

Mé^odicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XV. N° 80. Mayo 2014

16

Años



30 años



GALENO

siempre pensando en vos

www.e-galeno.com.ar



*Acompañándote
a donde vayas.*



 **universal
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO

asistencia al viajero | CALIDAD ISO 9001
universal-assistance.com



Fundación Leo Messi
EL GIGI CHER
www.fundacionleomessi.org

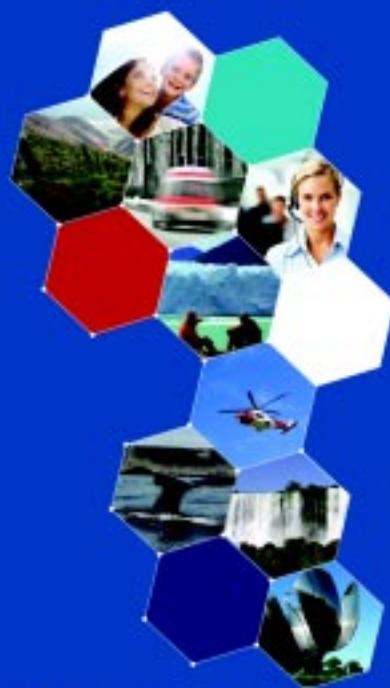
Integrando las acciones sociales de las
fundaciones Leo Messi y Universal Assistance
en favor de los niños.

 **Fundación
universal
assistance**
para el cuidado de la salud infantil.
www.fundacionua.org


SOCIAL TEAM



La red de emergencias médicas
más grande
del país
Llegamos
donde estés



www.sifeme.com

SIFEME S.A. Maipú 471. 6° piso. Capital Federal
Tel/Fax: +54 (011) 4394-7288
e-mail: info@sifemesa.com.ar

LA
CONFIANZA
SE TRANSMITE
de persona a persona



LA IMAGEN DE LA TIERRA HUMANA HA SIDO RETOCADA Y/O MODIFICADA DIGITALMENTE.

EXISTEN PRESTACIONES OBLIGATORIAS DE COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL. INFORMESE DE LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE INTERNET WWW.BUENOSAIRES.GOV.AR. LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD TIENE PUESTO UN SERVICIO TELEFÓNICO GRATUITO PARA RECIBIR DE OSSE, CUALQUIER PUNTO DEL PMS CONSULTAS, RECLAMOS O DENUNCIAS SOBRE IRREGULARIDADES DE LA OPERADORA DE TRASPAOS. EL MISMO SE ENCUENTRA HABITANDO DE LUNES A VIERNES, DE 9 A 17HS., LLAMANDO AL 0-800-222-SALUD (72583) - WWW.SSALUD.GOV.AR - I.B.N.O.S. 4-0080-0. EN S.E.M.P. (PROV.) 1408.



**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



La única empresa en softwares de gestión para la salud que provee servicios 100% integrados.

HEALTHHIMIS
management solutions

• Saludsoft • Hospisoft • Saludsoft Business Intelligence

www.hms-tech.com



Asistencia al viajero,
nuestra especialidad,
en Salud.



Contáctanos las 24 hs., los 365 días del año.
division.salud@europ-assistance.com.ar
Tel. 0800-333-4490
www.europ-assistance.com.ar

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



**CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN
MÉDICA INFECTOLÓGICA**



✓ **CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS**

✓ **ATENCIÓN INTEGRAL AL
PACIENTE VIH**



✓ **LABORATORIO**

✓ **VACUNATORIO**

✓ **HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA**



✓ **ÁREA PSICOSOCIAL**

✓ **MEDICINA DEL VIAJERO**

✓ **DIVISIÓN EMPRESAS**



✓ **ACCIDENTES
CORTO-PUNZANTES**

✓ **HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

**PRIMERA INSTITUCIÓN CERTIFICADA EN EL
ÁREA DE SALUD POR GS1 EN ARGENTINA**



Casa Central: Perú 1511/15 |Bs As| Tel: (011) 4363-7400/7499

Sede Belgrano: Sucre 1525 |Bs As| Tel: (011) 4363-7400/7499

RED DE PRESTADORES EN TODO EL PAÍS

www.heliossalud.com.ar

Seguinos en Facebook:  / HeliosSalud

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**



Wavelight - Allegro Topolyzer



Wavelight - Allegro Analyzer II - Pentacam



Spectrelis Engineering - OCT y HRA

Tecnología y precisión para sus pacientes

Nuestro servicio de Oftalmología cuenta con aparatología de última generación para la realización de estudios de baja y alta complejidad. Confíe en nosotros el cuidado de sus pacientes.

