



Columna:
**Acerca de nuestro
"sistema" de salud**
Por el Dr. Ignacio Katz



Columna:
**Comienza la campaña:
¡Copagos 2015!**
Por el Lic. Patricio Pasman



Voces
**Salud y Productividad:
Un camino posible**
Por el Dr. Héctor Barrios

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XV. N° 75. Julio 2013

PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD | PAIS

Una propuesta para (re) organizar
la cobertura y transformar la forma
de construir salud en Argentina

↓ SALARIOS ↑

← PARITARIAS →

↑ PERSPECTIVAS ↑

30
años



GALENO

siempre
pensando
en vos

www.e-galeno.com.ar





SENTÍ EL ORGULLO DE AYUDAR.



ASISTENCIA AL VIAJERO

Cuando elegís nuestra asistencia al viajero estás integrando las acciones sociales de las fundaciones Leo Messi y Universal Assistance en favor de los niños.



Fundación Leo Messi
ELEGÍ CREER

www.fundacionleomessi.org

 Fundación
universal
assistance
para el cuidado de la salud infantil

www.fundacionua.org

asistencia al viajero
CALIDAD ISO 9001
universal-assistance.com





La red de emergencias médicas
más grande del país

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.

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

INNOVACION

ESTRATEGIA

COMPROMISO

- ✦ Administración de redes farmacéuticas
- ✦ Informes estadísticos y de consumo
- ✦ Auditoría y validación on-line de recetas
- ✦ Centro de patologías crónicas
- ✦ Trazabilidad: Auditoría y Gestión

- ✦ Management farmacéutico
- ✦ Uso racional de medicamentos
- ✦ Estudios de farmacoeconomía
- ✦ Venta y distribución de medicamentos



Otras empresas perteneciente a AG Holding:



¿

USTED SABE
LO QUÉ ES
LA SALUD

?



SALUD ES



**CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN
MEDICA INFECTOLOGICA**



✓ **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



Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCION, REDACCION,

ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar

redaccion@revistamedicos.com.ar

info@revistamedicos.com.ar

revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosay Yamila 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 N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Preimpresión e impresión: Galt S.A., Ayolas 494, Tel.: (54-11) 4303-3723 Capital Federal.

GRAGEAS

12

NOVEDADES

Nuevo Rector en ISALUD

16

PRIMERA PLANA

Paritarias: En busca del equilibrio

18

VOCES

Salud y Productividad: Un camino posible

22

COLUMNA

Comienza la campaña: ¡Copagos 2015!

24

OPINION

Una asignatura pendiente en la Seguridad Social: La inclusión de los autónomos grandes contribuyentes en el sistema Nacional del Seguro de Salud

26

INFORME ESPECIAL

Un pacto por la salud pública

30

COLUMNA

Acerca de nuestro "sistema" de salud

34

COLUMNA

Regulación en el Acceso a Medicamentos de Alto Costo. El caso de las Tecnologías Tuteladas

36

VOCES

La construcción de oportunidades para cambiar el sistema de salud

40

COLUMNA

LA LEY Y LA CIENCIA

(Una relación potencialmente conflictiva)

42

LA MEDICINA EN EL CINE

Selección embrionaria para curación de pacientes crónicos: La decisión más difícil

44

COLUMNA

El futuro nos alcanza: una nanored inyectable controla la glucemia en pacientes diabéticos

46

OPINION

La hora de los pacientes

48

ELECCIONES EN MEDICOS MUNICIPALES

Respaldo contundente al doctor Gilardi

50

El target de la Revista Médicos, Medicina Global es: Empresas de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Hospitales Públicos y Privados, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios Clínicos y de especialidades medicinales, Prestadores de servicios y Proveedores (Tecnología y Productos), Ministerios y Secretarías de Salud Pública (Nacionales y Provinciales), Empresas e instituciones vinculadas al sistema de salud.



DIAGNOSTICO MAIPU



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

NUEVA SEDE

CREAMOS UN LUGAR DONDE EL PACIENTE QUIERA VOLVER

**LA MEJOR TECNOLOGÍA DISPONIBLE
EN EL MUNDO**

Resonadores digitales 1.5 y 3T con túnel más grande y mayor velocidad. Ventajas claves 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.diagnosticomaipu.com

Vicente López | Av. Maipú 1668 • Martínez | Av. Santa Fe 1459 • San Isidro | Alsina 30

Clinica Bazterrica | (RM y TC) Juncal 3002. CABA. • Sede Cabildo | Cabildo 457. CABA.

**DIAGNOSTICO
MAIPU**

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES - LABORATORIO

IMPORTANTE CONVENIO ENTRE UNIVERSAL ASSISTANCE S.A. Y LA FUNDACION LEO MESSI

Universal Assistance anunció la firma de un acuerdo regional de colaboración con la Fundación Leo Messi, para trabajar con el objetivo común de promover la igualdad en la educación y salud de los niños.

El convenio se firmó en el marco de una alianza de colaboración mutua entre la Fundación Universal Assistance y la



Fundación Leo Messi con el objetivo de trabajar en favor del desarrollo y la protección de los niños a través de acciones y programas de salud de prevención primaria, promoviendo la inclusión social y la generación de nuevas oportunidades mediante la educación y el deporte.

La figura de Leo Messi trasciende la imagen deportiva para convertirse en un ícono mundial del trabajo en equipo, de responsabilidad, de superación y de voluntad, valores que ambas partes fomentan y persiguen diariamente.

El acuerdo expresa la inclusión de la imagen del deportista como embajador de la marca. De esta manera, la compañía continúa con su plan de diferenciación y liderazgo en el mercado de asistencia al viajero.

Tanto Universal Assistance como su fundación, generarán lanzamientos, novedades y promociones permanentes en toda Latinoamérica en sintonía con la Fundación Leo Messi. ■

STAFF MEDICO CONTINUA CRECIENDO EN FACEBOOK

La empresa de cobertura médica líder en atención personalizada sigue sumando seguidores a su comunidad en Facebook. Alrededor de 7 mil followers acceden a información de medicina preventiva, participan de sorteos e interactúan de forma continua con la prepaga. Así, Staff Médico ofrece otro canal de comunicación con la comunidad, respondiendo de forma inmediata y actualizando contenidos al instante.

Staff Médico, la empresa de cobertura médica líder en atención personalizada con más de 35 años de experiencia en el mercado, continúa trabajando en forma permanente para estar más cerca de sus asociados. Con alrededor de 7 mil seguidores, la comunidad "Staff Médico Junto a Vos" permite dejar comentarios o dudas, participar de juegos y sorteos, contribuir a mejorar el servicio y además obtener una respuesta rápida de parte del equipo de Staff Médico. ■

DIAGNOSTICO MAIPU INAUGURO SU NUEVA SEDE CON TECNOLOGIA DE ULTIMA GENERACION



Con 3000 m² distribuidos en seis plantas, un diseño que optimiza y facilita la atención, Diagnóstico Maipú inauguró su quinta sede, la primera en Capital Federal, que tendrá una capacidad instalada para brindar servicios a 20.000 pacientes mensuales.

La nueva sede Cabildo cuenta con la mejor oferta de tecnología diagnóstica del país y del mundo ya que la mayoría de los equipos son top line en cada modalidad, que incluso amplían las indicaciones diagnósticas y mejoran el confort de los pacientes.

"Desde nuestros comienzos, tuvimos siempre como objetivo ayudar a nuestros pacientes a mejorar su calidad de vida, y entre las necesidades que detectamos entendimos que acceder en forma rápida y confortable a las prestaciones diagnósticas era tan importante como los estudios en sí mismos. Por ello, la importancia de construir esta nueva sede en uno de los lugares más estratégicos de la Ciudad de Buenos Aires: Avenida Cabildo 457", comentó el Dr. Raúl Pissinis, Director de Diagnóstico Maipú.

"El proyecto fue planteado ya desde su diseño con la mirada puesta en brindar a nuestros pacientes una experiencia de atención confortable, con un equipamiento de última generación que representa la más acabada muestra del top line de la tecnología diagnóstica y en el marco de un verdadero compromiso con el medio ambiente. De este modo, la nueva sede funciona con características que la hacen única; basta con mencionar los resonadores de 1,5 y 3 tesla, que brindan confort y precisión diagnóstica, o el tomógrafo multidetector de doble energía, que amplía las indicaciones de la tomografía, al tiempo que reduce las dosis de radiación empleadas", agrega el Dr. Jorge Carrascosa, Director de Diagnóstico Maipú. ■

MASTERSOFT SE POSICIONA EN EL SEGMENTO DE LA SALUD



MasterSoft, compañía argentina especializada en el desarrollo de software de gestión, anuncia que en el último año ha incrementado su presencia en empresas y entidades del sector Salud.

Las soluciones de MasterSoft tienen como principal objetivo agilizar la gestión y mejorar la calidad del servicio que se brinda a los afiliados y usuarios de compañías del sector.

El principal producto se llama Sysmed orientado a Clínicas, Sanatorios, Policonsultorios y Hospitales. Sysmed permite una administración integral de cualquier entidad dedicada al cuidado de la salud. A partir de un archivo único de historias clínicas, brinda diferentes módulos orientados a "capturar" las prestaciones allí donde se producen. Con este fin, ofrece módulos de gestión de turnos, recepción, internaciones, enfermería, laboratorio, consultorios y diagnóstico por imágenes.

Otro producto es MdPrepa, mediante el cual es posible administrar, de un modo integrado, todo el padrón de beneficiarios de una empresa de medicina prepaga, controlar la cuenta corriente de los socios, emitir estadísticas y efectuar la facturación y seguimiento de cobranzas a los socios.

MasterSoft cuenta además con soluciones para Obras Sociales, que permiten automatizar la gestión de recaudación y la administración de beneficiarios, y su relación con las entidades (Superintendencia de salud, AFIP, etc.).

En todos los casos, los productos de cada segmento se integran a SPERTA la solución ERP de MasterSoft, la cual ofrece todo el backoffice administrativo para este tipo de instituciones. Actualmente, ha lanzado además soluciones para la administración y confirmación de Turnos a través de la Web.

Entre las principales instituciones que sumaron las soluciones de MasterSoft, recientemente podemos nombrar a la OBRA social de YPF, el Hospital Español de Mendoza, Cirugía Alemana, Hospital Sirio Libanes, MEDIFE y Fedecámaras, entre otras.

"Consideramos al sector Salud como estratégico, tanto para el desarrollo continuo de nuevas soluciones basadas en la mejor tecnología disponible como para acompañar el crecimiento del sector. En los últimos dos años hemos dado un salto notable en este segmento de la Salud y se debe a la coincidencia de nuestras mejores prácticas con las necesidades concretas del "día a día" que atraviesan las entidades del sector. Vemos que en el 2013 se incrementará más la demanda de nuestra soluciones", afirmó Marcelo Di Chena, CEO de MasterSoft. ■

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

NUEVO DIRECTOR REGIONAL DIVISION SALUD



EUROP ASSISTANCE Argentina, empresa líder en el mercado, creador mundial del concepto de Asistencia (Salud-Hogar&Familia-Viaje-Automóvil) presenta a su nuevo Director Regional, Daniel R.J. Piscicelli, de vasta trayectoria en el mercado de la salud. Con más de 25 años de experiencia en el sector de la Salud, habiendo desarrollado funciones de liderazgo en empresas de Medicina Privada, en la Seguridad Social, y en los últimos 15 años en el mercado de la Asistencia al Viajero, donde ocupó importantes cargos en empresas del sector, tanto en el ámbito nacional como en toda Latinoamérica. Daniel, es casado, tiene tres hijos y desarrolla una gran actividad en lo social, en el ambiente político y con diversos cargos en el ámbito del deporte. ■



NOVEDADES DE LA SSSALUD



LA SSSALUD LLEGO A MENDOZA Y SAN LUIS



El Gerente General, Lic. Ariel Lieutier, inauguró la segunda Sede propia de la Superintendencia de Servicios de Salud en Av. San Juan 411, provincia de Mendoza.

“Cada vez que inauguramos una Sede, sentimos que avanzamos cada día un poco más en el camino que debemos transitar: acercar la SSSALUD a la gente”, enfatizó Lieutier. Durante el

transcurso de la ceremonia el Lic. Lieutier ratificó “el compromiso de la Sra. Superintendente, Liliana Korenfeld, con el proyecto de descentralizar operativamente aquellas funciones que durante años estuvieron concentradas en el Organismo y afirmó que la SSSALUD trabaja intensamente para garantizarle a los millones de argentinos el acceso a uno de los derechos humanos elementales; el Derecho a la Salud”.

En el mismo sentido, la SSSalud inauguró también el pasado Miércoles 3 de julio su tercera Sede propia en la provincia de San Luis, ubicada en Av. Pte. Illia 470. La Sede estará a cargo del Delegado, Dr. Eduardo Oro y contará con un equipo de trabajo altamente capacitado con el objeto de resolver con una mayor celeridad las demandas de los afiliados de la provincia. ■



MEDICAMENTOS: NUEVAS TECNOLOGIAS AL SERVICIO DE LA SALUD

La Sra. Superintendente, Liliana Korenfeld, recibió al fundador de Chemo y CEO del Grupo Insud, Dr. Hugo Sigman, dedicado a la investigación, desarrollo e innovación científica de medicamentos biotecnológicos y biosimilares. Mediante el trabajo conjunto entre instituciones públicas y empresas privadas, el Dr. Hugo Sigman impulsa un programa de investigación científica y desarrollo de productos oncológicos que dispone de patentes vigentes en los principales mercados mundiales. A la reunión convocada por la Sra. Superintendente asistieron el Gerente General, Lic. Ariel Lieutier, y el Gerente de Gestión Estratégica, Dr. Alejandro Aimar, quien promovió en la SSSalud la implementación del Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes con el objeto de determinar el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia de una tecnología (entre ellas los medicamentos) ante la falta de información suficiente que respalde su utilización. Durante el encuentro, los funcionarios del Organismo y el Dr. Sigman, quien concurrió en compañía del Dr. Marcelo Rico, debatieron la efectividad y utilización de la primera vacuna terapéutica contra el cáncer de pulmón y también destacaron el avance científico en tal sentido. ■



KORENFELD FIRMO UN CONVENIO CON MICROSOFT

La Sra. Superintendente, Liliana Korenfeld, firmó un convenio con Microsoft en el contexto del Acuerdo Marco con Presidencia de la Nación, Jefatura de Gabinete y MICROSOFT (MSLI LATAM) con el objeto de avanzar en la innovación y renovación tecnológica de la Superintendencia de Servicios de Salud. El Gerente General, Lic. Ariel Lieutier, la Secretaria General, Sra. Claudia Simonutti y el Gerente de Sistemas de Información, Sr. Joel Lascano, presenciaron la firma del contrato con MSLI LATAM para la adquisición de Licencias de productos de Microsoft. Dentro del Acuerdo Marco que el Gobierno Nacional gestionó con la multinacional, están suscriptos cuarenta Organismos Públicos y la SSSALUD tiene el privilegio de formar parte del transformador Convenio. “Este tipo de alianzas son fundamentales para poder avanzar”; manifestó Korenfeld, luego de firmar el Contrato con la Compañía. ■

COBERMED ACOMPAÑA A MAS DE 10.000 CORREDORES EN EL MARATON DE RIVER



COBERMED— Medicina Privada acompañó a más de 10 mil personas que participaron en el maratón RIVER 3K y 10K

brindando un servicio integral que acompaña y fomenta la buena salud mediante un staff de profesionales especializados que asistieron a los corredores antes, durante y en forma posterior al mismo. COBERMED fue uno de los principales auspiciantes del evento, además participaron reconocidas empresas e instituciones como Power Ade, LG, 123 Seguro, Instituto Universitario River Plate, entre otras. De esta manera COBERMED continúa con su permanente participación en los maratones más importantes, como lo fue “New Balance 21K” organizado en abril, o las realizadas durante el 2012 como “Nocturna de Buenos Aires”, “Maratón CAME”, “Maratón Cuestión de Peso”, “Maratón San Silvestre”, entre otras. ■



HELIOS SALUD Y HELIOS PHARMA CERTIFICAN CON GS1 ARGENTINA

Helios Salud se complace en informarles que ha cumplimentado en todos sus procesos los estándares GS1 en el área: admisión de pacientes; convirtiéndose así en la Primera Institución en el Area de Salud que obtiene este certificado.

