el inconsciente, que se manifiesta en el subtexto del discurso.

Si se atuviera al significado literal del discurso y sólo a el, estarían en problemas el terapeuta y el paciente.

En derecho:

Lo que es bello en literatura, obligatorio en ciencias "psi" es muy malo para la redacción de las leyes.

TECNICA LEGISLATIVA

Virtudes:

Precisión: transmitir un mensaje indudable, no dejar dudas sobre lo que dice.

Claridad: ser fácil de comprender, cualquier lector debe darle el mismo significado.

Concisión: ser breve, no es más extenso de lo necesario, por eso de que "no aclares que oscurece": decir sólo lo necesario.

Atenerse a la semántica castellana: dar a las palabras igual significado que el diccionario y construir las frases conforme a la sintaxis de uso generalizado.

Y ser "preceptiva": omitir intenciones, recomendaciones y enunciación de principios: sólo describir lo

permitido, la forma en que debe hacerse y lo prohibido.

La enunciación de principios debe ser entre mínima y nula: quien tiene en claro sus bases, científicas o ideológicas no necesita enunciarlas: las materializa al permitir, prohibir o reglamentar conductas.

Eso siempre que el legislador sepa redactar leyes, no es suficiente con lecto/escritura avanzada más la habilidad política para aprobar un texto en el Congreso, también debe saber "técnica legislativa".

LA LEY DE SALUD MENTAL Y SU TEXTO

Tiene casi todos los defectos "de técnica" posibles: declama principios, es confusa, reiterativa, tiene "demasiado" texto (innecesario).

Incorporó a la ley la resolución 46/119, del 17 de diciembre de 1991 de la Naciones Unidas creando así una segunda causal de internación involuntaria (que no existía en la anterior 22.914) desvinculada del "peligro inminente para sí o para terceros" y que es evitar el deterioro y permitir el tratamiento adecuado:

Pero no la reglamentó en la parte preceptiva, en la que insiste en el peligro inminente como único causal, dejando dudas sobre la operatividad de este principio, cayendo en el defecto de "incongruencia".

En la parte "preceptiva" no innovó demasiado: siguen existiendo la internación involuntaria (felizmente, porque muchos la necesitan) la incapacidad "por demencia", las inhabilitaciones y todas las restricciones anteriores a la libertad y capacidad del paciente.

Sólo creó un órgano de contralor legal adicional y estableció un plazo tan breve para la denuncia de la internación involuntaria (10 hs.) que es incumplible.

Un detalle "divertido": tiene dos artículos superfluos, el 3 y el 19.

LA LEY DE SALUD MENTAL Y SU SUBTEXTO

Se deduce de su "tono" (subtexto) que quienes la redactaron presumieron:

La criminalidad de toda la actividad "psi", al menos en cuanto implique internación.

El abuso, explotación y maltrato del paciente por las instituciones.

La eternización de las internaciones.

Un claro resentimiento contra la especialidad "médico psiquiatra" a punto de casi equiparar sus facultades con las de otras profesiones como licenciados en enfermería, terapia ocupacional, servicio social, que carecen de formación y de "incumbencias" para orde-

nar internaciones aunque ahora podrían hacerlo.
La interacción con los psicólogos es un tema más amplio.

LOS PSIQUIATRAS: EL SUBTEXTO Y EL TEXTO

Por formación profesional advierten claramente el "subtexto", amenazante y criminalizador de su profesión.

Pero por falta de formación legal: no prestan atención al "texto" o parte "preceptiva" que, reitero, no es nada revolucionaria.

En particular hemos visto algunas discusiones sobre el significado de "riesgo cierto e inminente" que alarman.

PELIGROS DEL SUBTEXTO

No advertir que siguen obligados a lo mismo que antes:

Internar, al menos, a quien se encuentre en estado de "peligro" para sí o para terceros, la "inminencia" es relativa porque su diagnóstico también lo es.

Mantenerlo internado el mínimo necesario, pero no menos del mínimo, a quien mantenga esa condición de "peligro" porque un alta prematura seguida del suicidio constituye una "mala praxis" profesional y hasta un homicidio culposos.