- Pentacam
- Iol master
- OCT - Tomografía de coherencia óptica
- Campo visual computado
- Ecometría
- Recuento endotelial
- Topografía corneal computarizada
- Paquimetría ultrasónica computarizada
- Ecografía


SWISS MEDICAL
CENTER



Swiss Medical Center: Av. Pueyrredón 1443, piso 11 | Turnos: 0810-333-8876
Consultas: oftalmologia@swissmedical.com.ar



Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Yamila 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.** Marca registrada 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: Solprint S.A., Araoz de Lamadrid 1920, Cap. Fed. Tel.: (54-11) 4303-2007/2008.

ACTUALIDAD

Swiss Medical Group inauguró la Clínica Zabala

14

GRAGEAS

16

OPINIÓN

Entornos de trabajo saludables: De los dichos a los hechos

Por el Dr. Héctor Barrios

22

COLUMNMA

Acuerdo Pendiente: valorando alternativas de cambio

Por el Dr. Ignacio Katz

24

OPINIÓN

Una reforma para la gente ... y no para los agentes

Por el Dr. Rubén Torres

26

COLUMNMA

Una nueva ética en la Deontología Médica

A propósito de un caso

Por el Dr. Antonio Angel Camerano

28

PRIMERA PLANA

Enfermedades Catastróficas: Definiciones y diagnóstico

30

COLUMNMA

Otra década perdida en Salud

Por el Lic. Carlos Vassallo

36

VOCES

El Congreso Nacional es la Agencia de Evaluación de Tecnologías

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

38

COLUMNMA

El timbre de lo de Frías

Por el Lic. Patricio Pasman

40

OPINIÓN

La crisis del Recurso Humano en salud

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León

42

LA MEDICINA EN EL CINE

Medicina y farmacia en el Medioevo monástico

El nombre de la Rosa

44

COLUMNMA

Muerte Digna en la práctica ¿Que opinará la Corte Suprema?

Por el Dr. Floreal López Delgado

46

OPINIÓN

Globalización

Por el Lic. Víctor N. Cerasale

48

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.

Sanatorio Güemes

CON EL COMPROMISO DE SIEMPRE

CONTAMOS CON:

490 camas de internación
(120 en áreas cerradas).



SEGUIMOS CRECIENDO



PROYECTO CÓRDOBA

Guardia de Emergencias ▪ **14** Puestos de Shockroom y
Acceso Independiente de Ambulancias



Guardia Ambulatoria ▪ **40** Consultorios



Unidad de Terapia Intensiva II ▪ **13** Boxes de Cuidados
Intensivos



AGOSTO 2014

NUEVA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

- ✓ **46** Boxes divididos en
4 Salas independientes

PRÓXIMAMENTE

QUIRÓFANOS

- ✓ **21** Quirófanos
- ✓ **3** Habitaciones Pre-parto
- ✓ **11** Puestos en el
Área de recuperación
Pre y Post Quirúrgica

INTERNACIÓN GENERAL

- ✓ **66** Habitaciones individuales



Swiss Medical Group inauguró la Clínica Zabala

La nueva torre cuenta con más de 12.000 m² e implicará la creación de 800 nuevos puestos de trabajo. Sumará 130 camas de internación clínica y pediátrica, 5 quirófanos con equipamiento de última generación, laboratorio y servicio de hemoterapia, y un Centro de Guardia.

Antes de dar por inaugurado el nuevo centro médico y cortar la cinta que por tradición lo hace junto a sus hijos, Claudio Belocoppitt, presidente de Swiss Medical Group expresó: "Clínica Zabala es un proyecto lleno de ilusiones, que se hizo en etapas y con mucho esfuerzo".

"Soy de los que cree y desea que en mi país debe existir un sistema público de salud gratuito, accesible y ejemplar. Nosotros somos sólo una parte de ese sistema, pero no somos el Estado. Y eso en la actualidad muchas veces se confunde".

"El sistema de salud privado en la Argentina: "tiene serios problemas de financiamiento, pero a pesar de ello nosotros seguimos apostando en el país", remarcó Belocoppitt.

Comprometido con brindar la mejor atención médica e infraestructura a sus asociados, Swiss Medical Group continúa aportando servicios de alta complejidad con la inauguración de su nueva Clínica Zabala.

Ubicada en el corazón de Belgrano cuenta con equipamiento de última generación en todas sus áreas. Tiene 97 habitaciones de internación general de adultos, 16 habitaciones de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria, 17 camas de internación Pediátrica, Centro Quirúrgico con cinco quirófanos para cirugías de cualquier tipo y grado de complejidad, incluyendo neurocirugía y cirugía vascular.

El equipamiento instalado permite abordajes convencionales, así como cirugía laparoscópica, y estudios e intervenciones con seguimiento de imágenes con arco en C. En la misma



planta del Centro funciona el servicio de esterilización.

Además, la Clínica posee un laboratorio de análisis bioquímicos las 24 h. para estudios convencionales, complejos y especiales, y un servicio de hemoterapia propio.