Así también comunicamos que nuestro Sistema de Trazabilidad de Medicamentos implementado en nuestra Farmacia y Droguería Helios Pharma ha cumplido exitosamente el proceso de verificación de los estándares GS1, convirtiéndose en la Primera Droguería y Farmacia certificada por GS1 en la Argentina.

Este es un reconocimiento que refleja nuestra dedicación para llevar a cabo la labor diaria, y el compromiso que seguiremos teniendo de asistir y acompañar al paciente con infección de VIH con la finalidad de ayudarlo a mejorar su calidad de vida. ■



SWISS MEDICAL
G R O U P

Somos un grupo que nació y creció
con un mismo objetivo

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ORGANISMO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (772583) - www.ssssalud.gov.ar - RNEWP N°: 1332



cuidarte

SMG::LIFE
LABORATORIOS DE VIDA Y BIENESTAR

SMG
ART

ECCO
Emergencia y Pasación

SMG
SEGUROS

SWISS MEDICAL
MEDICINA PRIVADA

SWISS MEDICAL
CENTER

Instituto
de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica

SANATORIO
AGOTE

SAN LUCAS
HOSPITAL GENERAL

CLINICA
OLIVOS

de los Arcos
SANATORIO

CLINICA Y MATERNIDAD
SUIZO ARGENTINA

BlueCross & BlueShield
de Uruguay



Nuevo Rector en ISALUD



Rubén Torres fue nombrado Rector de la Universidad ISALUD sucediendo en el cargo al Dr. Carlos Garavelli. El acto de asunción se llevó a cabo en el aula magna de la casa de estudios, ubicada en Venezuela 847, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el pasado jueves 27 de junio. En aquella oportunidad explicó, en torno a su visión del aprendizaje superior: "La Universidad debe afrontar el desafío de formar profesionales/funcionarios con capacidad de alerta y aprendizaje permanente".

"Los profesionales necesitan complementar la tradicional formación reduccionista con experiencias de pensamiento sistémico; los enfoques de estudio de las relaciones de causalidad y efecto, son fundamentales", agregó el doctor.

Además, recalcó que los estudiantes deben comprender la importancia de ser conductores en una población y generar habilidades de liderazgo, para movilizarse en torno a los puntos de apalancamiento del sistema, independientemente de su área de especialización.

En el mismo acto, la Dra. Mirta

Roses, quien fuera directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hasta enero de este año, se incorporó al Consejo Académico de la Universidad ISALUD.

La Dra. Mirta Roses fue elegida Directora de la OPS en 2002 y fue la primera mujer en llegar a este puesto. También fue la primera argentina en ocuparlo. Perteneció a la Organización durante 29 años y tiene una carrera de 40 años en Medicina y Salud Pública. Desde enero de este año, la Dra. Roses es Directora Emérita de la OPS.

ACERCA DE RUBEN TORRES

El Dr. Torres se ha desempeñado recientemente como Gerente del Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria en la Organización Panamericana de la Salud, en Washington DC. Hasta el año 2011 fue Representante de la OPS-OMS en la República de Chile.

Su vinculación con la Universidad ISALUD está relacionada con la Fundación ISALUD, siendo uno de los miembros fundadores. Desde el año 1999 se ha desempeñado como Coordinador de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social y desde el año 2001 de manera ininterrumpida, como su Director, carrera de la que también es docente. Asimismo, fue Director del Programa de Educación Continua para Médicos en esta misma Casa.

Siguiendo con el ámbito académico, el Dr. Torres ha sido nombrado Director de la Especialización en Seguridad Social por la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el año 2008; se desempeña actualmente como docente en la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología, en Gestión de Servicios de Salud mental,

en Economía y Gestión de Servicios de Salud y en la Especialización en Medicina Legal y Gestión de Servicios Sociales de esta Universidad.

Es profesor Titular en la Universidad de Montevideo y fue Profesor Invitado en la Universidad de Alcalá de Henares, España.

Entre sus cargos en el ámbito no académico se ha destacado como Miembro de la Comisión Técnica del Ministerio de Salud de la Nación, también se destacó como Superintendente de Servicios de Salud de la Nación (2002-2006) y fue Subsecretario de Salud de la provincia de Santiago del Estero (1993-1995), Director del Instituto Municipal de Maternidad de Sta. Rosa y Director del Hospital Municipal de Vicente López y del Hospital Materno Infantil Fundación Hospitalaria.

SOBRE UNIVERSIDAD ISALUD

La Universidad de la Fundación ISALUD "es una institución educativa y de investigación sin fines de lucro destinada al desarrollo del conocimiento científico en el campo de la Salud Pública para su aplicación en la administración y gestión de sistemas, y organizaciones e instituciones que intervienen en la producción social de la salud".

Constituye una entidad orientada por los principios y propósitos institucionales de la Fundación ISALUD que, en el marco de la más amplia libertad y pluralismo de pensamientos y disciplinas, procura profundizar el conocimiento de los principales problemas actuales y futuros de la sociedad en las áreas de la Salud; Ambiente y Desarrollo; Alimentos y Nutrición; Administración y Economía; y Políticas Sociales. □



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

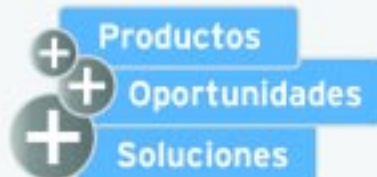
ACLIBA IV: Av. Rolón 881 Boulogne Tel: 4766-1060

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



Crecer 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

En busca del equilibrio



Dr. Federico West Ocampo, Dr. Gustavo Mammoni, Dr. Mario I. Lugones y el Lic. Claudio Belocopitt.

En el marco del Ciclo Abierto de Debate que organiza la Fundación Sanatorio Güemes, la “Mesa de Controversia: Financiación de los prestadores privados vs. Paritarias” reunió a Claudio Belocopitt, Gustavo Mammoni y Federico West Ocampo, quienes presentaron sus diferentes posiciones en torno a la problemática del financiamiento y las negociaciones salariales.

En el marco del Ciclo Abierto de Debate 2013, que organiza la Fundación Sanatorio Güemes para su Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud convocó a representantes de distintos sectores del sistema de salud para su “Mesa de Controversia: Financiación de los prestadores privados vs. Paritarias”. En el encuentro, estuvieron presentes el Doctor Claudio Belocopitt, Presidente de Swiss Medical Group, el Doctor Gustavo Mam-

moni, Presidente de la Confederación Nacional de Entidades de Salud (CONAES) y de la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFELISA), y el Doctor Federico West Ocampo, Apoderado General de la C.G.T., Director del Departamento Jurídico de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina.

Con la coordinación del Doctor Mario Lugones, Presidente de la Fundación Sanatorio Güemes y Director de la Maestría,

los disertantes expusieron posiciones encontradas ante las negociaciones salariales, como así también coincidieron en la importancia de colaborar para lograr un mejor funcionamiento del sistema de salud y el bienestar de quienes se desempeñan en el sector.

EL PROBLEMA DEL FINANCIAMIENTO

El Licenciado Belocopitt tuvo a su cargo la apertura de la Mesa

de Controversia y lo hizo aclarando que "el financiamiento del sistema de salud es muchísimo más que una paritaria". Sin embargo, especificó, "nuestro nivel de discusión es tan básico que en los últimos siete años venimos circunscribiendo el problema a las paritarias".

Según el licenciado, uno de los problemas centrales de financiamiento de la salud en nuestro país surge debido a la inclusión constante de distintos servicios al P.M.O., como ocurrió recientemente con los tratamientos de fertilización. En este sentido, Belocopitt advirtió que "nadie se ha acercado para saber cuál es la incidencia que esa inclusión tiene en las empresas". Nadie puede discutir el derecho a la fertilización, señaló, "pero el problema es cómo se pagan estos tratamientos". "Es una actitud hipócrita e irresponsable", sentenció. "Mientras en todo el mundo se discute qué servicios excluir de los sistemas de financiamiento, nosotros somos el único país del mundo que lo único que hace es incluir más servicios."

Por otra parte, Belocopitt agregó otro elemento al problema de la financiación, uno de carácter más elemental: "la gente vive cada vez más y mejor, pero eso cuesta plata", señaló. Y estos factores, enfatizó, "tampoco entran en ningún análisis de financiamiento". "Lo único que estamos discutiendo es el tema de la paritaria, que parecería ser el único".

**Lic. Belocopitt:
"Nuestro nivel de
discusión es tan
básico que en los
últimos siete años
venimos
circunscribiendo el
problema a las
paritarias"**

"Nosotros no nos oponemos a la discusión en paritarias: sería absurdo que lo hiciéramos", remarcó Belocopitt. La cuestión, añadió, es cómo se financia la paritaria. Es por eso que, a modo de ejercicio, el licenciado expuso

una presentación básica, "como para que un alumno de secundario pueda entender todo lo que implica una paritaria en el sector salud". Así, Belocopitt presentó las estructuras de costos de las empresas de medicina prepaga y de las clínicas. Indicó, por ejemplo, que una prepaga gasta el 83,6% de sus ingresos en costos médicos y el 19,2% en los profesionales de cartilla. Una clínica promedio, señaló el doctor, gasta el 56% de sus ingresos en el personal en relación de dependencia.

La exposición le sirvió a Belocopitt para subrayar que "el costo de una paritaria de, por ejemplo, 24%, en una clínica implica un 20% de aumento en su tarifa". "Es una cuestión matemática: a una paritaria del 24% nunca puede corresponderle menos que una actualización del 24%", destacó. Lo mismo ocurre, especificó, en el caso de una empresa de medicina prepaga. Cómo puede ser, entonces, se preguntó el doctor, que ante una situación así el sistema de salud "no termine de explotar": lo cierto es,



**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

advirtió, “que el sistema ya explotó; ocurre que una cosa es lo que se ve en la superficie y otra lo que hay por debajo.”

“Pronto vamos a volver a discutir la paritaria y van a aparecer de nuevo las expresiones de deseo: lo que logramos es que un sistema que tiene todo para funcionar bien esté accionando cada vez peor”. Belocopitt agregó que, como dirigentes de empresa, “lo que tenemos que hacer es decir estas cosas sin ponernos colorados, porque lo que decimos es la verdad”. Para cerrar su disertación, el licenciado añadió que, como todos los años, “aspiramos a volver a ser entendidos: el gremio tiene la obligación de acompañarnos en este sentido; nosotros no tenemos la máquina de hacer billetes y va a llegar un momento en que esto se va a acabar.” “Hay que llevar el tema a discusiones técnicas para poder conseguir el financiamiento que realmente necesitamos”, concluyó.

UNA PARITARIA, MÚLTIPLES VARIABLES

El doctor Mammoni, por su parte, comenzó su exposición aclarando que representa a un “sector que está fragmentado y segmentado: cada uno está encapsulado en sí”. Para abordar el tema de las paritarias, el doctor presentó los resultados de estudios de costos que se han realizado en distintas provincias: “estamos un 30% por debajo en relación a la inflación vinculada a aranceles”, advirtió. Esto ocurre porque, indicó. “estamos en un sistema perverso en cuanto a su financiamiento y su fragmentación; tenemos un sistema perverso porque usamos la lógica financiera: pero el sistema ¿satisface las demandas de salud de la población? No lo sé, realmente”, reflexionó el doctor.

Más adelante, Mammoni dejó en claro que “este sector es muy importante por lo que significa para la población” y reflexionó que “tal vez somos nosotros los que no hemos generado esa imagen hacia el público y hacia el gobierno”.

**Dr. Mammoni:
“Hablar hoy por hoy de una cifra concreta sería una irresponsabilidad empresarial porque hay muchas variables en juego que hay que ir trabajando”**

La situación del sector de cara a las paritarias, prosiguió, es complicada: “estamos todos en el mismo barco, pero es un barco que va hacia un iceberg”. Sin embargo, Mammoni aclaró que “no podemos decir que el gremio no nos haya acompañado en las paritarias: lo han hecho en la medida que pudieron.”

Hacia el final de su presentación, Mammoni identificó dos problemáticas de difícil solución. “Por un lado, hay inflación y la perspectiva de la gente es ganar más para cubrirla; por otro lado, el mismo gremio tiene aumentos de personal y de insumos”. En una paritaria donde están implicados tantos factores, sintetizó, “hablar hoy por hoy de una cifra concreta sería una irresponsabilidad empresarial porque hay muchas variables en juego que hay que ir trabajando.”

EN REPRESENTACION DE LOS TRABAJADORES

El doctor West Ocampo empezó dejando en claro que, por convivir todos en el mismo sistema de salud, desde su perspectiva “compartimos el problema del financiamiento y también el diagnóstico negativo sobre la salud del sistema de salud”. Y, así como Belocopitt y Mammoni presentaron su perspectiva, West Ocampo aclaró que le tocaba “contar cuáles son las necesidades de los trabajadores”. En el contexto de la paritaria, prosiguió, “nos vamos a encontrar con puntos de vista antagónicos y divergentes.”

“Nosotros representamos a muchos trabajadores que tie-

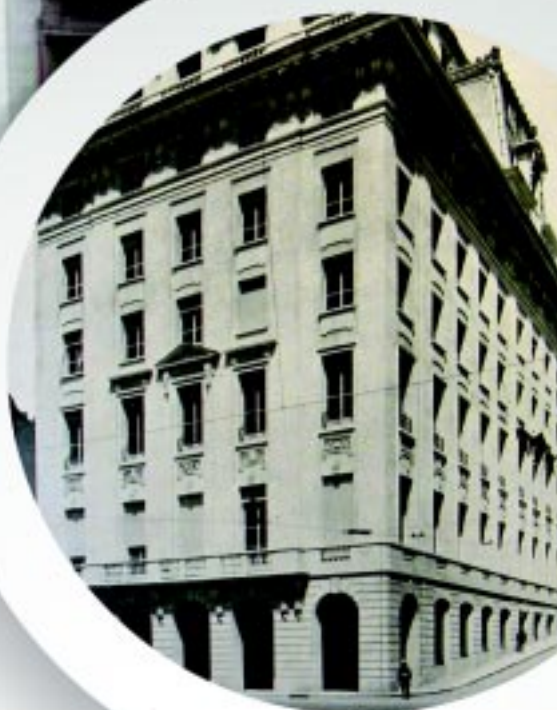
nen necesidades que van mucho más allá de la inflación, se mida ésta con el parámetro que se mida”, advirtió. En este sentido, West Ocampo especificó que el verdadero problema a enfrentar es “el deterioro de la calidad de vida de los trabajadores”. “Por nuestra parte, vamos consiguiendo acuerdos parciales pero generalmente sentimos que los trabajadores cada vez son más acreedores porque son cada vez más las carencias que tienen”, subrayó.

**Dr. West Ocampo:
“Nosotros estamos acá para conseguir entre todos que las instituciones paguen un salario mayor al que están dispuestas a pagar: ésa es nuestra función”**

Más adelante, West Ocampo presentó los problemas a los que el promedio de los trabajadores de Sanidad se enfrentan día tras día: problemas de transporte, problemas habitacionales, incluso problemas de saneamiento y ambientales: “un 40% de los trabajadores de Sanidad de Capital Federal tienen problemas de cloacas y agua potable”, especificó el doctor.

En este sentido, enfatizó ante la mesa, “nosotros estamos acá para conseguir entre todos que las instituciones paguen un salario mayor al que están dispuestas a pagar: ésa es nuestra función.” “No esperen de Sanidad otra cosa que no sea presión y presión para obtener una mejor calidad de vida para los trabajadores”, remarcó.

Aunque, desde su punto de vista, el gremio comparte el diagnóstico general, West Ocampo señaló, para finalizar, que “en la época de paritarias tenemos que encontrar un punto de equilibrio, que siempre fuimos encontrando a lo largo de los años”. □



En el año de su 90° Aniversario,
Prudencia Seguros, continua
apostando a su espíritu innovador.

**Nuevas oficinas propias ubicadas en
un emblemático edificio del
microcentro de la Ciudad de Buenos
Aires.**



Palacio Houlder, 25 de Mayo 489 | Piso 6 | CABA | Tel: +5411 5235 8816 | Fax: +5411 5258 2840
prudencia@prudenciaseguros.com.ar | www.prudenciaseguros.com.ar

Salud y Productividad: Un camino posible

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



No caben dudas que Frederick Taylor ha pasado a la historia como el padre de los estudios de tiempos de los operarios. Comenzando sus investigaciones en 1881, Taylor veía al obrero como una máquina y consideraba que la eficiencia de las organizaciones se obtenía a partir de la racionalización del trabajo y de la eficiencia individual.