La doctrina de la Cámara de Apelaciones en lo Criminal y Correccional en el "caso Castro" que no se ha modificado y dice que se debe seguir la "lex artis" aún contra la voluntad del paciente si su capacidad se encuentra desminuida porque se trata de "incapaces de seguir por sí mismos, determinadas indicaciones" como en el caso de niños o enfermos mentales (declarados) entre otros.

A esto se agrega la acción "admonitoria" o atemorizante de algunos miembros de los órganos de control, que creyeron poder diagnosticar altas siendo abogados.

Y el eterno y falso miedo a ser condenados por "privación ilegítima de la libertad".

QUE SE VE EN LA PRACTICA PROFESIONAL

Un decidido temor de los profesionales a internar involuntariamente al paciente que lo necesita sobre todo si debe mediar fuerza física o medicamentosa.

Ausencia de "protocolo de internación involuntaria" en importantes obras sociales, y servicios de emergencias psiquiátricas, lo que implica la negación de la atención médica necesaria en casos de alarma de suicidio.

Tendencia a dar altas prematuras al superar el episodio más agudo, pero cuando el peligro de autoagresividad sigue existiendo, por eso de "es mayor de edad y no está declarado incapaz".

LAS CONSECUENCIAS

Por privilegiar la interpretación del subtexto por sobre la lectura del texto profesionales e instituciones se ven expuestas a juicios de responsabilidad médica y hasta ser procesados por lesiones u homicidio culposos, porque no se han modificado, en nada, los deberes básicos del profesional: hacer lo necesario para que el paciente no se dañe a sí o a terceros aún si implica el recurso de la internación.

Y si no lo hace está infringiendo el "deber de cuidado" que debe aplicarse por sobre la aparente libertad del paciente, que no es tal ya que su libre albedrío se encuentra afectado por su patología.

CONSEJOS

Internen y mantengan la internación cuando sea médicamente necesario.

Prevengan haciendo una historia clínica completa. Comuniquen en el más breve plazo al Ministerio Pupilar y al Juzgado.

Sigan haciendo su trabajo en beneficio del paciente. □

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

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



Proyecciones Globales

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



Tal lo descripto en nuestra nota inmediata anterior, haciendo sucumbir el destacado modelo de salud español, el gobierno europeo ha hallado los argumentos adecuados para avanzar hacia la destrucción del sistema de equidades y con él, promoviendo la extinción del estado de bienestar.

El doble mensaje ensayado y luego ejecutado produce una dramática discrepancia entre aquello que se dice y lo que más tarde se hace.

Recientemente (Semana Santa), José Ignacio Echániz, Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, y responsable de sanidad en el Partido Popular (PP) actualmente en el gobierno de España, acusó a las sociedades médico-científicas, no gremiales, de defender (o ser o estar asociadas) los intereses comerciales de la Industria Farmacéutica, por ser ésta su fuente financiera. Dicha aseveración, ha dado lugar a que la Federación Nacional de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) reaccionara en consecuencia, defendiendo la honorabilidad científica y la reputación ética que dichas asociaciones tienen.

En un comunicado oficial, FACME, que agrupa a 39 sociedades científicas españolas, muestra su "más profundo rechazo" a las palabras del dirigente 'popular', ya que "ponen en cuestión la credibilidad de las sociedades médico-científicas en su labor profesional de revisión de la evidencia científica y de su responsabilidad a la hora de exponer su opinión, conocimiento y recomendaciones clínicas".

"Defendemos la legitimidad de las sociedades médico-científicas de comunicar a la sociedad y a los decisores sanitarios su opinión profesional avalada por la evidencia científica contrastada", asevera FACME, tras recordar que son entidades reconocidas por el Ministerio de Sanidad.

Esta asociación ha reconocido no obstante que entre sus apoyos financieros están la industria farmacéutica y de tecnología sanitaria, como así otras empresas privadas y los propios socios, una circuns-

tancia que es "pública y transparente" y, en todo caso, "no afecta en modo alguno a su quehacer profesional", ha insistido.