Continuando con su equipamiento médico de última generación, cuenta con un servicio de Diagnóstico por imágenes con equipos digitales de Rayos X, Seriografía, Tomografía



Computada y Resonancia Nuclear Magnética. Por otro lado, cuenta con cuatro ecógrafos para Ecografía General, Cardíaca y Vasculares, y un mamógrafo digital.

También tiene una guardia de emergencias con un área de recepción de ambulancias con cinco shock room, para poder dar respuesta inmediata a pacientes que ingresen en situación crítica o politraumatizados. Funciona las 24 horas, los 7 días de la semana atendiendo las principales especialidades: Pediatría, Clínica, Cardiología, Cirugía y Traumatología. □

ACERCA DE CLÍNICA ZABALA

Ubicada en el corazón de Belgrano, Clínica Zabala cuenta con una torre de más de 12.000 m² con equipamiento médico de última generación.

Tiene 97 habitaciones de internación general de adultos, 16 habitaciones de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria, 17 camas de internación Pediátrica, Centro Quirúrgico con cinco quirófanos para cirugías de cualquier tipo, laboratorio de análisis bioquímicos las 24 h., y un servicio de Diagnóstico por imágenes con equipos digitales de Rayos X, Seriografía, Tomografía Computada y Resonancia Nuclear Magnética.

ACERCA DE SWISS MEDICAL GROUP

Swiss Medical Group es uno de los principales grupos de la Argentina, que se dedica a la protección de personas y es líder en el mercado de la salud. Cuenta con más de 8.000 empleados.



ACLIFE

ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANARIOS FEDERADAS

ACLIBA I: Calle 5 Nº 669 La Plata Tel.: (0221) 483-9590
 ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel.: 4201-7181
 ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel.: 4627-5716
 ACLIBA VI: 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

PREMIO FUNDACIÓN DPT – CA.DI.ME – CEDIQUIFA EN BIOTECNOLOGÍA PARA LA SALUD HUMANA

La Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina – DPT – conjuntamente con la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico – CA.DI.ME. – y el Centro de Estudios para el Desarrollo de la Industria Química Farmacéutica Argentina – CEDIQUIFA - instituyen el PREMIO AL MEJOR TRABAJO CIENTIFICO que se presente sobre el tema APLICACIONES DE LA BIOTECNOLOGÍA PARA LA SALUD HUMANA.

Para concursar, se requiere presentar un trabajo de investigación original e inédito, realizado principalmente en la Argentina, que cubra aspectos BÁSICOS, EXPERIMENTALES o CLÍNICOS para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la asistencia o la rehabilitación de la salud humana. Son de especial interés las aplicaciones derivadas de la secuenciación del genoma humano. La autoría puede ser de uno o varios investigadores.

JURADO

Presidente: Guillermo Eduardo Gómez Galizia.

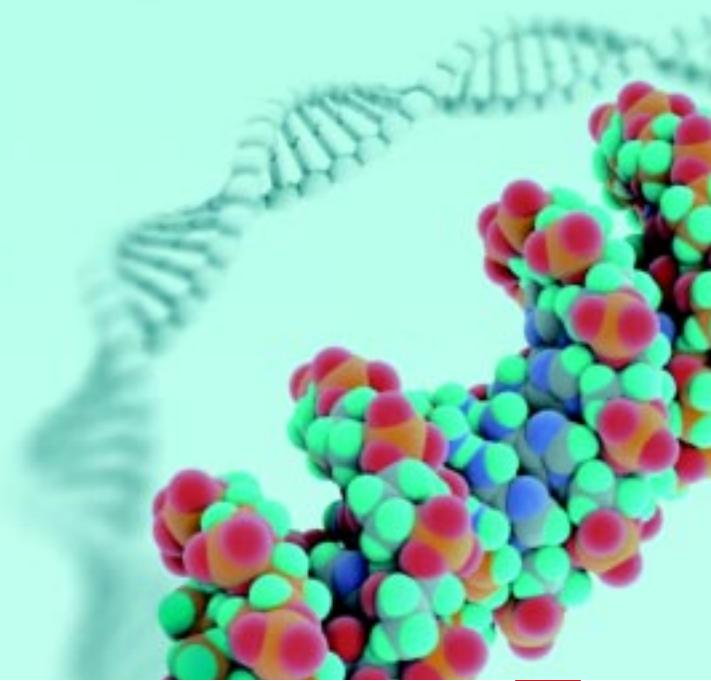
Jaime E. Bortz; Eduardo H. Charreau; Juan Dellacha; Emilio L. Malchiodi.