El genial Charles Chaplin, en su estupenda película "Tiempos modernos", hizo una crítica mordaz y también logró una toma de conciencia sobre algunos de los resultados de la revolución industrial.

Si bien en 1916 Henry Fayol con su denominada "Teoría Clásica de la Administración" pone el énfasis en la estructura que la organización debería poseer para ser eficiente, siempre me resultaron impactantes los estudios de Elton Mayo y su "Movimiento de las Relaciones Humanas". Basados en los experimentos realizados entre 1924 y 1940 en la fábrica de Hawthorne de la Western Electric Company, los estudios demostraron indubitadamente la influencia y la importancia en la productividad de la cultura grupal y del comportamiento humano.

En jornadas de trabajo verdaderamente interminables, Mayo se sorprendía al ver que la productividad crecía a partir que se introducían cambios que beneficiaban a los trabajadores como una mejor iluminación, la creación de tiempos de descanso tanto para el almuerzo como para el relax, etc., etc.

Por eso, recordando el ciclo desde Taylor a Mayo, me resultó interesante un hallazgo particular en los resultados de la encuesta que Towers

Watson realizara en 2011/2012 referida precisamente a Salud y Productividad –Pathway to Health and Productivity- sobre cuyos resultados nos referiremos en alguna próxima oportunidad.

Y lo particular del hallazgo fue que entre las empresas que se destacaban por sus resultados hay una compañía que, en sus inicios, se encontraba relacionada con la electricidad al igual que la Western Electric analizada por Elton Mayo: se trata de General Electric, en donde se destacan detalles de su Programa de Salud y Productividad, en lo que tal vez sea una tendencia que marcará grandes cambios.

La importancia de la salud y la productividad en General Electric, una de las empresas clasificada en el grupo de las de más alta eficacia en el estudio de este año, en la visión Gerencial, es el resultado del apoyo, tanto de los niveles inferiores hacia los superiores, como de los superiores a los inferiores. Además un Comité de Dirección compuesto por altos ejecutivos de las distintas líneas de negocios de la compañía, participa y está comprometido en el desarrollo de una cultura de salud para los empleados y sus familias en los más de 100 países en los que opera G.E. Así, a través de videoconferencias y de otras formas de comunicación, el compromiso de los líderes con el programa es visible para los 287.000 empleados de la compañía. La otra fuerza impulsora detrás del Programa –denominado HealthAhead- son los más de 500 "Comités de Bienestar" que se encuentran en operación en diferentes sitios alrededor del mundo. El objetivo del programa

La importancia de la salud y la productividad en General Electric, una de las empresas clasificada en el grupo de las de más alta eficacia en el estudio de este año, en la visión Gerencial, es el resultado del apoyo, tanto de los niveles inferiores hacia los superiores, como de los superiores a los inferiores. Además un Comité de Dirección compuesto por altos ejecutivos de las distintas líneas de negocios de la compañía, participa y está comprometido en el desarrollo de una cultura de salud para los empleados y sus familias en los más de 100 países en los que opera G.E.

de G.E. es 1) crear lugares de trabajo más saludables, 2) motivar y apoyar a empleados y sus familias y 3) esforzarse por controlar los aumentos de los costos de salud y mejorar la productividad.

Para alcanzar estos objetivos, la empresa adopta un enfoque holístico que genera una cultura de salud basados en liderazgo, responsabilidad compartida y la promoción de estilos de vida saludables. Los objetivos son ambiciosos, pero para la empresa el objetivo "es el progreso, no la perfección". Por ejemplo, una campaña fue construida sobre el lema hagamos "pequeños cambios".

HealthAhead utiliza programas específicos y focalizados como opciones saludables en las cafeterías y máquinas expendedoras, consejos saludables en todo el lugar de trabajo y apoya Programas para dejar de fumar, Programas de vacunación, Chequeos Médicos y fomenta la actividad física.

El Programa brinda mensajes claros y simples y una combinación de iniciativas de alto contacto para tener éxito.

Así como se dedica un espacio importante a la prevención de accidentes en las plantas, también se dedica un gran esfuerzo para transmitir la idea de lo importante que es la salud y el bienestar.

Naturalmente, G.E. sabe que algunos de los desafíos son más difíciles que otros. Ayudar a empleados a dejar de fumar o manejar el estrés son temas que abordan muchas empresas. El enfoque de G.E. es crear un entorno que aborde abiertamente los desafíos más difíciles. Este punto de vista práctico proporciona y anima el uso de herramientas como la terapia de reemplazo de nicotina, coaching para el manejo de temas personales,

Programas de EAP (Programas de Ayuda al Empleado en materia Psicológica, Legal y Financiera), e incluso en algunos sitios ofrecen programas de Yoga y de meditación.

Mientras que los primeros resultados son alentadores, la empresa sabe que todavía hay mucho por hacer. Naturalmente, el elemento clave del programa es la medición. Entre otros resultados digamos que en los Estados Unidos, solamente el año pasado, el programa de entrenamiento de salud gratuita de G.E. recibió 28.000 llamadas por consultas; el uso de la Emergencia cayó un 20%, y el cambio de medicamentos de marca por otras alternativas de medicamentos genéricos ha producido u\$s 7 millones en ahorros entre los empleados y la compañía. Por otra parte, mientras los costos médicos se encuentran por debajo del promedio, ha habido año tras año una reducción de los días de trabajo perdidos.

Naturalmente la compañía no le atribuye todos los resultados al Programa, pero está convencida que es un factor determinante.

Para ser justos, recordemos amigo lector que, tal como hemos señalado desde esta misma columna en otras oportunidades, en USA las empresas no pagan su cobertura por un monto fijo como en nuestro país, sino que lo hacen por siniestralidad –pago por prestación– de tal forma que la inversión en este tipo de Programas genera una reducción de costos médicos que además facilitan su propia financiación.

En fin, observar y entender lo que otros hacen con efectividad, contribuye a que podamos hacer las cosas mejor algún día. □

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN

Trayectoria e Innovación en la Seguridad Social

40 años OSIM

Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

Comienza la campaña: ¡Copagos 2015!

Por el Lic. Patricio Pasman

patricio@pasman.com.ar



A mediados de los 90, hace ya casi 20 años, daba mis primeros pasos en el sector y escuchaba con gran admiración a consultores muy reconocidos que disertaban y nos capacitaban sobre los cambios radicales que el sector de Entidades de Medicina Prepaga (EMP) tendría en tiempos muy breves.

Los "gurús" de aquellos días pronosticaban con argumentos técnicos muy solventes conceptos como los siguientes:

"Dentro de dos o tres años, los planes de cobertura privada no tendrán nada que ver con los que se comercializan en este momento".

"El modelo de amplias cartillas con credencial libre sin copagos ni médico de cabecera no es sostenible en el tiempo".

"Nadie podrá en el futuro cercano pagar este tipo de planes de canilla libre totalmente descoordinado".

Han pasado casi 20 años y estos pronósticos por supuesto no se cumplieron. El sistema conocido y tradicional, no sólo se mantuvo todos estos años, sino que creció significativamente.

El lanzamiento de nuevos planes gerenciados con médicos de cabecera, tuvieron y tienen dificultades de implementarse exitosamente en inmensas cartillas nacionales de prestadores. Resulta complejo, y también oneroso, la administración de los mismos, pese a los avances en la tecnología de las comunicaciones. También son a veces rechazados, especialmente por los Círculos Médicos.

Sin embargo, se conocen casos de éxito cuando son manejados regionalmente en cartillas más reducidas o cuando son administrados por importantes Hospitales o Centros de Salud. Sin embargo representan una porción muy menor en los 6 millones de asociados del sector.

CON-SU-MISMO-MEDICO VS CONSUMISMO MEDICO

La dificultad de implementar un modelo gerencial "con-su-mismo-médico" de cabecera, tiene como efecto un incremento del "consumismo-médico". Amplias cartillas con libre accesibilidad sólo presentando una credencial sin abonar nada, viene generando una atención médica descoordinada y cada vez más cara. La tasa de consulta se ha duplicado en los últimos 10 años. Como bien sabemos, al aumentar la utilización de consultas, aumenta casi proporcional-

mente los pedidos de estudios y también los medicamentos. Es urgente racionalizar la utilización del sistema para no seguir incrementando injustificadamente los costos.

EL COPAGO

El copago, es un término usado que determina la diferencia entre el precio de un servicio y su valor, dentro de un seguro de salud.

Por lo tanto, en esencia, se trata de la suma de dinero que tiene que pagar el afiliado en ese plan, para acceder a dicho servicio.

Un estudio realizado por el IESE Business School en la Universidad de Navarra sobre experiencias y estadísticas internacionales sobre aplicación de copagos, llega a las siguientes conclusiones:

- 1) En todos los casos estudiados el copago disminuye la utilización de los servicios.
- 2) El copago no parece traducirse en un peor estado de salud de la población, a excepción de personas de muy bajos recursos o con algunas enfermedades crónicas.
- 3) Como es esperable la disminución es mayor en consultas de carácter preventivo que en consultas por enfermedades agudas.
- 4) En los sistemas donde se implementaron copagos sólo en atención primaria, creció la atención de las urgencias, aumentando el costo de las mismas.
- 5) Es recomendable la aplicación de copagos diferenciados por pacientes y servicios.
- 6) Los copagos son una herramienta más para racionalizar el gasto en salud pero desde ya que no debe ser la única.

El principal objetivo de la aplicación de copagos es la racionalización del consumo sin que esto redunde en un peor nivel de salud.

En algunos países de Europa la crisis económica y el impacto del envejecimiento poblacional están repercutiendo fuertemente sobre el Estado de Bienestar y en especial en el gasto en salud. Por ejemplo en España comenzó a regir un copago en la compra de medicamentos en julio del año pasado. Los primeros resultados están dando una reducción de aproximadamente un 15% en la prescripción.

Un Plan de Salud de un Hospital en la Argentina

tiene dos planes prácticamente iguales a excepción de un copago en consulta de \$30. El plan con copagos tiene una tasa de utilización en el gasto ambulatorio entre un 25% y un 30% menor que el plan sin copago.

Considerando que el gasto ambulatorio puede representar aproximadamente entre un 40% y un 60% del gasto total dependiendo de la edad promedio de la cartera, podríamos concluir en que la reducción total de la aplicación de copagos sería del 15%. Es necesario considerar que cuando hay una libre elección de plan, naturalmente existe una propensión de la población más sana a adquirir planes más económicos con copagos y de la población más enferma a planes más caros pero sin copagos.

Según el cuadro adjunto sobre la evolución del incremento de los gastos médicos en EE.UU. vs la inflación general de precios y vs el incremento de salarios, muestra claramente dos períodos donde el porcentaje de incremento de primas va disminuyendo. El primer período es durante la primer mitad de los años 90 con el crecimiento de la medicina gerenciada

empleador. Le descontaban u\$s 400 por mes. Ella justificaba ese valor argumentando que estaba en una de las principales aseguradoras del mercado y que su plan era muy bueno, ya que tenía algo de cobertura en odontología y salud mental. Le pregunté si pagaba algo cuando concurría a una consulta. Con toda naturalidad me contestó ¡¡30 dólares!!

COPAGOS PARA TODOS Y TODAS

Sin duda que es necesario racionalizar la utilización del sistema y reducir el “consumismo” médico y en esto el copago puede ayudar.

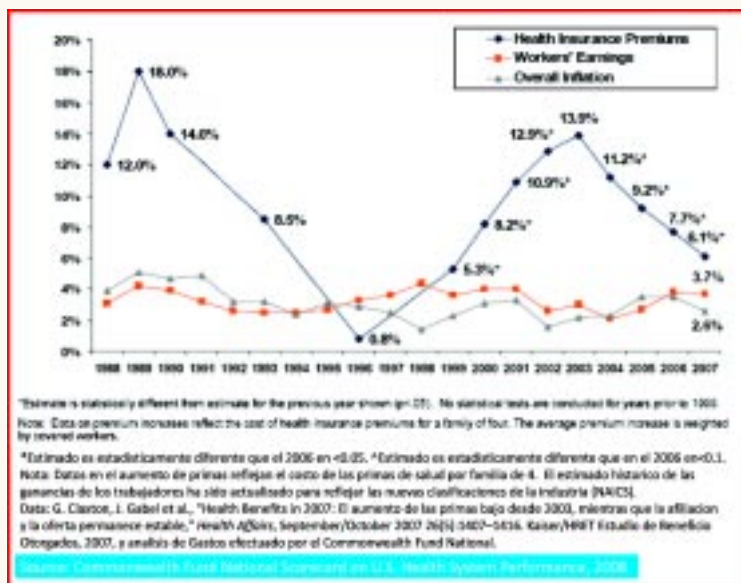
Sin embargo mi preocupación actual radica en que la atención médica viene deteriorándose con consultas cada vez más cortas. No hay tiempo para muchas preguntas y ni hablar del contacto físico o de buenas relaciones médico-paciente.

Los profesionales destacados huyen de las cartillas de las EMP en cuanto pueden.

Muchas personas encuentran en la medicina alternativa mayor satisfacción a sus demandas.

La gente se siente mucho mejor atendida por ejemplo con homeópatas que brindan consultas de 45 minutos. Un conocido traumatólogo me decía que el crecimiento de la utilización de la osteopatía, era porque ellos ¡ya ni tocaban a los pacientes! Cada vez más las consultas médicas son breves, pocas preguntas, la birome lista para pedir estudios y/o medicamentos y que pase el siguiente. El médico como víctima del sistema.

Es finalmente sobre este punto que creo que no va a quedar otra que impulsar un sistema de copagos. Es necesario una consulta mejor remunerada y sin esperar los tiempos largos de pago de muchos financiadores. Debe estudiarse adecuadamente de modo que no genere subprestación en temas de prevención. Vale aclarar que en el sistema de EMP se atiende el 15% de la población de Argentina, mayoritariamente aquellos de mayores recursos económicos. Este grupo no va a dejar



y las HMO. El segundo período es a partir del año 2003 con los incrementos de copagos y deducibles.

Hace unos meses estaba en un negocio de venta de zapatillas en un shopping en Miami acompañando a mi mujer y mis dos hijas mayores. Mientras esperaba pacientemente que miraran y dieran (un apostolado!!) me puse a conversar con una de las vendedoras sobre su plan de cobertura. Ella pagaba un 50% del valor del plan y el 50% restante su

de atender una necesidad de salud por un copago razonable que modere la utilización y que permita una mejor atención por parte del profesional médico. Profesionales médicos satisfechos generan pacientes satisfechos y clientes satisfechos.

No voy a cometer el error de mis maestros de aquellos años y no creo que el sistema cambie radicalmente en dos años, sin embargo expreso mi deseo que el candidato para el 2015 sea el Sr. Copago. □



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

Una asignatura pendiente en la Seguridad Social: La inclusión de los autónomos grandes contribuyentes en el sistema Nacional del Seguro de Salud



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

El Plan de Inclusión Previsional (comúnmente llamado Moratoria Previsional), surgió como una medida política destinada a incorporar al ámbito de la seguridad social (en relación con las jubilaciones) a aquellos adultos mayores que, por no cumplir con los requisitos exigidos por la legislación aplicable en aquella época en esta materia –vinculados con la edad jubilatoria y los años de contribución necesarios para acceder a la prestación previsional–, no podían acceder a un haber jubilatorio.

El plan referido se instrumentó entre enero de 2005 y abril de 2007, por vía del artículo 6 de la ley 25.994 y el decreto 1454/05 que, a su vez, reglamentó la ley 24.476 y permitió que los autónomos con problemas de regularización de aportes, se pudieran inscribir en un plan de facilidades hasta el 30 de abril de 2007, para luego poder acceder al beneficio previsional.

Podían acceder al beneficio, aquellas personas que, teniendo la edad de retiro cumplida hasta el 31 de diciembre de 2004, no registraban aportes suficientes al sistema y quienes cumpliendo la edad en cualquier momento, completasen los aportes anteriores al 30 de setiembre de 1993.