[http://www.jano.es/jano/actualidad/ultimas/noticias/janoes/sociedades/cientificas/apelan/honorabilidad/despues/echaniz/les/acusara/tener/intereses/comerciales/_f-11+iditem-19412+idtabla-1]

Más allá de las visiones y los contenidos periodísticos que la circunstancia lleva implícitos, lo ocurrido pone en evidencia, una vez más (y van...) el temible desconocimiento que la clase política tiene sobre el funcionamiento de los ámbitos científicos y técnicos que acompañan a la profesión médica como mecanismo prestacional, poniendo en evidencia cuánta distancia hay entre los discursos y las políticas públicas necesarias a las gentes y sus demandas. Agregándose, cuánta deformación hay en las visiones políticas sobre las realidades que imperan en el mundo de los mortales, impidiéndoles realizar una lectura prudente de ellas (realidades) y sus consecuentes mensajes.

Podría decirse que así como las ausencias de estados han dado lugar a la toma de decisiones operativas que han quebrado la relación médico-paciente (iniciado aquí en la Argentina durante los años noventa), hecho aberrante si los hay, ahora se va por más, intentando quebrar la relación ciencias-medicina, la relación ciencias-industria farmacéutica, la consecuente relación profesión médica-industria farmacéutica, a lo cual puede agregársele numerosos paralelismos, tal los existentes entre todos los miembros del equipo de salud, demasiados por cierto.

Lo expuesto hasta aquí, deja al descubierto aristas impensadas sobre las ausencias políticas en los estados... el por qué de los recortes presupuestarios a investigadores (no necesariamente médicos) y/o a centros de investigación dedicados a adelantarse a los tiempos, agregando valor al hecho prestacional en sí mismo... el por qué de las abultadas y añejas deudas públicas acumuladas por años a los provee-

dores farmacéuticos y tecnológicos... el por qué de los recortes en los servicios en la salud pública... el por qué de la permanente negación de la incorporación de tecnologías de última generación a los servicios de la salud pública... el por qué de la difusión de los recursos de amparo judiciales a los que los pacientes deben recurrir porque los estados se niegan, mecanismos viles mediante, a proveer como coberturas que deberían proceder como universales... el porqué de considerar gastos catastróficos en salud, a los tratamientos de última generación molecular, cuando esos mismos estados ausentes lapidan inversiones inútiles en fines para nada altruistas, mucho menos sociales, ni qué hablar de personales a favor de la vida de pacientes librados a sus respectivas suertes. Ello explica el por qué de sacar vacunas de un calendario perfectamente diseñado por la/s Sociedad/es de Pediatría, pero al fin y al cabo, no es más que un ejemplo de las ausencias precitadas. Demorar una campaña, también lo es... negar la diabetes mellitus, la artritis, o la EPOC, o el asma, o lo que a Usted se le ocurra, también va por la misma senda. No obstante ello, negar o burlar no modifica realidad alguna, antes bien la complica colocándola en un paisaje pleno de dramatismos.

Pero hay más... las sociedades científico-médicas o aquellas otras académicas, están huérfanas de estados porque las ausencias políticas no reconocen la importancia que las mismas tienen respecto a

estrategias operativo-prestacionales, sus tácticas, sus "presupuestos", concediéndoles entidad jurídica, pero negándoles el apoyo y la participación financiera que los estados debieran tener con aquellas instituciones que son angulares en y para la "inteligencia social", o si se quiere para el derecho ciudadano, o formando parte del concepto de "garantía individual"... ya que ello forma parte de las responsabilidades que los estados debieran tener para con la ciudadanía... una responsabilidad rehuída permanentemente.

En el curso del 2012 y lo que va de 2013, Europa ha pulverizado el criterio presupuestario de la salud pública, por ende ha hecho lo propio con la investigación médica, desmantelando aquello que alguna vez (apenas ayer) funcionó de maravillas... prometiendo, incluso, que irá por más porque a los administradores políticos no les cierran los números, impericias mediante. Lamentable. ¡Ah!, y lo antedicho ya no se limita a España, corre por las calles de cualquier lugar, dentro y fuera de la Unión Europea... □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2013-03-28. Copyright by Cerasale, 2013. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global*. <http://elbiruniblogspot.com.blogspot.com> CIENCIAS MÉDICAS NEWS® <http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com> CIENCIAS DE LA HERENCIA® <http://saludequitativa.blogspot.com> GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®