El premio consistirá en un Diploma de Honor para cada uno de los autores galardonados. CA.DI.ME. y la FUNDACIÓN DPT aportarán fondos para el viaje del autor o de uno de los autores del trabajo premiado al congreso de la Biotechnology Industry Organization (BIO) que se celebrará en EE.UU. en junio de 2015.

1 EL CONCURSO **CIERRA EL
31 DE AGOSTO DE 2014**

2 Auspicia
ptlc Parque Tecnológico del Litoral Centro S.A.P.E.M.

4 Mayor Información en
www.fundaciondpt.com.ar
www.cadime.com.ar
cadime@cadime.com.ar



GRAGEAS

REVISTA MÉDICOS: 16° ANIVERSARIO EN DEFENSA DEL SISTEMA DE SALUD



Por el Dr. Jorge Gilardi, presidente de la Asociación de Médicos Municipales

La importancia de los medios de comunicación se ha visto consolidada en los últimos años, los medios gráficos y audiovisuales están acompañados por la revolución generada por la tecnología y la noticia llega en tiempo real.

Hoy la Asociación de Médicos Municipales tiene el agrado de felicitar a *Revista Médicos* por un nuevo aniversario, por su penetración entre quienes están ligados al sistema de salud y también aquellos que no forman parte de él.

Se trata de un medio de comunicación con amplitud de criterios que expone en cada edición la problemática del sector y todo lo que rodea a quienes hacemos de la defensa del sistema de salud un estandarte a diario; por eso es importante el pasaje de todos los personajes por sus páginas, que nos invitan a reflexionar; así como todas las entidades relacionadas con el sistema.

Cabe destacar que en los últimos años la penetración de los medios relacionados con el área de salud también están al alcance del público en general.

No es fácil sostener un medio con el paso del tiempo, sólo se consigue con la profesionalidad y seriedad de los protagonistas.

Con todo, cabe señalar la importancia de *Revista Médicos* porque es un vaso conductor con los que trabajan a diario en los hospitales y quienes hacen del sistema de salud un eslabón de importancia en la sociedad, ya que ahí quedan reflejadas las problemáticas y la posición de cada uno ante los grandes temas que aquejan al sector.

Con un lenguaje llano y sin fisuras sus páginas contienen la amplitud de pensamiento y las necesidades que existen en las entrañas del aparato y que mucha gente desconoce; es por ello que por ahí transitan temas como el salarial, pasando por las carencias del sector y el tratamiento de problemáticas como la inseguridad que a diario viven quienes transitan por los hospitales.

Médicos Municipales sentó sus bases para hacer conocer a la opinión pública la violencia a la que eran sometidos los médicos, asistentes y pacientes; gracias a la colaboración de colegas de diferentes puntos del país se pusieron en contacto para conocer de primera mano cómo trabajamos con este delicado tema.

Una vez más felicitaciones a *Revista Médicos*, gracias por el espacio para la reflexión y el conocimiento más acabado de lo que pasa en las entrañas del sistema. ■



CRECE ACUDIR EMERGENCIAS MÉDICAS PARA DAR MEJOR SERVICIO

En los últimos 12 meses Acudir S.A. incrementó sus recursos humanos en un 62%, su dotación de móviles en un 30% y abrió dos nuevas bases operativas.

Este crecimiento es acompañado con un intenso plan de capacitación permanente del personal médico, operativo y de las otras áreas de gestión.

También se invirtió en nueva tecnología y mayores comodidades para el personal.

Esta inversión en estructura y recursos humanos permite a Acudir S.A. brindar una pronta y eficiente atención de emergencias médicas, siendo fiel a su slogan "La calidad es una actitud". ■

CONFACLISA CON AUTORIDADES DE AFIP

Días atrás, la CONFACLISA, representada por el Dr. Eduardo Cardús, los Contadores Enrique Cimino y José Parejo, y por el Dr. Oscar Miguel, fue recibida por Directores de AFIP.

Se trató de tres encuentros distintos, donde en el primero de ellos, el Director General del Organismo, Dr. Ricardo Echegaray y el Subdirector General, Dr. Guillermo Michel, se interiorizaron sobre los diversos aspectos de la actualidad sanatorial. Se les requirió la posibilidad de impulsar algún plan especial de pago, la no ejecución de las deudas fiscales, la atenuación del impacto del IVA CF no computable y se los puso en conocimiento de la situación operativa y financiera sufrida por los establecimientos de parte del Instituto de Jubilados y Pensionados. Posteriormente, en el otro encuentro, se profundizaron aspectos de carácter técnico, junto al Jefe del Departamento de Servicios al Ciudadano, Dr. Julio César Nieto; y el pasado lunes 28 de abril, se llevó adelante otra reunión con el flamante Subdirector General de Operaciones Impositivas del Interior, Dr. Luciano Boteri Domec. De esos encuentros surgió la conformación de un espacio de trabajo, en el que se avanzó sobre la problemática mencionada. La AFIP solicitó a la CONFACLISA que le aporte precisiones sobre las cifras y cantidad de establecimientos involucrados, por lo que se abrió un cuarto intermedio hasta contar con esa información. ■



UN NUEVO AVANCE EN LA FEDERALIZACIÓN: S.S.SALUD LA RIOJA

En continuidad con la política de Federalización y Descentralización Operativa del Organismo, la Superintendencia inauguró la octava Sede en la ciudad de La Rioja, Dorrego 110.