Por otra parte, el artículo 2 de la ley 25.994 establecía que los hombres con 60 años de edad y las mujeres con 55; que acreditasen 30 años de servicios con aportes computables en uno o más regímenes jubilatorios comprendidos en el régimen de reciprocidad y que se encontrasen en situación de desempleo al 30 de noviembre de 2004, pudieran acceder a la jubilación anticipada.

Estas medidas permitieron el acceso a los bene-

ficios de la previsión social a personas que no cumplían con los requisitos de la ley 24.242 y facilitó la incorporación de aquellas personas, que encontrándose desocupados a noviembre de 2004, registraban todos los aportes requeridos por la normativa vigente, pero les faltaban hasta 5 años de edad para adquirir el beneficio previsional.

Si bien la ley 25.994 estuvo vigente hasta abril de 2007, aún sigue en vigor la ley 24.476, la cual establece un plan de facilidades de pago para aquellos trabajadores autónomos que adeuden aportes devengados a la ANSES hasta el 30 de setiembre de 1993, pueden regularizar su situación y acceder a las prestaciones jubilatorias.

El Plan de Inclusión Previsional fue complementado por otras medidas que favorecieron el financiamiento del aumento de la cobertura. En este sentido, la ley 26.222 de Libre Opción del Régimen Jubilatorio sancionada en 2007, que permitió el traspaso de afiliados del Régimen de Capitalización al Régimen de Reparto, significó un aumento de cerca de 2 millones de aportantes al sistema público. Posteriormente, con la creación del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) en 2008, por vía de la ley 26.425, los dos regímenes previsionales vigentes hasta ese momento (Capitalización y Reparto) se unificaron en un solo régimen público de reparto, que cuenta en la actualidad con más de 8 millones de aportantes. (conf. Observatorio de la Seguridad Social. La inclusión social como transformación: políticas públicas para todos. ANSES).

En síntesis, las políticas públicas reseñadas estu-

vieron dirigidas inequívocamente a la inclusión de un colectivo social numeroso que se encontraba en una situación de vulnerabilidad social.

En materia de salud existen materias pendientes en cuanto a la inclusión de población que deberían ir cumpliéndose.

Cabe recordar que, el art. 5 de la ley 23.661 dice:

"De los Beneficiarios

ART. 5.- Quedan incluidos en el seguro:

- a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales.*
- b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fija la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.*
- c) Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación".*

Con respecto al inciso a) transcripto, el art. 8 de la ley 23.660 establece que:

"Quedan obligatoriamente incluidos en calidad de beneficiarios de las obras sociales:

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo o en sus orga-*

nismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; (inciso sustituido por art. 2° de la Ley N° 23.890 B.O. 30/10/1990).

- b) Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;*
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales".*

A su vez, el art. 9 de la ley 23.660 dice que:

"Quedan también incluidos en calidad de beneficiarios:

- a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela hayan sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso.*
- b) Las personas que convivan con el afiliado titular y*

Precisión
al Servicio de
la Salud



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



Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensional

Radiocirugía Estereotáctica

Radioterapia Estereotáctica

Acelerador Lineal

Vídt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires
Tel.: (54-11) 4824-8326 / 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

reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1.5%) por cada una de las personas que se incluyan”.

Finalmente, con respecto a estos beneficiarios, el art. 10 de la ley 23.660 indica cuándo subsistirá el carácter de beneficiario otorgado en el inciso a) del artículo 8 y en los incisos a) y b) del artículo 9 de esta ley subsistirá mientras se mantenga el contrato de trabajo o la relación de empleo público y el trabajador o empleado reciba remuneración del empleador, con determinadas salvedades.

Con relación al inciso b) del art. 5 de la ley 23.661, la ley 25.865 incorporó al Sistema Nacional al Seguro de Salud a los pequeños contribuyentes autónomos (monotributistas). Esta inclusión es frecuentemente cuestionada, pues no respetó criterios básicos de la solidaridad que constituye uno de los pilares básicos de la seguridad social.

El monotributo tiene un triple componente:

- 1°) Impositivo
- 2°) Jubilatorio
- 3°) Salud (obra social)

El único componente que no aumenta de modo proporcional, respecto de cada una de las 12 categorías, es el de salud.

En la actualidad el componente de salud de la escala más baja del monotributo, es decir, de quien puede facturar hasta \$ 24.000 por año (categoría B), representa el 33,78 % del monto total del tributo que asciende a \$ 296 por mes; mientras que la escala más alta, es decir, de quien puede facturar hasta \$ 300.000 por año (categoría L), representa sólo el 5,38 % del monto total que asciende a \$ 1.857.

Indudablemente ello hace que el componente de salud del monotributo sea claramente regresivo desde el punto de vista de un sistema solidario de seguridad social.

Por su parte, la ley N° 26.565 prevé la inclusión al Sistema Nacional del Seguro de Salud, de los monotributistas sociales. El tercer párrafo del artículo 47 de la ley 26.565 establece que:

“Los sujetos asociados a cooperativas de trabajo inscriptas en el Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social del Ministerio de Desarrollo Social cuyos ingresos brutos anuales no superen la suma de pesos veinticuatro mil (\$ 24.000) estarán exentos de ingresar el impuesto integrado y el aporte previsional mensual establecido en el inciso a) del artículo 39 del presente Anexo. Asimismo, los aportes indicados en los incisos b) y c) del referido artículo los ingresarán con una disminución del cincuenta por ciento (50%)”.

Los incisos b) y c) del artículo 39 de la Ley 26.565 a los que remiten el art. 47 señalan que: El pequeño

contribuyente adherido al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (RS) que desempeñe actividades comprendidas en el inciso b) del artículo 2° de la ley 24.241 y sus modificaciones, queda encuadrado desde su adhesión en el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) y sustituye el aporte personal mensual previsto en el artículo 11 de la misma, por las siguientes cotizaciones previsionales fijas: b) aporte de pesos setenta (\$ 70), con destino al Sistema Nacional del Seguro de Salud instituido por las leyes 23.660 y 23.661 y sus respectivas modificaciones, de los cuales un diez por ciento (10%) se destinará al Fondo Solidario de Redistribución establecido por el artículo 22 de la ley 23.661 y sus modificaciones; c) aporte adicional de pesos setenta (\$ 70), a opción del contribuyente, al Régimen Nacional de Obras Sociales instituido por la ley 23.660 y sus modificaciones, por la incorporación de cada integrante de su grupo familiar primario. Un diez por ciento (10%) de dicho aporte adicional se destinará al Fondo Solidario de Redistribución establecido por el artículo 22 de la ley 23.661 y sus modificaciones.

Es decir, el monotributista social una vez inscripto en el Registro Nacional de Efectores de Desarrollo Local y Economía Social, que funciona en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social (decreto N° 189/04) debe ingresar solamente el 50% de la cotización del inciso b) del artículo 39 de la Ley 26.565 (componente salud) para acceder a la cobertura, mientras que durante 24 meses, el restante 50% es aportado por el Ministerio de Desarrollo Social (conf. art. 1° Res. Conjunta N° 249/06 SSSalud y 853/06 SPSyDH).

Más allá de los cuestionamientos que se pueden formular al modo en que fue realizado, la inclusión de los monotributistas al Sistema Nacional del Seguro de Salud, significó el cumplimiento parcial de lo previsto en el inciso b) del artículo 5 de la ley 23.661. Aún falta incluir a los autónomos grandes contribuyentes en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, para dar cumplimiento total al inciso b) referido.

Si los autónomos grandes contribuyentes se incorporaren al Sistema Nacional del Seguro de Salud habría que resolver algunas cuestiones; sin dudas una de las principales es la de determinar el modo en que este colectivo social realizaría los aportes correspondientes al Agente del Seguro de Salud que elige para poder financiar la prestación médico-asistencial. Uno de los modos posibles para resolver este tema, podría consistir en determinar la canalización al agente de un porcentaje mensual de la facturación del autónomo, al igual que en materia jubilatoria, de acuerdo con la capacidad contributiva de cada individuo. Por el nivel de ingreso que tienen estos contribuyentes, nos parece razonable que la población que integran ingrese dentro de las obras sociales de personal de dirección.

Estamos convencidos que esta propuesta constituye una alternativa que contemplaría criterios de solidaridad que no se respetaron con la inclusión de los monotributistas al Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Además, constituye una alternativa coherente con la política de inclusión de población en la seguridad social que viene llevando adelante el gobierno nacional. □

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**

Un pacto por la salud pública

Sofía Olaviaga y Federico Tobar ¹

El pasado martes 4 de junio un grupo de sanitaristas presentó el documento **Pacto Argentino por la Inclusión en Salud (PAIS)**, que propone consensos básicos para repensar un modelo de salud para la Argentina.

Durante el evento, Roberto Chuit, exministro de Salud de Córdoba; Carlos Vassallo, profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Litoral; Adolfo Sánchez de León, exsubsecretario de Salud de la Nación, y Sofía Olaviaga, coordinadora del Programa de Salud de CIPPEC expusieron, en representación del grupo PAIS, los principales objetivos de la iniciativa. Además, lanzaron el blog <http://inclusionosalud.org/> e invitaron a la comunidad presente –más de 100 representantes del sector de la salud– a participar del espacio de debate inaugurado.

UN DIAGNOSTICO CONOCIDO

Nuestro sistema de salud es cada vez más caro y obtiene menores resultados. Hasta hace algunas décadas, la Argentina detentaba los mejores indicadores epidemiológicos de la región. Hoy perdió posiciones en la esperanza de vida al nacer, las tasas de mortalidad infantil, de menores de cinco años y materna, y la situación empeora cuando se examinan causas específicas, como la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, se ubica entre los países con mayor gasto en salud per cápita de la región.

EL SISTEMA DE SALUD ES VICTIMA DE SU PROPIA EFICACIA

La población argentina está cambiando su perfil epidemiológi-

co. Las enfermedades crónicas asociadas a la vejez y a los hábitos de vida poco saludables avanzan como las principales causas de enfermedad y mortalidad. Si bien nuestro sistema de salud supo resolver muchas contingencias sanitarias, enfrentará dificultades para responder a los nuevos desafíos si no incorpora cambios estructurales. Esta situación problemática no se soluciona solamente invirtiendo más dinero en el sistema. Por el contrario, se requiere además redefinir el modelo de atención y de gestión de la salud. Esto permitiría superar la falta de articulación del sistema de salud que hoy atenta contra el uso racional y eficiente de los recursos de la sociedad y del Estado. Se podría conquistar más salud, disminuyendo la morbi-mortalidad y mejorar su distribución, reduciendo las brechas de acceso entre grupos poblacionales.

Este es un diagnóstico conocido y compartido por la comunidad académica, funcionarios sectoriales, profesionales de la salud, entre otros actores del sector. El ciudadano o paciente, por su parte, si bien percibe que el sistema funciona en un nivel subóptimo, no hace mayores reclamos por temor a perder lo que tiene. El usuario del sistema público teme no recibir la atención necesaria; al beneficiario de una obra social le asusta atenderse en el hospital público y someterse a esperas insalubres que comienzan en la madrugada, mientras que al de la prepaga le preocupa no poder elegir a cualquier especialista de la cartilla.



Sofía Olaviaga, Carlos Vassallo y Adolfo Sánchez de León durante la presentación de los principales consensos de PAIS.

Es claro que nuestro sistema de salud requiere de transformaciones, si quiere seguir brindando más y mejor salud. Hasta aquí la mayoría está de acuerdo. El disenso que paraliza el cambio aparece cuando se plantea qué modificaciones introducir y cómo hacerlo.

Algunos consideran que la solución es dotar al sistema de salud de una ley rectora que defina qué deben hacer el gobierno nacional, los provinciales y los municipales, las obras sociales, las prepagas, los hospitales y los centros ambulatorios. Otros consideran que ese medio es necesario pero no suficiente, y proponen un pacto que comprometa a los actores estatales y privados en un conjunto de cambios concretos. Pero los disensos vuelven a surgir cuando se analiza qué debería incorporar esa norma marco o pacto.

EL ORIGEN DE LA INICIATIVA

Desde hace casi dos años un grupo de más de 30 sanitaristas -entre ellos, exfuncionarios, académicos y miembros de organizaciones de la sociedad civil-, nos venimos reuniendo periódicamente para debatir estas cuestiones y generar un piso de discusión que permita trabajar en un consenso sobre lo que debería contemplar una futura organización, legislación y modelo de atención de la salud. Logramos plasmar este núcleo de coincidencias básicas en el documento Pacto Argentino por la Inclusión en Salud (PAIS).

Los especialistas que adhieren al documento PAIS son Hugo Arce, Ernesto Báscolo, Noemí Bordoni, Nélide Busso, Roberto Chuit, José Cid, Jorge Coronel, Eduardo Jatib, Laura Lima Quintana, Mario Lugones, Gustavo Mammoni, Alberto Manterola, Ricardo Mastai, Jorge Mera, Hugo Mercer, Elsa Moreno, Aldo Neri, Sofía Olaviaga, Ricardo

Otero, Néstor Perrone, Horacio Pracilio, Armando Reale, Carlos Regazzoni, Adolfo Sánchez de León, Elsa Segura, Romina Solano, Abraam Sonis, Enrique Tanoni, Federico Tobar, Carlos Vassallo y Pablo Vinocur.

Siguiendo el ejemplo de otros países como Brasil, que consolidó un amplio movimiento sanitario para debatir y construir políticas consensuadas, esta iniciativa aspira a conformar un espacio integrado por individuos, académicos, funcionarios y legisladores de diferentes partidos políticos, desde donde impulsar una visión compartida respecto de lo que debería ser un proceso para la redefinición del sistema y la construcción de una política de Estado en salud.

UNA PROPUESTA PARA (RE) ORGANIZAR LA COBERTURA Y TRANSFORMAR LA FORMA DE CONSTRUIR SALUD

El documento PAIS incluye una serie de definiciones, redefiniciones y desafíos que podrían plasmarse en un pacto al que sumen y adhieran todos los actores relevantes del sector.

Contiene 13 propuestas concretas organizadas en cuatro ejes, que buscan transformar el modelo de atención, acompañado por un modelo de financiamiento que lo haga viable y en el marco de una organización del sistema que promueva un federalismo adecuado. Sin embargo, es importante aclarar que éste no es un debate cerrado e invitamos a discutir y profundizar las propuestas existentes y a sumar nuevas.

Entendemos que la salud no es el resultado del libre juego de la oferta y la demanda, como cualquier mercancía. Es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado que tiene todos los medios necesarios para

hacerlo (recursos normativos, administrativos y financieros). Proveer servicios públicos de salud de forma directa a la población no alcanza para garantizar la salud, ni tampoco es la única función del Estado.

El sistema sanitario necesita urgentemente refundar y resignificar la relación entre la Nación y las provincias. Esto implica establecer las funciones, atribuciones y responsabilidades en salud de la Nación, las propias de las provincias y las concurrentes de ambas. Asimismo, es necesario definir el papel de los municipios que en las últimas décadas han sumado responsabilidades sin un marco claro que establezca sus funciones.

Para ello, se deben salvar las carencias u omisiones constitucionales, revisar la distribución de los compromisos y fijar claramente las responsabilidades. En este nuevo esquema es imprescindible que la Nación desempeñe un rol rector, firme y legítimo, para coordinar y obtener un desarrollo homogéneo del sistema.

En esta misma línea, la creación de una agencia regulatoria de salud integrada también colaboraría a mejorar la articulación del sistema. Coordinaría mejor las funciones regulatorias que ya se ejercen desde la Nación, así como las acciones regulatorias no delegadas por provincias y municipios. Tomando las experiencias de otros países federales, la agencia estaría vinculada al Consejo Federal de Salud (COFESA), e incluiría a todos los factores involucrados en la función de producción de salud: los recursos humanos; la tecnología; la infraestructura y oferta de servicios; y los financiadores que tienen competencia en el aseguramiento de la salud.