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

Médicos Municipales

Los desafíos ante las elecciones



Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

En junio próximo la Asociación de Médicos Municipales elige autoridades. De cara al acto eleccionario conviene hacer una mirada hacia atrás para reflexionar sobre lo actuado y apuntar hacia el futuro para seguir marcando la agenda en defensa de la salud pública, tal como la AMM lo viene realizando desde hace varios años. La defensa de la salud pública no es un eslogan ni una frase abierta es, una acción que se puede verificar día a día en el accionar de la institución para defender a los profesionales de la salud.

Durante estos años hemos logrado que los diferentes gobiernos de la Ciudad de Buenos Aires pongan énfasis en la recuperación edilicia de los hospitales, era uno de nuestros postulados para terminar con la falta de espacio para atender la demanda de la sociedad que se multiplicó exponencialmente en los últimos años. También hemos logrado avanzar en la recuperación de la tecnología, hoy se avanzó pero hay que seguir invirtiendo en este sector que es clave para la atención de los pacientes.

Nosotros también apuntamos a que los residentes tienen que ejercer los primeros años en el hospital público, aunque también lo pueden hacer en el ámbito privado.

Del mismo modo, les pedimos a las autoridades que se completen los planteles de guardia y las estructuras hospitalarias. Esto es muy importante porque se acerca la época de mayor demanda en los hospitales y es necesario tener las herramientas necesarias para hacer frente a la demanda. Por eso, hablamos de insumos, de tecnología de agilizar los nombramientos, sabemos que se está haciendo un esfuerzo grande pero somos concientes de que hay que seguir trabajando.

Por eso nos van escuchar hablar de políticas

públicas de salud que incluya al AMBA -Área Metropolitana de Salud- con mecanismos de referencias, contrarreferencias que nos permitan agilizar el sistema y así darle mayor fluidez.

De cara a las elecciones, los profesionales de la salud nos conocen, saben que caminamos los pasillos de los hospitales todos los días y que las puertas de la AMM están abiertas para todos. Nosotros vamos a continuar con nuestro accionar gremial para elevar el mínimo no imponible y conseguir para nuestros jubilados un porcentaje y movilidad acorde a sus necesidades. La apuesta es evitar el desfase entre la inflación y el salario.

Con todo, queremos dejar claro que vamos a trabajar para no permitir que los logros en las paritarias de los últimos años queden afectados.

En los últimos años la AMM tuvo un crecimiento exponencial. El Instituto potencia cada vez más la vida social de la entidad. En otro aspecto, el Polideportivo es un orgullo que vemos crecer día a día, y para quienes tuvimos la idea de crearlo es un honor muy grande.

La AMM en el último año fue la voz en la defensa de los profesionales de la salud. Hace años jamás imaginamos que íbamos a parar por la agresión a un médico, nos tildaron de hacer política. Hoy vemos como el tema está instalado a nivel nacional y quedó demostrado en el encuentro que tuvo lugar en la Facultad de Derecho y donde representantes de todo el país se hicieron presentes preguntando cómo habíamos atacado el problema y qué mecanismos le habíamos puesto al servicio del médico.

Hoy tenemos por delante un acto eleccionario donde el voto es una herramienta de ejercicio activo que todos debemos ejercer y que sea tan participativo como años anteriores. □



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



Mapa de la Argentina con una red de nodos (círculos naranjas) conectados por líneas, representando una red de cobertura nacional.



Odontología para Sistemas de Salud

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

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

> SOCDUS SA

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

Consultorios Propios
Tel.: 4382-6768 (líneas rotativas)

Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres.

 **intelexis mujer** 

Conduce Natalia Marquiegui y
el Dr. Guillermo Capuya

Lunes 18 hs.

Un programa dónde la Salud
es la única protagonista

INTELEXIS

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

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)



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

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

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



***La Calidad
es una actitud***

ACUDIR S.A.
Alte. F. Seguí 1350 - C1416BXF - C.A.B.A.
Teléfono: 0054 11 6009 3300
Fax: 0054 11 4581 8956

www.acudiremergencias.com.ar