El acto inaugural contó con la presencia del Secretario de Salud Pública de La Rioja, Dr. Alberto Andalor, la Subsecretaria de Atención a la Salud, Dra. Lourdes Barnada, la Subsecretaria, Susana Quinteros, el Coordinador General del Centro de Referencia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y la Delegada de la S. S. SALUD Catamarca, María Julia Acosta.

Además acompañaron la apertura de la nueva Sede, el Gerente General, Lic. Eduardo Escuti, en representación de la Sra. Superintendente de Servicios de Salud, Liliana Korenfeld, la Gerenta de Delegaciones y Articulación, Dra. Marcela Ilacqua y el Delegado de la S. S. SALUD La Rioja, Cr. Pedro Baldo. Además estuvieron presentes autoridades de Obras Sociales Nacionales y Entidades de Medicina Prepaga.

"Uno de nuestros objetivos es federalizar la S. S. SALUD y este proceso de Federalización que inició la gestión que conduce Liliana Korenfeld, se propone incluir y para incluir, necesariamente, hay que conocer e informarse; éste es el espíritu con el cual estamos abriendo sedes en las distintas provincias de la Argentina", afirmó el Lic. Escuti y agregó: "valorar y ponderar a la ciudadanía implica informarle acerca de sus derechos". ■

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



EUROP ASSISTANCE A BENEFICIO DE LA FUNDACIÓN STAMBOULIAN Y FIDEC

Europ Assistance División Salud Argentina, participó en la 9ª Edición del Torneo Solidario Open Golf, realizado en el Mailing CC de Pilar a beneficio de la Fundación del DR. Profesor Daniel Stamboulian, el día 11 de abril pasado.

El evento contó con la presencia de más de 150 jugadores que pudieron disfrutar de una entretenida jornada en el campo de juego y fue el Director Regional, Daniel Piscicelli, quien hizo entrega del Premio Europ Assistance a los ganadores del Mejor Approach Masculino y Femenino. Como en anteriores oportunidades, brindaron su apoyo golfistas de Miami, Buenos Aires, Chaco y Mar del Plata, entre otras ciudades.

Los fondos recaudados durante este evento solidario se destinarán a las acciones de FIDEC (Fighting Infectious Diseases in Emerging Countries) con sede en Miami, y la Fundación Stamboulian desarrollarán en forma conjunta en la Argentina, mediante diversos programas educativos para niños. Los mismos incluyen la distribución gratuita de libros para promover el cuidado de la salud física y emocional.

Una vez más Europ Assistance, la compañía de asistencia integral con más de 50 años de trayectoria, presente en los grandes acontecimientos y eventos relacionados con la salud. ■



VISITAS INTERNACIONALES EN EUROP ASSISTANCE ARGENTINA

Nuevos negocios en División Salud

El Director de Salud Global de Europ Assistance, Jean François Diet; y el Director de Región de Iberoamérica Asia e India, Juan Carlos Guzmán; visitaron las oficinas de la compañía en la Argentina, con el objetivo de proyectar la incorporación de nuevos productos afines a la asistencia y que remarquen un verdadero diferenciador.

Durante su visita al país, los directivos internacionales fueron recibidos por Alejandro Caballero, gerente General de Europ Assistance y el equipo de la División Salud de esta filial, liderado por su Director Daniel Piscicelli y con el apoyo de Ariel

Pierini, con quienes compartieron varias reuniones con distinguidos clientes del portafolio. Se coordinó un encuentro con los miembros de ADEMP (Asociación de entidades de medicina Privada) y también con el Hospital Alemán y el equipo del Plan Médico, para presentar los nuevos productos que se están preparando para ofrecer al mercado de la salud.

Además, se realizó una reunión en las oficinas de la Obra Social ASE, donde su Presidente, el Sr. Jorge Piva, acompañado de Directores de la obra social, presentaron su Sanatorio Finochietto.

Las visitas y jornadas de trabajo tuvieron como objetivo avanzar en un nuevo modelo de productos para la división y trabajar en pos de los objetivos 2014 para lograr el crecimiento de Europ Assistance. ■

EUROP ASSISTANCE ARGENTINA – DIVISIÓN SALUD

Nuevo Cliente: Círculo Médico Alto Paraná y Obra Social del Personal de la Industria del Calzado.