La consolidación de la salud como un derecho universal tiene como condición necesaria un acceso equitativo a los cuidados. Es



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

MasterSoft

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

Cuadro síntesis. Ejes y propuestas del Pacto Argentino por la inclusión en Salud

Eje 1. La salud es un derecho cuya satisfacción requiere de un protagonismo creciente del Estado.	1. Configurar una nueva relación Nación-Provincias, que fortalezca la rectoría de la Nación y al Consejo Federal de Salud (COFESA) como espacio principal de coordinación. 2. Consolidar una agencia regulatoria de salud integrada.
Eje 2. El sistema de salud debe garantizar el acceso a cuidados homogéneos de calidad a todos los habitantes del país.	3. Jerarquizar problemas de salud para cada etapa del ciclo de vida, mediante protecciones de salud expresadas en líneas de cuidados, y garantizadas a través de un nuevo Programa Médico Obligatorio (P.M.O.). 4. Crear un seguro universal para la cobertura de enfermedades catastróficas. 5. Construir redes de complejidad creciente y con responsabilidad nominada sobre población a cargo. 6. Comprometer al paciente: la salud involucra derechos y deberes. 7. Procurar una apropiada participación de los beneficiarios en el sistema de salud.
Eje 3. La asignación y distribución de los recursos al interior del sistema de salud debe garantizar el pleno desarrollo del modelo de atención definido.	8. Corregir desigualdades en la infraestructura y los recursos humanos. 9. Establecer un programa integrado de recursos humanos en salud que guarde pertinencia con el perfil epidemiológico del país. 10. Evaluar el desempeño de los financiadores en función de los resultados de salud obtenidos sobre la población a su cargo y vincular la asignación de recursos a compromisos de gestión. 11. Brindar mayor autonomía a los efectores públicos.
Eje 4. La transformación del sector tiene como condición fundamental lograr un sistema de salud más integrado, que respete la organización federal del país.	12. Conformar Sistemas Integrados de Salud Provinciales. 13. Compensar desigualdades en un piso de atención mediante fondos nacionales.

decir, el sistema de salud debe garantizar cuidados de calidad homogénea a la población, independientemente de la capacidad de pago de cada uno y del lugar de residencia. No es posible perpetuar un modelo sanitario con una salud pobre para pobres y de calidad para ricos. Para lograrlo es necesario definir un piso de calidad y fortalecer los mecanismos de acreditación de los prestadores públicos y privados, y la formación de recursos humanos.

Para establecer el mencionado piso de calidad, primero es importante jerarquizar los problemas de salud. Este es un gran desafío de cualquier sistema sanitario. La propuesta en esta dirección es definir un conjunto de enfermedades y desafíos de salud a priorizar para cada etapa del ciclo de vida. Esto se debería realizar bajo la conducción del Ministerio de Salud de la Nación y en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA), respetando el espíritu federal del país. El objetivo no es racionar sino realizar una discriminación po-

sitiva que jerarquice la respuesta frente a protecciones básicas que los argentinos asumimos como mínimos de ciudadanía no negociable.

La concreción de estas protecciones requiere, además, definir líneas de cuidados adecuadas. Esto significa superar el estado declarativo y avanzar hacia metas concretas para todos los responsables de brindar salud. Por ejemplo, no es lo mismo afirmar que se cubrirán las prestaciones del embarazo, que garantizar que todas las gestantes tengan al menos cinco controles, con sus correspondientes ecografías. Este cambio se podría concretar mediante la actualización y redefinición del Programa Médico Obligatorio (P.M.O.). A diferencia del actual, el renovado P.M.O. debería tener vigencia universal, es decir, para los beneficiarios de obras sociales, prepagas y del subsector público.

Por otro lado, es fundamental que el sistema no se limite a enunciar un elenco de prestaciones y que avance en la definición de protocolos de atención. Así se de-

jará de ofrecer un mero paquete de servicios, para comenzar a brindar un verdadero programa de cuidados garantizado a toda la población.

Para construir un sistema integrado de salud es indispensable definir una puerta de entrada, pero también es central pautar la circulación del paciente por el sistema, maximizando la capacidad de resolución y evitando la duplicación de ofertas, así como la ausencia de ella en determinados lugares. Para lograrlo, es necesario organizar redes de cuidados progresivos que incorporen las líneas de cuidado definidas, recategoricen los servicios, instituyan oficinas dedicadas a organizar la referencia y contrarreferencia en los hospitales, incorporen mecanismos para monitorear el funcionamiento en red y capaciten e incentiven a los prestadores.

Un elemento indispensable en esta dirección es el establecimiento de responsabilidad nominada de las redes integradas de salud (públicas y privadas) sobre una población a cargo. Esto involucra la designación de los responsables de brindar los cuidados y la definición de las personas que formarán parte de cada red de atención. Esto facilita el conocimiento del acceso de los pacientes a los servicios y permite premiar a los efectores por el cumplimiento de determinados estándares. La verificación de los cuidados se puede hacer mediante un sistema de información clínica (Historia Clínica Unificada Digital) que permita realizar tanto un seguimiento del paciente como de la calidad de la atención.

Evaluar el desempeño de los financiadores en función de los resultados de salud obtenidos sobre la población a su cargo es otra de las sugerencias a incorporar. Es necesario evaluar el nivel de cumplimiento de las líneas de cuidados priorizadas para cada etapa del ciclo de vida, e incorporar incentivos para aquellos que obtengan los mejores resultados. Así se comienza a superar el modelo de salud imperante, reactivo y curativo, por otro proactivo, centrado en la promoción y la prevención.

Sin embargo, para brindar protecciones homogéneas -en tiempo y forma- y mediante redes integradas se requiere garantizar una oferta efectiva de servicios. Las actuales brechas en infraes-

estructura y recursos humanos entre provincias representan el primer obstáculo. Se podría comenzar por generar un mapa sanitario en el COFESA que mida las necesidades y priorice las inversiones de salud en las provincias. Además, hay que incrementar la participación de los recursos nacionales en la financiación sectorial, pero no como reemplazos de recursos provinciales. Para ello, la constitución de un fondo nacional para compensar las desigualdades en un piso de atención puede ser una respuesta interesante.

Otra medida complementaria y central es establecer un programa integrado de recursos humanos en salud que aborde las problemáticas relacionadas con la formación de los profesionales del sector y su distribución en el país.

En un sistema sanitario adecuado la salud involucra derechos, pero también deberes. La salud se produce de forma colectiva y ningún argentino tiene capacidad por sí solo de garantizarse un futuro saludable mientras no lo tenga el resto del país. Esto no sólo requiere que profesionales y servicios ajusten su accionar a un modelo de atención definido y sigan, en forma progresiva, guías y esquemas terapéuticos. También es requisito el compromiso del paciente. Los cuidados de salud no son un bien de consumo que el paciente puede usufructuar a su criterio y entendimiento. El Estado es responsable y capaz de fomentar este "compromiso del paciente" mediante diversas estrategias a su alcance. Asimismo, se deben pro-



Gran cantidad de asistentes siguieron con atención las disertaciones.

curar y definir los espacios necesarios para una apropiada participación de los beneficiarios en el sistema de salud.

Por último, la coordinación de sistemas integrados de salud provinciales ayudaría a lograr una cobertura universal y homogénea. Sería necesario que la Nación apoye financiera y técnicamente, y fortalezca la capacidad gerencial de la autoridad sanitaria local. Los ministerios de salud provinciales, a su vez, deberían: a) garantizar la implementación del modelo de atención definido por el Ministerio de la Nación en el territorio provincial; b) coordinar el funcionamiento de programas y servicios; c) alcanzar protecciones de salud universales y de calidad homogénea; y d) reducir inequidades en el acceso dentro del territorio provincial.

En definitiva, la conformación de sistemas integrados de salud provinciales tiene por objeto inte-

grar democráticamente a la población, articular y organizar los recursos de prestadores tanto estatales como privados para que asistan a poblaciones definidas dentro del marco regulatorio común a ambos.

Estas propuestas no pretenden agotar la discusión en torno a las transformaciones del sistema sanitario. Por el contrario, aspiran a promover el debate postergado sobre qué modelo de salud es el más adecuado para garantizar un acceso equitativo a cuidados homogéneos de calidad para todos los habitantes de la Argentina. Desde el grupo **PAIS** convocamos a la comunidad a profundizar la discusión en <http://inclusionosalud.org>. □

¹ Coordinadora e investigador del Programa de Salud de CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento), y ambos integrantes del Grupo PAIS.

Su salud en las mejores manos

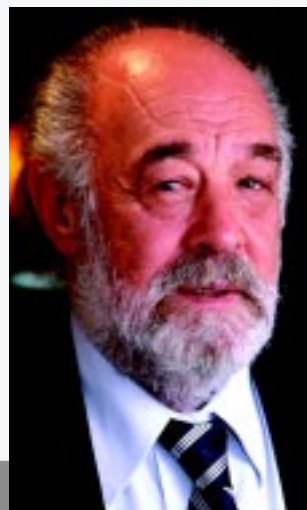
**Avda. Independencia 2852
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Call Center 0800-333-3313**



Acerca de nuestro “sistema” de salud

“No es gran cosa lamentar una injusticia.
Lo que hay que hacer es repararla”.
Albert Camus

Por el Dr. Ignacio Katz



El célebre pensador italiano Giorgio Agamben retomó con pertinencia la idea de que no existe “un bosque”, como tal, sino múltiples bosques, según quien lo mira o el rol que posee. Vale decir, existe un bosque para el guardia forestal, otro para el cazador, otro para el botánico, para el caminante, para el amigo de la naturaleza y para el leñador. Del mismo modo, podemos extrapolar el ejemplo hacia el *campo sanitario*. No hay uno sólo, como categoría absoluta. Hay uno para la persona internada en la terapia intensiva de un hospital; otro para la madre en trabajo de parto; otro para los padres de un hijo accidentado del que esperan su recuperación; otro para el médico que debe atender a un paciente atrás de otro; y la lista sigue, sin omitir la participación activa de empresarios y financistas.

De lo que se trata es de volver a colocar en el centro a la persona, en tanto ciudadano, con los derechos que le corresponden, como el tan menedado derecho a la salud. Sin el ser humano como eje, ningún sistema sanitario tiene finalidad, coherencia ni viabilidad.

Durante los últimos 60 años, los responsables de conducir los destinos del país -y en particular quienes han aplicado las políticas sanitarias- no han ofrecido algún dejo de pedido de perdón o de arrepentimiento por la sucesión de períodos de retroceso o de estancamiento en el campo de la salud. Parecieran profesionales de un ajedrez virtual, que se desentenden de las piezas y del tablero real, por más que sea en este último en donde el paciente y sus familiares sufren las consecuencias de las decisiones de aquel simulacro. Por momentos hacen venir a la memoria el cuento de Rodolfo Walsh, “Zugzwang”, en el cual el jugador, tome la decisión que tome, pierde el juego. De más está decir que el protagonista de esta situación en la que cualquier movimiento ocasiona una derrota, no es aquel que decide desde la abstracción de modelos ideales, sino ese ciudadano reducido a consumidor de servicios, o a mero enfermo. Como en el cuento de Walsh, está obligado a tomar una decisión, pero, cualquiera que puede condenarlo, por causa de los movimientos que anteriormente han hecho otros.

Cuando se hace referencia a las crisis que nos atravesaron, se suele no distinguir entre *correlación* y *relación causal*; caemos en buscar las explicaciones

sólo en el contexto y no en su esencia nodal. Y así observamos que tanto la economía como la política actúan como *partenaire del poder*, término que no se refiere a un concepto comodín sino que traduce el hacer o no hacer, el posibilitar o no determinados eventos, el dar lugar o no al desarrollo de construcción o deconstrucción de políticas sociales o políticas de gestión. A este poder específico nos estamos refiriendo aquí: al biopoder.

Para salir de este panorama, el gobierno debería recuperar todas sus competencias en el área de la salud y redefinir a partir de su rol *rector-garante-responsable*, qué niveles de la macro, meso y micro gestión asume, cuáles delega y cuáles regula, con el fin el de garantizar la igualdad de acceso a los servicios asistenciales, de manera que se haga lo correcto en el momento indicado. Estos serían los principios de restitución institucional que la realidad impone como necesaria en salvaguarda del derecho a la salud.

La debilidad del actual accionar no pactado tiende a perpetuar y profundizar la *fragmentación* existente. De lo contrario, seguiríamos bajo este término encubriendo la *inequidad que transparenta la injusticia social*. No sólo se trata de articular los distintos sectores, como los oficiales, para oficiales y privados; sino también, en lo concerniente a la atención primaria, la secundaria ambulatoria y la terciaria de internación. Otro capítulo importante es el que compete a los gastos en medicamentos, cuya proporción impacta exponencialmente en el gasto en salud (aunque su nominación correcta sería gasto en enfermedad).

En lo que respecta a políticas sociales específicas del área, en ocasiones se observan iniciativas parlamentarias que no armonizan con las políticas de gestión. Hoy como máxima ambición se proponen resoluciones parciales que no dejan de ser coyunturales y que, para peor, operan en un *vacío de estructura*, entendiendo a éste como confusión amorfa. Se llevan adelante, entonces, iniciativas aisladas, descolgadas de planes federales y sin que se contemple su viabilidad financiera. Sin una interacción permanente entre el sector público y el privado, que incluya a los colegios médicos, las universidades y la sociedad civil, no hay solución posible para este accionar disperso, cuyos trazos sueltos disgregan el campo sanitario. Dicho campo está atrapado en su

estado actual, como consecuencia de la falta de una *planificación estratégica* que responda a un plan de salud nacional. Nuestro país poseía una matriz activa al respecto, la que nos permitió alcanzar uno de los primeros niveles médicos del habla hispana. Hoy la prioridad estaría dada por ampliar el margen de maniobra y limitar la litigiosidad en un tema tan sensible como el de la salud.

Sabemos que los cambios que se plantean son productos naturales del devenir médico, económico y social, pero justamente por ello requeriría de una *mesa de negociación permanente*. Sólo esta capacidad podrá superar los problemas que en la gestión se manifiestan en forma cotidiana, superando las frecuentes discusiones que hacen referencia al costo y no a la falta de eficiencia. Es decir, se trata, como dijimos anteriormente, de lograr un acuerdo fundamental que involucre a todos los protagonistas, privilegiando no sólo el abordaje de las enfermedades, sino el potencial vital de las personas, haciendo hincapié en la prevención, diagnósticos precisos y rehabilitación. De esta manera, se podrá dar consistencia a un Sistema Federal Integrado de Salud y así evitar las desigualdades presentes. Una propuesta de estas características supera los lamentos del atrapamiento en el laberinto de la complejidad.

El debate sobre qué modelo sanitario queremos -y necesitamos- siempre termina centrándose en cuestiones relacionadas con el déficit presupuestario, y a partir de allí se desencadena un tramado de réplicas y contrarréplicas. En rigor de verdad, el recurso prioritario a ejercer es la racionalidad en la totalidad de la cosmogonía prestacional, secundada por la "caja de herramientas" con la que cuenta la gestión, a partir de un "observatorio de salud" en el que claramente se diferencian los *indicadores teóricos* -es decir aquellos que exteriorizan los problemas a resolver- de los *indicadores críticos* -que nos señalan las alteraciones a evitar por perturbaciones u omisiones en el despliegue de conductas saludables-. Es a través de este replanteo que puede tenderse a una nueva configuración sanitaria más racional y equitativa, capaz de afrontar los retos actuales y futuros de la salud de los habitantes de nuestro país. Huelga aclarar que el Estado no debe ceder nunca, en ese esquema, la atribución de ser el orientador general de dicho Sistema, para no conferirle a las fuerzas del mercado el dominio del mismo.

Estas breves reflexiones pretenden condensar pautas para vencer el escepticismo mediante un llamado a la racionalidad, a los códigos éticos, y a los valores morales. Sólo una labor mancomunada y solidaria puede rescatar a la medicina de este múltiple descarrilamiento que la acosa, y así superar la frustrante y declamativa expresión de "*Salud para todos en el año 2000*" que enunciara en 1978 en Alma Atá la Organización Mundial de la Salud. Es tiempo de pasar de los lamentos por una situación injusta, a la reparación que revierta ese resultado, como señalara el escritor francés Albert Camus. □

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

Posgrados y Cursos 2º cuatrimestre 2013

Especialización en

AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Dirección: Dr. Antonio Guidato.

Res. Nº02/09 ME. Proyecto aprobado por CONEAU

Especialización en

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Dirección: Esp. Abel N. De Manuele.

CONEAU Expte. 804/12/10

Especialización en

ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS DEL ADULTO Y EL ANCIANO

Coordinador: Lic. Rufino Leandro Barrios.

CONEAU Expte. Nº 10.847/11

Maestría en FARMACOPOLÍTICAS

Dirección: Mg. Sonia Tarragona.

Res. 1777/10 ME. Proyecto aprobado por CONEAU

Maestría en GESTIÓN DE SALUD AMBIENTAL

Dirección: Dr. Adilio Savino.

Res. Nº1853/08 ME. Proyecto aprobado por CONEAU

Maestría en

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

Dirección: Dr. Fernando Cardini.

Res. Nº584/09 ME. Proyecto aprobado por CONEAU

Cursos Presenciales y a Distancia

Posgrado Internacional en Gestión del proceso de procuración y trasplante | Buenas prácticas de almacenamiento, distribución y transporte de medicamentos en Mercosur | Posgrado en Auditoría y Gestión Farmacéutica | Auditoría en salud mental | Ciencias forenses para profesionales del derecho y la salud | Modelo de gestión asistencial integral en Alzheimer y otras demencias | Gestión estratégica de costos en salud | Intervención Nutricional en el Paciente Diabético | Taller de Entrenamiento en Terapia Intensiva, de la simulación clínica a la práctica asistencial diaria | Auditoría integral y gestión en instituciones de salud | Bioética | Herramientas administrativas de la atención en instituciones de salud | Economía de la salud aplicada a la gestión sanitaria | Administración hospitalaria | Psicooncología pediátrica | Planificación en salud, estrategias y proyectos.

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

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

Regulación en el Acceso a Medicamentos de Alto Costo

El caso de las Tecnologías Tuteladas

Por el Dr. Esteban Lifschitz



Introducción: Resulta interesante ver cómo el idioma muchas veces nos ayuda a la hora de tomar decisiones, en este caso en salud. Los Medicamentos de Alto Costo (MAC) son antes que nada, medicamentos y más allá de su costo (alto o no), es su eficacia y seguridad el paso limitante que debiera guiar la autorización para su comercialización y eventual cobertura.

Y decía que el idioma nos ayuda porque es justamente la utilidad del medicamento el paso inicial para regular el acceso de la población a los mismos. Solamente después de haber aprobado ese escalón, adquiere relevancia su costo. O acaso valdría la pena autorizar medicamentos que no han pasado la prueba de la eficacia y la seguridad por el mero hecho de ser baratos.

Dicho esto y dando por obvio que los recursos en salud son finitos, la regulación en el acceso a este grupo puntual de medicamentos permitirá que todos aquellos que verdaderamente lo requieran puedan acceder a los mismos y al mismo tiempo, evitar que aquellos que no sean candidatos a recibirlos lo hagan.

EL APOORTE DE LA RESOLUCION 1561/2012

A finales de 2012, la Superintendencia de Servicios de Salud generó la mencionada resolución la cual contiene una serie de enfermedades y procedimientos pasibles de ser reintegrados a los financiadores. Allí pueden identificarse 2 grupos de patologías, aquellas en las cuales el reintegro surge del cumplimiento de determinadas condiciones médicas y administrativas y otro, incluido en el denominado "Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias" que identifica 31 enfermedades sobre las cuales existe algún tipo de advertencia acerca de su seguridad. En este grupo puntual, la Superintendencia determinó que se requiere una estricta normatización de las tecnologías involucradas así como de un posterior seguimiento de los pacientes para poder determinar, en un 2° tiempo, la correspondencia o no de reintegrarlas.

PROYECTO DE LA FUNDACION SANATORIO GÜEMES

Desde la Fundación nos hemos propuesto comenzar a generar guías de recomendaciones para el uso de algunas de las tecnologías tuteladas. Operativamente, el proceso consta de 3 etapas:

1. Inicialmente un grupo compuesto por referentes de la enfermedad que se está normalizando, médicos con experiencia en farmacología clínica, expertos en aspectos metodológicos para el armado de este tipo de recomendaciones y economistas de la salud toman el problema y trabajan en el armado de la guía contemplando aspectos metodológicos, búsqueda de información, estudios de costo-efectividad.
2. Posteriormente se difunde la guía a través de la página web de la Fundación, invitando a todos los interesados a un debate virtual sobre el tema.
3. Finalmente, se genera una reunión presencial en la que se discuten los puntos que conforman la guía, finalizando con una versión consensuada.

La propuesta es poder generar recomendaciones en 8 enfermedades durante 2013, teniendo en cuenta que al ser los medicamentos/dispositivos los que requieren tutelaje, son muchas más las guías a desarrollar. Por ejemplo Síndrome Mielodisplásico cuenta con 4 drogas tuteladas: Azacitidina, Decitabina, Imatinib y Lenalidomida.

Hasta el momento hemos concluido la versión consensuada de la primera guía (Omalizumab en Asma alérgico severo) y estamos en el proceso de elaboración de las versiones iniciales de otras 2 patologías (Cetuximab y Bevacizumab en cáncer de colon, Válvula aórtica percutánea en Estenosis Aórtica severa).

ESTRUCTURA DE LAS GUIAS DE RECOMENDACIONES

Si bien cada medicamento/dispositivo tiene puntos específicos, confeccionamos un listado de temas a abordar al confeccionar las guías.

Estos pasos, que detallo a continuación, permiten no sólo identificar qué pacientes son candidatos a recibir la tecnología sino también quiénes están en condiciones de prescribirlo o qué medidas de seguimiento se proponen en cada caso.

El "esqueleto" que usamos consta de las siguientes pautas:

- Criterios de elegibilidad.
- Criterios de exclusión.
- Requerimientos que se deben presentar desde el punto de vista médico para avalar la indicación.

- Profesionales habilitados para prescribir.
- Prestadores en condiciones de llevar adelante el tratamiento.
- Plazos de utilización.
- Seguimiento del paciente.

A continuación, presento las recomendaciones para el uso de Omalizumab en Asma Severo que hemos desarrollado junto a la Dra. Silvia Quadrelli, el Dr. Ventura Simonovich y un grupo de personas que mostraron interés en el tema y participaron del encuentro presencial.

1. Criterios de Elegibilidad

- Asma alérgica severa (mediada por IgE) en paciente con enfermedad inestable (Debe cumplir los primeros 3 criterios y al menos 1 del criterio iv).
 - VEF1 < 80% o Variabilidad > 20%
 - Confirmación de alergia mediada por IgE (HC + test cutáneos) IgE > 30 UI/mL.
 - Que se encuentre en tratamiento con corticoides inhalados en altas dosis (Fluticasona: Mayor a 500 mcg/día o dosis equivalentes) + B2 acción prolongada, Antagonistas de receptores de Leucotrienos, Teofilina y Corticoides orales, y con documentada adherencia al tratamiento.
- Enfermedad inestable o síntomas persistentes no controlados (alguno de los siguientes):
 - 2 o más crisis severas que requirieron internación en el último año.
 - 3 o más crisis severas en último año

(admisiones a guardia y/o requerimiento de corticoides sistémicos por al menos 5 días).

- Síntomas diarios que limitan la actividad + síntomas nocturnos al menos una vez a la semana (estadios III o IV de GINA).

2. Criterios de Exclusión

- Menores de 6 años.
- Peso mayor a 200 kg.
- IgE mayor a 1500 UI/mL.

3. Requisitos que se deben presentar para aplicar al reintegro

- EFR que confirme VEF1 menor a 80%.
- Dosaje de IgE (últimos 12 meses).
- Prick test positivo.
- Consentimiento informado firmado por el paciente y el médico tratante.
- Constancia del médico tratante explicitando la presencia de las siguientes condiciones.
 - Crisis severas (VEF1 menor al 60% del mejor valor personal y que haya requerido corticoides sistémicos).
 - Internaciones por Asma en el último año.
 - Atenciones en Guardia por Asma en último año.

4. Profesionales habilitados para prescribir

- Médico especialista en Neumonología y Alergia

5. Prestadores habilitados

- Centro especializado que cumpla todos estos requisitos:

Florida 15 Piso 5º
 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

- i. Internación de agudos y/o que cuente con convenio con Sistema de Emergencias.
- ii. Al menos 2 neumólogos en su plantel.
- iii. Al menos 100 consultas/mes en Neumología.

6. Análisis del medicamento / tecnología

- a. Xolair, Novartis.
- b. 150 mg Fco Amp.
- c. Anticuerpo monoclonal recombinante.
- d. Inhibe unión de IgE a receptores de superficie en mastocitos y basófilos.
- e. Vía Subcutánea únicamente, cada 2-4 semanas.

Tabla 1: Dosis de Omalizumab (mg por dosis) cada 4 semanas

IgE basal (UI/mL)	Peso corporal (kg)										
	>20-25	>25-30	>30-40	>40-50	>50-60	>60-70	>70-80	>80-90	>90-125	>125-150	>150-200
>30-100	75	75	75	150	150	150	150	150	300	300	
>100-200	150	150	150	300	300	300	300	300	450	600	
>200-300	150	150	225	300	300	450	450	450	600		
>300-400	225	225	300	450	450	450	600	600			
>400-500	225	300	450	450	600	600					
>500-600	300	300	450	600	600						
>600-700	300		450	600							

- f. Dosis: Se determina de acuerdo al valor de IgE previo al inicio del tratamiento y el peso del paciente. En función de ello, se define si debe administrarse cada 2 o 4 semanas.
- g. No aplicar más de 150 mg en un mismo sitio. (ej: Si requiere 375 mg, se requieren 3 inyecciones).
- h. Costo: Precio Kairos (abr-13): \$5.794.
 - i. Dosis mínima: 75 mg cada 4 semanas (1 vial por mes): \$5.794 x mes.
 - ii. Dosis máxima: 600 mg cada 2 semanas (8 viales por mes): \$46.352 x mes.

Tabla 2: Dosis de Omalizumab (mg por dosis) cada 2 semanas

IgE basal (UI/mL)	Peso corporal (kg)										
	>20-25	>25-30	>30-40	>40-50	>50-60	>60-70	>70-80	>80-90	>90-125	>125-150	>150-200
>30-100											225
>100-200											375
>200-300										375	525
>300-400									450	525	
>400-500							375	375	525	600	
>500-600						375	450	450	600		
>600-700		225			375	450	450	525			
>700-800	225	225	300	375	450	450	525	600			
>800-900	225	225	300	375	450	525	600				
>900-1000	225	300	375	450	525	600					
>1000-1100	225	300	375	450	600						
>1100-1200	300	300	450	525	600						
>1200-1300	300	375	450	525							
>1300-1500	300	375	525	600							

7. ¿Hasta cuándo?

- a. Si no hay buena respuesta (x Score ACT): Suspender después de 16 semanas.
- b. Si hay buena respuesta: hasta 5 años
- c. Teniendo en cuenta que la IgE es un marcador que puede estar elevado hasta un año luego del inicio del tratamiento, el nivel de IgE durante el tratamiento no debe ser utilizado como valor para adecuar la dosis.

8. Seguimiento del paciente

- a. Score ACT (Asthma Control Test, en inglés) en semanas 8 y 16 de iniciado el tratamiento con Omalizumab.
 - i. En caso de 20 puntos o más en semana 16, continuar tratamiento.
 - ii. En caso de menos de 20 puntos en semana 16, suspender Omalizumab.
- b. EFR-Peak Flow (cada 4 semanas, hasta semana 16) □



OSDO
OBRA SOCIAL EMPRESARIAL

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

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

www.osdo.com.ar



**CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**



**FUNDACIÓN
DR. ENRIQUE ROSSI**

IV SEMINARIO INTERNACIONAL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE, RESONANCIA MAGNETICA Y PET-CT

9 y 10 de Agosto 2013

Hotel Hilton Puerto Madero, Buenos Aires

Conferencistas Extranjeros Confirmados:

Dr. Thomas E. Hartman (Mayo Clinic, Eeuu)

Dr. Jorge Soto (Boston University, Eeuu)

Dr. John Leyendecker (Wake Forest University, Eeuu)

Dr. Jeremy Erasmus (Md Anderson Cancer Center, Eeuu)

Dra. Christine Menias (Washington University, Eeuu)

Dra. Mylene Truong (Md Anderson Cancer Center, Eeuu)

Dra. Jane Ko (New York University (Nyu), Eeuu)

Dr. Robert Gilkenson (University Hospitals Cleveland, Eeuu)

Dr. Antonio Luna (España)

Conferencistas Nacionales:

Dr. Mariano Volpacchio (Centro De Diagnostico Dr Enrique Rossi)

Dr. Claudio Bonini (Cdm Oroño, Rosario)

Dr. Santiago Rossi (Centro De Diagnostico Dr Enrique Rossi)

CUPO LIMITADO

Inscripción Gratuita

40118043

agustinar@cdrossi.com

Colaboran:

Mallinckrodt

AGFA
HealthCare

PHILIPS
sense and simplicity

Auspicia:



/centrorossi

www.cdrossieducacion.com

La construcción de oportunidades para cambiar el sistema de salud

Por Carlos Vassallo *



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

Sin dudas era una simplificación propia del entusiasmo juvenil y de subestimar la importancia de la economía política de los agentes que participan y que ante cada política tienen una estrategia y una táctica para defender sus intereses. Como ya he mencionado en otras oportunidades en la Argentina existe una gran capacidad de frenar cambios pero no de generar consensos para producirlos. El sistema vive así en un limbo que los sociólogos denominan un empate social.

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

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

Un gobierno es elegido para gobernar por 4 años y en todo caso tiene una reelección si hace las cosas medianamente bien, avanzar en un proyecto de salud requiere desde el primer día tener la mirada

puesta en el proyecto, motivar a todo el staff de gobierno en esa reforma y dejar en un segundo lugar otros cambios que también reclaman importancia en la agenda.

Pareciera que en nuestro país todavía no hemos llegado a la instancia de poner a la salud delante de otros cambios que el país necesita y requiere en forma prioritaria, mal que nos pese a los que trabajamos entorno al sector salud y que tenemos la certeza de que hay que realizar cambios inmediatos porque el sistema convive con un gasto importante y resultados sanitarios mediocres.

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

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

Una reforma necesita convicción del gobierno y fundamentalmente que la sociedad acompañe pero eso no es suficiente requiere un plan, una estrategia y cuadros intermedios con liderazgo, para definir y avanzar en las políticas y también para replantear el

modelo de gestión y de atención de la salud. Requiere una población que apoye y una masa crítica de intelectuales, universitarios, profesionales y medios de comunicación que aporten al proceso constructivo de una reforma.

Y mientras tanto qué hacemos, cómo esperamos que la salud ingrese a la agenda política de prioridades. En ese sentido Estados Unidos que tiene 50 estados y hace mucho tiempo que espera un mayor protagonismo del estado federal permite observar que algunos estados se han visto tentados de llevar adelante iniciativas de cambio mientras esperaban que el gobierno federal hiciera algo. Lo hizo el Estado de Massachusetts que llevó adelante una reforma por aproximación, respetando la lógica del sistema, pero alcanzando a cubrir al 100% de la población. Otros estados como Oregón, Tennessee y más cercano en el tiempo Vermont que acaba de aprobar una ley que declara la salud como un "bien público" y dice que el estado tiene la responsabilidad de "garantizar el acceso universal a la cobertura de alta calidad, los servicios de salud médicamente necesarios para todos los habitantes ofreciendo un sistema de salud pagador único.

Las provincias tienen autonomía para proponerse con independencia construir sistemas provinciales y cambiar la historia. Sin dudas que eso será un hito y que podrá ser exhibido por el gobernador que se

arriesgue a esta reforma como un logro, pero es necesario avanzar en la reforma del estado. Hay que cambiar los modelos organizativos del sector público, es necesario modernizar la relación laboral de los empleados públicos con el estado provincial no es posible cambiar el sistema protegiendo a los que no trabajan y sin premiar los esfuerzos y la innovación de algunos trabajadores.

Mientras seguimos esperando un mayor compromiso de la política con el consenso para realizar algunos cambios en el sistema de salud un grupo de académicos y profesionales del sanitarismo aportamos a la redacción de un Documento de Consenso que hemos denominado PACTO ARGENTINO PARA LA INCLUSION EN SALUD desde donde intentamos sembrar unas semillas para el debate.

Es nuestro aporte para comenzar a encontrar denominadores comunes y transitar aunque sea lentamente un proceso sistemático y continuado de cambios sustantivos del sistema que lo hagan más accesible, equitativo, integrado y eficiente. □

(*) Carlos Vassallo

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

vassallo@gmail.com

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



LA LEY Y LA CIENCIA

(Una relación potencialmente conflictiva)



Por el Dr. Floreal López Delgado

Abogado y asesor sanatorial

¿DONDE ESTA "LA LEY"?