Se informa que a partir del 01/05/2014, Europ Assistance – División Salud ha incorporado al Círculo Médico Alto Paraná y a la Obra Social Del Personal de la Industria del Calzado, como clientes. Los socios de estas importantes instituciones de salud de la Provincia de Misiones, contarán con el servicio de Asistencia al Viajero Nacional y Regional. Estamos muy felices de incorporarlos a nuestro prestigioso portafolio de clientes y le damos una afectuosa bienvenida a Europ Assistance – División Salud. ■



De Izq. a Der.: Oficinas Europ Assistance Argentina: Daniel R. J. Piscicelli (Director Regional División Salud); Jean François Diet (Director de Salud Global); Juan Carlos Guzmán (Director Regional de Iberoamérica - Asia - India); Cesare Margotta (Director Europ Assistance Argentina) y Alejandro Caballero (Gerente General Europ Assistance Argentina). ■

“EL COBRO INDEBIDO ES UN ILÍCITO, UN ACTO INMORAL Y FALTO DE ÉTICA”

Lo dijo el presidente del IOMA Antonio La Scaleia al encabezar, en la sede central de la Obra Social, un encuentro donde se abordó la lucha que el organismo viene llevando contra el cobro indebido. Estuvieron presentes representantes gremiales, entidades médicas, funcionarios provinciales y autoridades del IOMA.

“Hay que llamarlo por su nombre: el cobro indebido es un ilícito, un acto inmoral y falto de ética. No es un plus o suma extra; sino que se trata de una verdadera estafa al afiliado y al sistema solidario”, sostuvo Antonio La Scaleia. “Por eso debemos aclarar algunos conceptos: el cobro indebido viola la ley y genera un enriquecimiento sin causa en el médico que percibe una suma fuera de convenio”, remarcó La Scaleia. En ese sentido alertó que el paciente se encuentra muchas veces en un estado de vulnerabilidad del cual se aprovechan algunos profesionales inescrupulosos que realizan esta práctica. La misma representa un “abuso de confianza y competencia desleal. También hay una evasión fiscal y previsional porque es un cobro en negro, por eso también trabajaremos de forma conjunta con ARBA”. Asimismo La Scaleia subrayó especialmente y valoró el interés del gobernador Daniel Scioli y del jefe de gabinete Alberto Pérez quienes “están al tanto de las iniciativas que desde IOMA estamos llevando adelante y nos brindan su respaldo”. ■

EL GARRAHAN INAUGURÓ EL CICLO DE ORQUESTAS CON LOS CHICOS DEL BARRIO DE RETIRO

La Orquesta Infante-Juvenil del Barrio de Retiro se presentó en el hall del hospital Garrahan e inauguró el ciclo de música 2014 del hospital.

Todos los terceros jueves de cada mes el hall de ingreso del hospital Garrahan se llenará de violines, flautas y platillos, cuando una orquesta toque para los niños que esperan ser atendidos en el hospital. La iniciativa pertenece al área Representante del Paciente y busca generar un espacio amigable para las niñas y niños que son tratados en el Garrahan. El ciclo de orquestas 2014 se inauguró con la Orquesta Infante-Juvenil Barrio de Retiro.

“La presencia de los chicos acá es imprescindible. Aprenden que pueden devolver un poco de todo lo que les da la orquesta a otros chicos que necesitan alegría y eso los hace sentir maravillosos”, afirmó el director de la orquesta de Retiro, Néstor Tedesco, y agregó “nosotros entendemos la música como una herramienta de inclusión social”.

La Orquesta de Retiro funciona desde hace 8 años y forma parte del programa de orquestas del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Esta es la segunda vez que se presentan en el hospital Garrahan. ■



Trabajando en equipo, sumamos oportunidades para nuestros Asegurados

La Compañía de Seguros especialista en Responsabilidad Profesional que amplió su cartera de seguros para brindarle más soluciones a las empresas y a los profesionales de la salud.

CAUCIÓN | VIDA | ACCIDENTES PERSONALES
RESPONSABILIDAD CIVIL | PRAXIS PROFESIONAL



TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com



Av. Belgrano 634, Piso 9 - 1092AAT, Buenos Aires Argentina - Tel. (54 11) 4876.5300

GRAGEAS

70 AÑOS DE HISTORIA EN SALUD Y PREVENCIÓN

El pasado 17 de abril la histórica Obra Social Ferroviaria celebró 70 años de vida.

Somos desde el comienzo una Obra Social pionera.

Entonces, allá por 1940 fuimos los primeros en cuidar la salud de todos los ferroviarios, sin distinciones de escala laboral y también fuimos vanguardia en ofrecer la cobertura de salud sobre todo el territorio nacional.

Hoy fieles a nuestra historia, también somos pioneros: en OSFE trabajamos sistemáticamente en la prevención y promoción de la salud.