En varios lugares, para simplificar diremos que en general está "en los códigos" (Civil, Penal, de Comercio...) y en particular en normas específicas que se dictan para reglar una cuestión determinada.

Todo se publica en el Boletín Oficial, por lo que tiene una fecha de vigencia clara que determina lo que se puede o debe hacer y lo que no.

¿Y "LA CIENCIA MEDICA"?

Es más problemática, porque "fluye" por varios canales: investigación básica, aplicada y aun descubrimientos azarosos y su plasmación en tratamientos concretos que a su vez deben pasar por el pragmático filtro de la funcionalidad: sirve porque cura o mejora al paciente o no sirve porque no lo hace: la medicina es una ciencia empírica.

Existen muchos ejemplos de tratamientos experimentales que, pese a tener un muy buen respaldo en investigación básica, no funcionaron.

Y de descubrimientos azarosos como la vacuna de Jenner contra la viruela (que no sabía nada de inmunología porque a principios del siglo XIX no existía) y la antisepsia de Semmelweis (quien ignoraba la existencia de los virus y los microbios).

Como ambos tratamientos son funcionales la antisepsia se estableció como práctica obligatoria y ahora tiene todo el respaldo científico necesario, lo mismo ocurrió con las vacunas.

La mayoría de los protocolos médicos aplicados actualmente gozan de los beneficios de ser "cuasi leyes": son conocidos y publicados, no en el boletín oficial pero sí en "los libros" de medicina, enseñados en la facultad y confirmados como actuales por internet.

Pero otros mutan con cierta velocidad, en particular aparecen permanentemente nuevos tratamientos más efectivos que desactualizan los anteriores.

¿COMO INTERACTUAN LA LEY Y LA MEDICINA EN GENERAL?

El derecho tiene la ventaja de tener fórmulas abiertas como "hacer lo médicamente correcto de acuerdo a las circunstancias de modo tiempo y lugar" lo que dirige la conducta debida al criterio mayoritariamente aceptado y en otras (pocas por suerte) a una incierta "verdad científica".

La figura abierta tiene la ventaja de incorporar automáticamente todo avance científico.

Sobre esta situación, la más frecuente, publica-

mos "Diferencias entre el razonamiento médico y el jurídico *Revista Médicos* Edición N° 38, Marzo de 2006.

UNA MODA PELIGROSA

Existe la posibilidad inversa: la ley establece lo "científicamente correcto"...y es peligroso.

Un ejemplo lo tenemos en el art. 141 del Código Civil que establece la "incapacidad por demencia" y sólo recomienda distinguirla de la "simple manía" que no causa incapacidad. Por suerte es una mera directiva no una incorporación científica.

Cuando fue redactado el Código Civil significaba algo así como "está realmente loco" (la demencia) o "tiene conductas atípicas" o "es medio raro" pero, en ambos casos, sabe lo que hace (la simple manía).

Hoy las palabras "demencia" y "manía" significan cosas diferentes y los jueces no tienen en cuenta la recomendación legal, por suerte.

Recordemos a los eminentes hermanos Enrique y Ricardo Finochietto, quienes actualizaron la cirugía argentina incorporando las técnicas aceptadas por el más alto nivel científico mundial, sin duda, lo mejor de la época.

Esas avanzadas técnicas para la década del 40 y 50, en muchos casos constituirían hoy "malas praxis" porque han sido superadas por el avance científico y diseño de instrumental (no existía la cirugía laparoscópica). Si hubiera sido dictada una "ley de cirugía moderna" en 1950 no sabemos qué hubiera pasado.

¿POR QUE ES PELIGROSA?

La incorporación de "la ciencia" en la ley es peligrosa porque cuando lo hace, la "fija", cristalizándola y automáticamente vuelve "acto ilícito" el avance científico que puede encontrar un tratamiento mejor, que haga anticuado el actual o comprobar que el actual no era tan efectivo como se pensaba.

Pero al estar legislado su cumplimiento deviene obligatorio, exigible judicialmente y su no cumplimiento un "acto ilícito".

Nos va bastante bien con el Código Civil vigente desde 1871 y reformado sólo en forma parcial.

Si la medicina de 1871 hubiera sido codificada, me animo a afirmar que muchos no estaríamos en este mundo.

¿QUE PASA HOY?

El Congreso tiende a legislar sobre tratamientos específicos.

La reciente ley de fertilización asistida tiene "demasiadas" definiciones científicas al indicar como tratamientos aceptados: "a la inducción de ovula-

ción; la estimulación ovárica controlada; el desenganamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal”.

La 26.743 de identidad de género, especialmente en su artículo 11 también tiene “demasiada ciencia”. Para modificar otras cuestiones era necesaria la ley, nos referimos solamente a la incorporación de tratamientos.

Más allá del debate ético, no discutimos que pueden considerarse “la correcta ciencia actual”, pero nos preguntamos si lo serán dentro de 5 o 10 años. Seguramente no lo serán en 15 y las leyes siguen vigentes hasta su derogación.

LOS PROBLEMAS

Las “leyes que incorporan ciencia” tienen tres aspectos:

El primero es la indeseable cristalización de la ciencia, insostenible en el tiempo.

En el segundo “instruyen” al Ministerio de Salud de la Nación a incorporar en sus presupuestos los fondos necesarios para financiar los tratamientos. Es innecesario: el Poder Ejecutivo puede hacerlo sin que se lo ordene el Congreso. En este caso se da la paradoja de que si el ejecutivo, actualmente ejercido por la Sra. Presidenta, no lo hiciera, el único mecanismo constitucional de compulsión que tiene el legislativo es promover su juicio político y destituirla por no acatar sus directivas, alternativa un tanto ridícula y que demuestra “per se” su inviabilidad.

En el tercero, curiosamente, no ordena a las Obras Sociales (y por traslación automática a los prepagos) a financiarlos lisa y llanamente. Se limita a hacerlo “según los criterios que establezca la autoridad de aplicación” (art. 8º de la ley 26.862).

Cuando la ley dice que “se tendrán por incorpora-

das” al Programa Médico Obligatorio lo hace fuera de sus atribuciones porque el PMO es un listado que actualiza por resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud, no del Congreso.

Y si sólo “ordenan incorporarlas” en las prestaciones del PMO volvemos a la segunda situación: puede hacerlo sin necesidad de la ley y si el Poder Ejecutivo no obedece, no hay forma real de obligarlo.

LAS ALTERNATIVAS

Con una simple declaración del Congreso que “invite” al Poder Ejecutivo a incorporar los tratamientos al presupuesto del Ministerio de Salud y al PMO se hubiera cumplido con la finalidad de las leyes: El Congreso hubiera dejado constancia de su voluntad política.

Y el Poder Ejecutivo hubiera dictado los decretos y ordenado a la Superintendencia de Servicios de Salud la incorporación al PMO.

Con la importante posibilidad de modificarlos por vía de decreto o resolución de la Superintendencia, mecanismos mucho más ágiles que el tratamiento por ambas Cámaras ni bien la ciencia médica advirtiera que existe “algo mejor” o que “no es tan efectivo como parecía” (que en fertilización asistida es una posibilidad más que cercana).

LA SITUACION CREADA

Se ha establecido por ley lo que es “científicamente correcto”.

Dado que los avances científicos son más rápidos que los legislativos en algún momento podrán reclamarse judicialmente lo que ya es “científicamente desactualizado” y por ende “incorrecto”.

Estaremos en problemas antes de lo que muchos piensan. □

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

SOCODUS

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.

> SOCODUS SA
Av. Belgrano 1683, 3º piso
Capital Federal, C.P. (1093)
(011) 4371-1096 (líneas rotativas)
info@socodus.com.ar www.socodus.com.ar

Consultorios Propios
Tel.: 4382-5788 (líneas rotativas)

LA MEDICINA EN EL CINE

Selección embrionaria para curación de pacientes crónicos

La decisión más difícil

(Nick Cassavetes - 2009)

SINOPSIS

La decisión más difícil/ *My sister's keeper* (2009) es una película de Nick Cassavetes que relata la historia de Anne Fitzgerald, una niña de 11 años que fue concebida para salvar a su hermana mayor, Karen, que padece leucemia promielocítica aguda (LPA). Cuando se le plantea la necesidad de realizar un trasplante de riñón a su hermana enferma, Anne decide demandar a sus padres sobre los derechos de su cuerpo para no tener que someterse a ese procedimiento que puede condicionar para siempre su calidad de vida. Ante esta situación la madre de Anne comienza una lucha judicial contra la menor de sus hijas en un intento de disuadirla para que realice la donación aunque esto implique seguir siendo el soporte del que dependa la supervivencia de su hermana de forma indefinida.

ANTECEDENTES

Todo comienza años antes, cuando la vida de Sara (Cameron Diaz) y Brian Fitzgerald (Jason Patric) cambia radicalmente en el momento en que a su hija Kate (Vassiliev), de sólo dos años, le diagnostican una leucemia. Inmediatamente, Sara abandona su carrera de abogada para dedicarse por entero al cuidado de su hija. Su única esperanza para salvarla es tener otro hijo. La ingeniería genética es un campo que plantea aún cuestiones morales muy espinosas, pero para los Fitzgerald es la única opción. Así es cómo nace

Ficha Técnica:

Título: *La decisión más difícil* (Argentina)

Título original: *My sister's keeper*

País: Estados Unidos

Año: 2009

Director: Nick Cassavetes

Música: Aaron Zigman

Guión: Jeremy Leven y Nick Cassavetes sobre la novela *La decisión más difícil* de Jodi Picoult.

Intérpretes: Abigail Breslin, Walter Rane, Sofia Vassilieva, Cameron Diaz, Jason Patric, Alec Baldwin, entre otros.

Duración: 109 minutos

Género: drama

Nick Cassavetes-2009)

Anne (Breslin), y entre ella y Kate se establece una relación mucho más profunda de lo normal, sobre todo porque ambas tendrán que someterse a diversos tratamientos médicos y compartirán largas estancias en el hospital. En tales circunstancias, Jesse, el único hijo varón de la familia, queda relegado a un segundo plano. Sin embargo, cuando Anne cumple once años toma la decisión de emanciparse médicamente y, para ello, contrata a un abogado (Baldwin) que inicia un proceso legal que divide a la familia y deja la vida de Kate en manos del destino.

La historia se cuenta desde la perspectiva de Anne cuando tiene once años, a raíz de que la salud de su hermana empeora rápidamente y necesita un trasplante de riñón. Anne toma la decisión de emanciparse médicamente y de tomar a partir de ese momento las decisiones sobre su propio cuerpo, ya que no quiere seguir relegando su propia salud a la posible salvación

de su hermana. A su corta edad, asume que su hermana ya no va a poder vivir mucho más tiempo ya que día a día ve como empeora y sufre porque sus órganos empiezan a fallar y a claudicar después de una vida de lucha contra la enfermedad.

EL PLANTEO DE LA HISTORIA

La película trata dos temas principales, representados por las dos protagonistas: Anne y Kate. Por un lado, Kate que desde pequeña tiene una enfermedad muy grave y tiene que aprender a vivir con ella siendo tan solo una niña, y a asumir el hecho de que en cualquier momento su cuerpo podría dejar de admitir la medicación y los procesos médicos y podría morir.

Cuando Kate, a la edad de dos años, fue diagnosticada de LPA, sus padres, el matrimonio Fitzgerald, Sara (Cameron Diaz) y Brian (Jason Patric), se ven envueltos en un dilema moral sobre qué decisión tomar para salvar la

vida de su hija a la vez que asumen el inesperado golpe de que ésta, siendo prácticamente un bebé, sufre una enfermedad grave y que puede provocarle la muerte rápidamente.

Los médicos del servicio de oncología del hospital al que asistieron les explicaron en qué consistía el tratamiento: Kate necesitaba un trasplante de médula ósea de un donante que fuese HLA-compatible, algo que resulta prácticamente imposible que se cumpla en un donante no emparentado ya que las moléculas HLA tienen una gran variabilidad. Lo primero que los médicos buscaron fue saber si alguno de los padres o el hermano mayor Jesse (Evan Ellingson) eran compatibles, pero resultaron no serlo. Fue entonces, cuando uno de sus médicos les sugirió de forma extraoficial la concepción de un hijo genéticamente seleccionado para ser compatible con Kate, convirtiéndose desde el momento de nacer en la posible salvación de su hermana, a la vez que en la fuente de tejidos que su hermana necesitase, siempre que sus padres así lo decidieran.

La madre, Sara, no dudó ni un momento en hacer lo que fuese necesario para salvar la vida de su hija y aunque el padre se encontraba más dubitativo al respecto ya que se cuestionaba en qué condiciones viviría ese niño creado genéticamente que sería sometido a procedimientos médicos, que en algunos casos pueden ser cruentos y disminuir la calidad de vida, a fin de poder salvar la vida de su hermana. Decidieron tener ese hijo, y así nació Anne, cuya vida estuvo desde el principio condicionada por todo este proceso; primero extrajeron células madre del cordón umbilical y como no fue suficiente, le realizaron extracciones de células de la médula ósea cuando Anne tenía tan sólo 5 meses y así se fueron sucediendo más procedimientos médicos necesarios para mantener viva a su hermana.

MOMENTO DE DECISION

A partir de la decisión de Anne de emanciparse médicamente comienza un juicio en el que la menor, ayudada por su abogado, se enfrenta a su madre por la custodia de su cuerpo. La jueza (Joan Cusack), que ha perdido recientemente a su hija de doce años en un accidente de coche, tiene que tomar la difícil decisión de permitir o no que la madre extraiga un riñón a su hija Anne para salvar la vida de su hija enferma Kate o si Anne es lo suficientemente madura para decidir no someterse a ese procedimiento. Aquí se plantea la cuestión moral de cuando se está yendo demasiado lejos en un proceso cuyo único fin es salvar la vida de una niña pero en el que, por el camino, se reduce la calidad de vida de otra niña. En este caso, y como queda bien explícito en la película, el papel de los médicos debe ser totalmente imparcial y su único deber es exponer con claridad las consecuencias para ambas partes de realizar o no la donación.

Si se realizara la donación Kate podría seguir viviendo durante un tiempo, ya que en ese momento se encontraba en un estado de salud visiblemente muy crítico, aunque nunca se puede asegurar a ciencia cierta cuánto más va a poder vivir o si la operación va a ser un éxito o no, aunque siempre se deben dar todos los datos disponibles. Pero Anne, por su parte, viviría el resto de su vida sin un riñón, y eso haría que no pudiera ser una persona totalmente "normal" o "sana", tendría que controlar su dieta, no ingerir alcohol, y su vida se podría acortar a causa de ello, ya que hay que sumarle el riesgo que conlleva la operación en sí, en la que Anne podría perder su vida. Por otro lado, si Anne pudiera legalmente tomar las decisiones sobre su propio cuerpo y no le donara un riñón a su hermana, ésta no sobreviviría más de una sema-

na pero Anne podría llevar una vida independiente sin estar sujeta a las necesidades médicas de su hermana.

Finalmente, en mitad del juicio Jesse decide contar la verdad sobre la decisión de Anne, ya que en realidad no fue decisión suya sino de su hermana Kate, que cansada de sufrir para alargar un poco más su vida había decidido dejar de luchar contra su enfermedad y así dejar de sufrir, alegrándose de haber vivido todos los buenos momentos que pasó junto a su familia.

Kate estaba sufriendo mucho en las últimas semanas a raíz de que sus órganos empezaban a fallar, y sabía que si se trasplantaba el riñón lo único que le quedaba por delante era más sufrimiento a la espera del fallo de otro de sus órganos y decidió que era mejor recordar sus 17 años de vida como una existencia enriquecedora y que a pesar de todo disfrutó de buenos momentos, en tanto que evitaría seguir arriesgando la vida de su hermana Anne.

EL DILEMA ETICO Y MORAL

Durante el filme se expone el dilema moral y el posible perjuicio que se puede provocar al nuevo ser que es creado de una forma predeterminada y con fines concretos, al contrario que el resto de los recién nacidos, y que además es obligado a someterse a una serie de procedimientos médicos desde su nacimiento para salvar la vida de su hermano/a, sin que se llegue a aclarar si el propio niño/a está de acuerdo con estas actuaciones. □

Ref.: Casillas Sagrado, E. y Casillas Sagrado, E.: *La decisión de Anne* (2009): estudio de la creación de embriones genéticamente seleccionados para la curación de pacientes crónicos. *Rev Med Cine* 2013; 9 (1): 11-20.