Por todo ello, con orgullo por nuestra historia y compromiso con el presente brindamos en este aniversario: A nuestros ferroviarios ¡SALUD!



Un poco de Historia:

En 1940 se habilita el Hospital Ferroviario Buenos Aires, ubicado en Ramón Freyre 2182, que a lo largo del tiempo será llamado Instituto Ferroviario del Tórax, Hospital Ferroviario de Geronto-Psiquiatría, y finalmente Clínica Ferroviaria Buenos Aires. Es el Gobierno del General Juan Perón quien dispone la donación de varios lotes de la zona de Puerto Nuevo que son transferidos a la Unión Ferroviaria y a la Fraternidad con destino a la construcción del Policlínico Ferroviario Central, el cual comienza la atención en consultorios externos en 1952, y se inaugura definitivamente dos años después.

Progresivamente, se inauguran centros asistenciales en el interior del país hasta llegar en 1996 a las 80 sedes propias con un total de 2.833 camas y 766.882 afiliados. Es en ese año que se conforma el Instituto de Servicios Sociales para el Personal Ferroviario, el cual se transforma en 1997 en la actual Obra Social Ferroviaria.

En la década del 80, la estructura demográfica de los ferrocarriles se reduce drásticamente, fruto de planes de racionalización y tecnología laboral pasando de 220.000 a 97.000 en 1988. De igual manera las políticas de los años 90 generaron una mayor reducción de personal, con la consiguiente disminución de aportes, lo cual motivó a su vez la inclusión en el Programa de Reconversión de Obras Sociales en busca de un reordenamiento de toda la estructura prestacional.

Nuestro presente:

En la actualidad, la Obra Social Ferroviaria, es una obra social comprometida con la atención de la salud de la población ferroviaria, y abierta a todos aquellos trabajadores de otras actividades que deseen incorporarse. Para ello cuenta con distintas posibilidades de acceso y con planes superadores que permiten la atención integral de todos sus beneficiarios.

Obra Social Ferroviaria tomó la firme decisión política de salir a buscar a los trabajadores a su lugar de trabajo con el fin de detectar factores de riesgo y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Por eso la OSFE comenzó en el año 2007 a realizar en forma sistemática tareas de detección de factores de riesgo que desarrollen enfermedades cardiovasculares. Esta tarea se llevó a cabo en todos los ferroviarios afiliados o no afiliados a la Obra Social.

Actualmente califica ante el Ministerio de Salud con los certificados como "Edificio Libre de Humo" y "Lugar de Trabajo Saludable" por estimular la actividad física y la alimentación saludable entre sus empleados. ■

PRIMERAS JORNADAS PROFESIONALES FARMACÉUTICAS



En el marco de las "12^{avas} Jornadas Federales y 11^{dos} Internacionales de "Política, Economía y Gestión de Medicamentos", que se rea-

lizarán en Potrero de los Funes, Prov. de San Luis, los días 28 y 29 de agosto próximos, FEFARA organiza las Primeras Jornadas Profesionales Farmacéuticas el día 29 de agosto, para la cual están invitados a presentar trabajos todos los profesionales que se desempeñan vinculados al medicamento.

Se aceptarán trabajos de los siguientes temas:

- Casos de farmacovigilancia
- Farmacia hospitalaria
- Lecciones aprendidas de la dispensa farmacéutica en la red de farmacias profesionales
- El ejercicio farmacéutico en el sector público
- Auditoría farmacéutica
- El farmacéutico y la informática al servicio de la salud
- El rol del farmacéutico en la Adhesión del paciente a los tratamientos
- El farmacéutico y la atención primaria de la salud
- El farmacéutico y la gestión económico-financiera de la oficina de farmacia
- Los medicamentos genéricos
- El farmacéutico ante la prescripción médica
- Experiencias y aportes de la farmacia especializada
- Tecnología farmacéutica
- Formulaciones magistrales

Previo autorización del autor, se incluirán en una base de datos, que estará disponible en la página web de FEFARA para consultas. Para mayor información, por favor contactarse por mail a la Federación Farmacéutica (fefara@fefara.org.ar) o al teléfono (011) 4342-9473 ■



OPERATIVO MUNDIAL DE UNIVERSAL ASSISTANCE Y TRAVEL ACE ASSISTANCE

La empresa líder de asistencia integral al viajero anunció que además de su infraestructura operativa habitual en Brasil, que se caracteriza por contar con una amplia red de prestadores, preparó un operativo especial para la próxima Copa del Mundo 2014 que optimizará su servicio con el objetivo de estar cada vez más cerca y lista para atender las necesidades de sus pasajeros.

El mismo contará con un equipo formado por más de veinte médicos y coordinadores generales tanto argentinos como brasileños, quienes estarán presentes en las principales ciudades donde se llevará a cabo el torneo: Río de Janeiro, San Pablo, Recife, Porto Alegre y Belo Horizonte.