El futuro nos alcanza: una nanored inyectable controla la glucemia en pacientes diabéticos



Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)

Un sorprendente y promisorio desarrollo reciente, consistente en una red de nanopartículas que pueden inyectarse y que liberan insulina cuando aumenta la glucemia, abre nuevas expectativas para los pacientes diabéticos. Esta nanored sería capaz de mantener los niveles séricos normales de glucosa por más de una semana, de acuerdo con los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas con animales. Este trabajo fue llevado a cabo por investigadores de la North Carolina State University, la Universidad de North Carolina en Chapel Hill, el Massachusetts Institute of Technology, y el Hospital de Niños de Boston.

De acuerdo con lo expresado por el Dr. Zhen Gu, autor principal de la publicación, y profesor adjunto en el programa integrado de ingeniería biomédica de la NC State y la UNC Chapel Hill, se ha creado un sistema "inteligente" que se inyecta en el cuerpo y que responde a los cambios de la glucemia por medio de la liberación de insulina, controlando de forma efectiva los niveles plasmáticos de azúcar. El Dr. Gu añade: "Hemos probado la tecnología en ratones, y hallamos que una única inyección podía mantener los niveles séricos de glucosa dentro de los rangos normales hasta durante 10 días."

Esta nueva tecnología abre nuevas posibilidades para los pacientes con diabetes tipo 1, en los que no se liberan cantidades suficientes de insulina, y que –como se sabe– deben efectuarse frecuentes pruebas de sangre para monitorear los niveles séricos de glucosa y consecuentemente inyectarse insulina de acuerdo

con las necesidades para asegurar que los niveles de glucemia se encuentren dentro del nivel "normal". Son conocidas las dificultades para determinar las dosis justas de insulina, con los riesgos implícitos de administrar dosis demasiado altas o demasiado bajas.

La nueva nanored está compuesta por una mezcla que contiene nanopartículas con un núcleo sólido de insulina, y enzimas dextran y glucosa oxidasa modificadas. Cuando las enzimas se enfrentan con niveles elevados de glucosa convierten de forma efectiva la glucosa en ácido glucónico, que rompe el dextrano modificado y libera la insulina. Como consecuencia de ello, la insulina reduce los niveles séricos de glucosa. El ácido glucónico y el dextrano son totalmente biocompatibles y se diluyen en el cuerpo.

Cada una de estas nanopartículas que conforman el núcleo pueden estar recubiertas tanto positiva como negativamente, con una cubierta biocompatible. La cobertura cargada de forma positiva está hecha de quitosán (un material normalmente hallado en el caparazón de los camarones), en tanto que la cobertura negativa se hace con alginato (habitualmente obtenido de las algas).

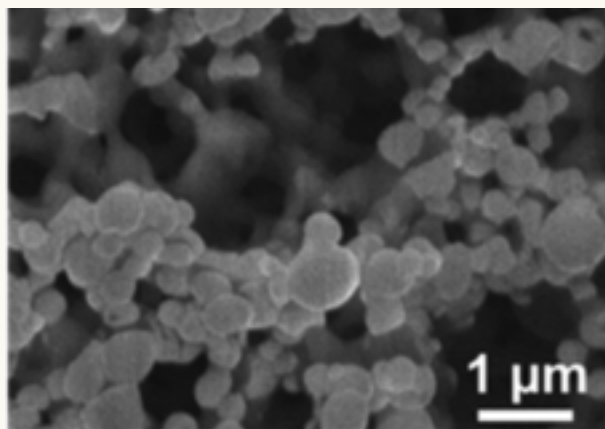
Cuando se mezclan las soluciones de nanopartículas recubiertas, las coberturas positivas y negativas se atraen mutuamente, formando una "nanored". Una vez inyectada en la capa submucosa de la piel, esta nanored retiene las nanopartículas juntas y dado que estas coberturas son porosas, permiten que tanto la sangre como la glucosa sérica lleguen a las nanopartículas que conforman los núcleos.

Según asegura el Dr. Gu, esta tecnología da origen a un ciclo de retroalimentación cerrado que se asemeja a la actividad del páncreas en las personas sanas, liberando insulina en respuesta a los cambios detectados de los niveles de glucosa en plasma, hecho que tiene el potencial para mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes diabéticos. En este momento se está discutiendo la aplicación de esta nueva tecnología en la investigación clínica. □

Fuente: North Carolina State University.

Referencia: Injectable nanonetwork controls blood sugar in diabetics. Research & Development. mayo 3, 2013

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



La nanored libera insulina en respuesta a los cambios de los niveles séricos de azúcar.

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)

¡Acumule 2 beneficios jubilatorios!

**ESPECIAL MEDICOS
CON O SIN APORTES**



**Si cumple el requisito
de edad puede jubilarse
sin cese de matrícula.**

CONSULTAS SIN CARGO

- * CON O SIN APORTES
- * Jubilación de por vida.
- * Compatible, Legal.
- * Movilidad: 2 aumentos al año.
- * Transferible por fallecimiento.

**MUJERES
60 AÑOS**

**HOMBRE
65 AÑOS**

Sabía usted que además de su jubilación por la caja de médicos tiene derecho a obtener otra por ANSES, independientemente de su jubilación.

Tel: (011) 3221 0212 / (011) 4648 2469
Cel: (011) 15-3765-1566

Email: jubileseestudio@gmail.com
Web: www.estudiocorbino.com.ar

La hora de los pacientes



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

He estado reunido en las últimas horas con distintas sociedades de pacientes, fundaciones de discapacidad, asociaciones de ciertas patologías tanto de enfermos como científicas, y todos, sin excepciones, se caracterizan por estar dominados por las incertidumbres, el “no saber” si podrán tratarse bajo el esquema de prometidas y escasamente cumplidas coberturas sociales, ésas que supimos conseguir, pero que los financiadores amparados en ambiguas resoluciones comunes a los estados ausentes, intentan siempre rehuir.

El panorama generalizado describe un singular estado de indefensión, donde los pacientes se unen para luchar por sus derechos, al tiempo que los médicos se ven atrapados en las perversidades de un sistema que describe equidades pero que según sus propias palabras: “carece de recursos” y “está ausente de gestiones”.

Cuando la salud pública se desplaza hacia los claro-oscuros de las interpretaciones políticas, inmediatamente sucumbe ante aseveraciones incumplidas y otras tantas diluidas por una rara máquina de impedir, que por un lado extiende su mano salvadora a los “amigos”, negándole ese mismo derecho a los desconocidos, los que se ven obligados a recurrir a todo tipo de artilugios para evitar perderse en el intento.

Bien podría definirse entonces, que la gestión en salud pública está atrapada por “momentos de negligencias”, esto es administraciones con escasa capacidad de lecturas, o incapaz de efectuar lecturas intermedias de las señales que envía la realidad.

Usted podrá entender que esto sucede en la Argentina, pero a decir verdad, está ocurriendo en todo el mundo, sin excepciones, peor en los mal llamados países desarrollados... observándose un desplazamiento en el eje de gravedad del estado bienestar y protector, para trasladarse hacia modelos sanitarios donde “sin recursos, la muerte está asegurada”. Dado que cada vez es menos el universo de personas con recursos adecuados para dichos accesos a servicios asistenciales privados,

es cada vez más evidente que el número de personas caídas de los sistemas públicos crece en forma geométrica... aun cuando la manipulación estadística se empeña en asegurar lo contrario.

En las mesas de deliberaciones de los pacientes, de cualquier enfermedad, esto es bien notorio, tanto como irrefutable. La preocupación es visible, y por ende la “ocupación” es significativa, intentando contrarrestar los huecos, los vacíos, y las ausencias que surgen de las ausencias de los estados, entidades políticas que han dejado de cumplir sus roles para justificarse a sí mismos de todo aquello que no se hace. Permanentemente se les niegan los tratamientos aduciendo “gastos catastróficos”, sin reparar que los mismos (gastos catastróficos) nacen cuando los tratamientos son negados o bien desplazados hacia la mala praxis (el diagnóstico indica una cosa, pero el sistema se empeña en proveer otra distinta, inapropiada para el estadio clínico). Curiosamente los gastos no retroceden, los ahorros no aparecen, y los pacientes “padecen” las negligencias comunes a la máquina de impedir antes mencionada. Detrás los recursos de amparo toman entidad, para inmediatamente verse neutralizados por los mismos mecanismos que mezclan cinismos con hipocresías... conclusión, se pierde el sentido de oportunidad, asegurando el crecimiento del gasto.

Las inequidades en salud son muchas, y sus actores se las arreglan como pueden. Podría aseverarse que dichas inequidades están en crecimiento debido a que los problemas de fondo encuentran cada vez menos atención, y de tener lugar lo antedicho, la consecuencia se traduce en mayores gastos ocultos, ahorros inexistentes por su condición de imprudentes, e indicadores manipulados para justificar balances equilibrados, algo que en salud es utópico, ya que si la población crece, también lo harán sus demandas genuinas.

Dado que el problema es global, no argentino como algunos pretenden, las sociedades de pacientes vienen destapando errores, omisiones, ol-

vidos, negaciones, burlas, y hasta se han transformado en aliados impensados de sociedades científicas, de grupos médicos, de hospitales públicos, de grupos de investigación, y hasta se han incorporado de modo fehaciente en los ámbitos de los desarrollos biológico-farmacéuticos, proporcionando informaciones hasta no hace mucho tiempo inimaginables, debido a las soberbias académicas que suelen caracterizar a ciertas ignorancias políticas, como también a otras comunes a las "ciencias de las conveniencias".

Aquellos que han comprendido la necesidad de los "cambios", inmediatamente se han sumado a la tendencia, habilitando participaciones que se demuestran como proactivas, altamente calificadas para los tiempos que vienen.

Lo expuesto está reparando, consciente e inconscientemente, la pretendida estrategia de la reconversión de los años noventa, la misma que pulverizó la relación médico-paciente, y que además desreguló las profesiones sumiéndolas en confusiones interminables. Indudablemente, bienvenidas las renovaciones, ya que ellas establecen mejores puentes vinculares entre las organizaciones, por una parte, y entre las personas, por la otra.

Al fin y al cabo se ha demostrado el potencial de lo "participativo", y se ha hecho valor de evidencia la necesidad del compromiso de las partes, sumando "valor" a la interpretación de la enfermedad como un hecho social dinámico, evolutivamente

complejo, que tiende a involucrar a actores diversos, directa o indirectamente.

A las llamadas sociedades de pacientes, se han sumado médicos inquietos, abogados, contadores, psicólogos, a sabiendas que en dichas organizaciones no hay lugar para los oportunismos, ya que con las necesidades de las gentes no se juega. Esta suma de solidaridades está descubriendo una nueva "salud pública", donde sin las "partes" no hay un "todo".

Finalmente, la salud pública, al igual que la educación, son factores aglutinantes de cualquier sociedad que se precie de tal. Cuando la "ciencia" deja de ser "propiedad intelectual" de pocos, para transformarse en un motor de soluciones sociales inmediatas, la ciencia se libra de ataduras conceptuales para avanzar hacia la resolución de las necesidades de las gentes. Allí residen todos y cada uno de los ahorros, en la responsabilidad y el compromiso de las partes. □

Licenciado [MBAR&D] Víctor Norberto Cerasale, 2013-06-28. Copyright by Cerasale, 2013. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global*.
<http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com>
 CIENCIAS MEDICAS NEWS®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
 CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://saludequitativa.blogspot.com>
 GESTION EN SALUD PUBLICA®

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

Elecciones en Médicos Municipales

Respaldo contundente al doctor Gilardi



El pasado 6 de junio hubo elecciones en la Asociación de Médicos Municipales y la lista Integración, encabezada por la actual conducción, obtuvo un contundente respaldo al alcanzar el 78 por ciento de los votos –unos 5.172 sufragios– ante la Lista 2 del Frente de Recuperación gremial que obtuvo el 22 por ciento–1.491 votos.

Para quienes estamos al frente de la Institución este resultado es muy importante y el acto electoral merece varias lecturas. En primer lugar tenemos que hablar de un récord en el nivel de participación, ya que votó casi el 80 por ciento del padrón, una marca histórica que viene en aumento en los últimos años, lo que demuestra el grado de compromiso de los profesionales de todos los hospitales.

En este sentido también quiero destacar la absoluta normalidad con que se desarrolló la jornada y la transparencia lo que demuestra el grado de madurez y el ejemplo que se demuestra ante cada acto electoral.

Una de las cosas que hay que tener presente es que nuestra gestión ha sido plebiscitada por las 33 filiales que conforman la AMM y que hemos superado abrumadoramente a la lista opositora. Esto es destacable porque en política se habla mucho de desgaste después de un determinado período de años, pero con nosotros eso no pasa y en cada elección el acompañamiento es muy grande.

Con todo, los colegas saben quiénes somos, nos conocen, nos ven caminar los pasillos de los hospitales, saben que conocemos las entrañas del sistema y que además hemos logrado un crecimiento muy grande de la AMM. Hay que ser claros, esto no es

obra de una sola persona; sino de un equipo y del acompañamiento de todos, de los que nos paran en los hospitales, de los que nos necesitan y saben dónde estamos, del apoyo de las filiales que hacen una tarea muy buena todos los días del año.

Si hoy miramos hacia atrás vemos que en el 2001 había cinco mil socios y hoy ya superamos los once mil. En estos años hemos comprado los terrenos donde hoy se levanta uno de los orgullos de nuestra entidad como lo es el Polideportivo. Pudimos construir un lugar para acercar a nuestros socios y a sus familias, convirtiéndolo en uno de los íconos de los espacios deportivos que hay en la Ciudad de Buenos Aires; próximamente también tendremos el edificio donde estará la compañía de seguros.

Nos hemos puesto al frente de la defensa de la salud pública y le hemos marcado a las autoridades de turno cuáles eran las soluciones para los médicos y para el sistema, lo hacemos porque conocemos el mismo. Hemos sido los primeros que hablamos de la violencia en los hospitales, no sólo con los médicos y el resto de los miembros del hospital sino también de los pacientes que diariamente transitan los pasillos en busca de una calidad de atención. Nos criticaron, nos dijeron que hacíamos política, un absurdo. El tiempo nos demostró que no estábamos equivocados. Organizamos las jornadas de prevención en la Facultad de Medicina que tuvo una participación de delegaciones de todo el país que querían saber cómo habíamos hecho para encarar el tema y muchos de ellos llevaron el trabajo que nuestro equipo de legales hace para estar al lado del médico. Nosotros so-

mos una institución apartidaria, con guardapolvos blancos. Por eso estamos contentos de haber tenido un respaldo contundente en hospitales que han sufrido la violencia en algunos momentos y que han sido, lamentablemente, noticias, como el Penna, Santojanni, el Piñero y fundamentalmente el Borda, donde estuvimos al lado de nuestros profesionales, a través de la filial, para acompañarlos en esa dura jornada", remarcó.

También queremos agradecer a todos los que han trabajado, con nuestras filiales por defender el espíritu democrático. A los jóvenes que se han sumado a la vida de la Lista Integración y por todo el apoyo recibido, nuestro compromiso de seguir trabajando en defensa de la salud y de los que trabajan dentro del sistema. Vamos a continuar con nuestros reclamos para terminar con la capacidad edilicia ociosa, para que no falten insumos y para que los nombramientos salgan con rapidez. En lo que tiene que ver con lo salarial, vamos a seguir peleando para que el salario no pierda valor con respecto a la inflación. En los últimos años hemos logrado aumentos que son, incluso, en la medida que firmaron grandes gremios a nivel nacional.

Unas nuevas elecciones se celebraron en la asociación de Médicos Municipales y otra vez la Lista Integración ha logrado el respaldo abrumador de los votantes. Los hospitales se preparan para una temporada invernal dura y con una masiva recepción de pacientes que seguramente concurrirán a atenderse. Allí estarán los médicos que otra vez han plebiscitado una gestión y han elegido un modelo de conducción donde la experiencia y el conocimiento del sistema de salud son claros. □

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



***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