Su red asistencial se apoya en convenios con los prestadores médicos más importantes de Brasil, como hospitales, sanatorios, servicios de emergencias y un avión propio Lear Jet 60, habilitado para traslados sanitarios y disponible para su puesta en acción inmediata frente a cualquier tipo de necesidad.

Paralelamente, la compañía agregó nuevas líneas telefónicas asistenciales locales en las ciudades más importantes para garantizar una comunicación más efectiva y directa con el pasajero, direccionadas a su central de operaciones principal, capacitada especialmente con operadores multilingües, disponibles las 24 horas del día.

De esta manera, Universal Assistance y Travel Ace Assistance reciben preparados el torneo más importante del mundo al que asistirán cerca de 600 mil pasajeros provenientes de los cinco continentes. El operativo especialmente diseñado durante los últimos cuatro meses, operará bajo estándares de Calidad ISO 9001, la misma certificación con la que la empresa viene trabajando año tras año, asistiendo a más de 500 mil personas por temporada. Esto, sumado a sus 30 años de trayectoria, avala la excelencia de su servicio y posiciona a la compañía como líder del mercado. ■



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

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

Plan Médicos

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

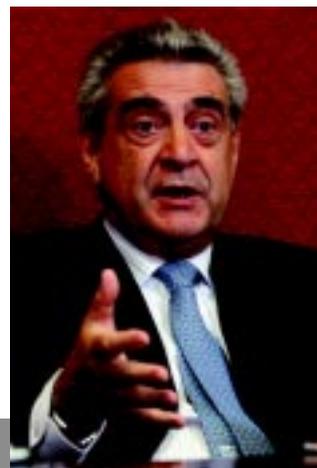
(* Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica

 **SMG**
SEGUROS

Entornos de trabajo saludables: De los dichos a los hechos

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



La organización Mundial de la Salud viene impulsando permanentemente en las empresas el desarrollo de entornos laborales saludables. Podemos definirla como una política correcta: el principio ético más básico es evitar hacer el daño a otros.

Sólo unos pocos años atrás, más precisamente en el año 2008, en el XVIII Congreso sobre Seguridad y Salud en el Trabajo que se realizó en Seúl, Corea, en su "Declaración sobre Seguridad y Salud en el trabajo" se estableció específicamente que "un entorno de trabajo seguro y saludable, es un derecho humano fundamental".

Por lo tanto, las empresas que deseen avanzar en esta dirección, deberán considerar los costos que esto demanda, como parte de su estructura general de costos para poder hacer negocios.

Formar parte de las mejores empresas en este tipo de prácticas también tiene su recompensa: aquellas que se distinguen como tales, son preferidas por los empleados por sobre otras empresas. No olvidemos que uno de los objetivos principales del área de Recursos Humanos es el de atraer a los mejores y luego retenerlos y motivarlos.

En nuestro país, la mayoría de las empresas que quieren desarrollar esta política, se han concentrado en acciones que sean percibidas por sus empleados. Pero muchas de ellas, sólo desarrollan acciones aisladas. Así, los cursos para dejar de fumar y las comidas saludables tal vez sean las acciones más promovidas.

SOBRE LOS "CURSOS PARA DEJAR DE FUMAR" Y OTRAS ADICCIONES

Después de mucho tiempo en que el cigarrillo tenía acceso ilimitado en todos los espacios, las restricciones han llevado a que los fumadores hoy en día, deban concentrarse en la puerta de los edificios de oficina para poder satisfacer su adicción.

Así como estamos acostumbrados a que en las películas de ciencia ficción que se desarrollan en el futuro nadie aparezca fumando, resulta llamativo ver películas sobre hechos ocurridos en el pasado –como el caso de la estupenda "Argo" de Ben Affleck, galardonada con el Oscar de la Academia de Hollywood como Mejor Película 2012, en donde se logra una ambientación de la época de los 70 mostrando a los

personajes fumando permanentemente, incluso en pleno vuelo de un avión de línea.

Naturalmente, nadie deja el cigarrillo "de un día para el otro" –los que fuimos buenos fumadores, lo sabemos perfectamente amigo lector–. Es un proceso de "cambio de hábitos" diría James Prochaska, quien fuera en los años 80, precisamente un pionero en el análisis de los cambios de hábito, a partir de lo difícil que resulta modificar o eliminar una conducta adictiva.

¿Quién de nosotros no se ha propuesto comenzar un régimen para bajar esos kilos de más? O bien ¿Quién no se ha propuesto a salir a caminar todos los días o comenzar a ir al gimnasio para terminar con la vida sedentaria? ...y las más de las veces, terminamos con una gran frustración por la imposibilidad de sostener el intento.

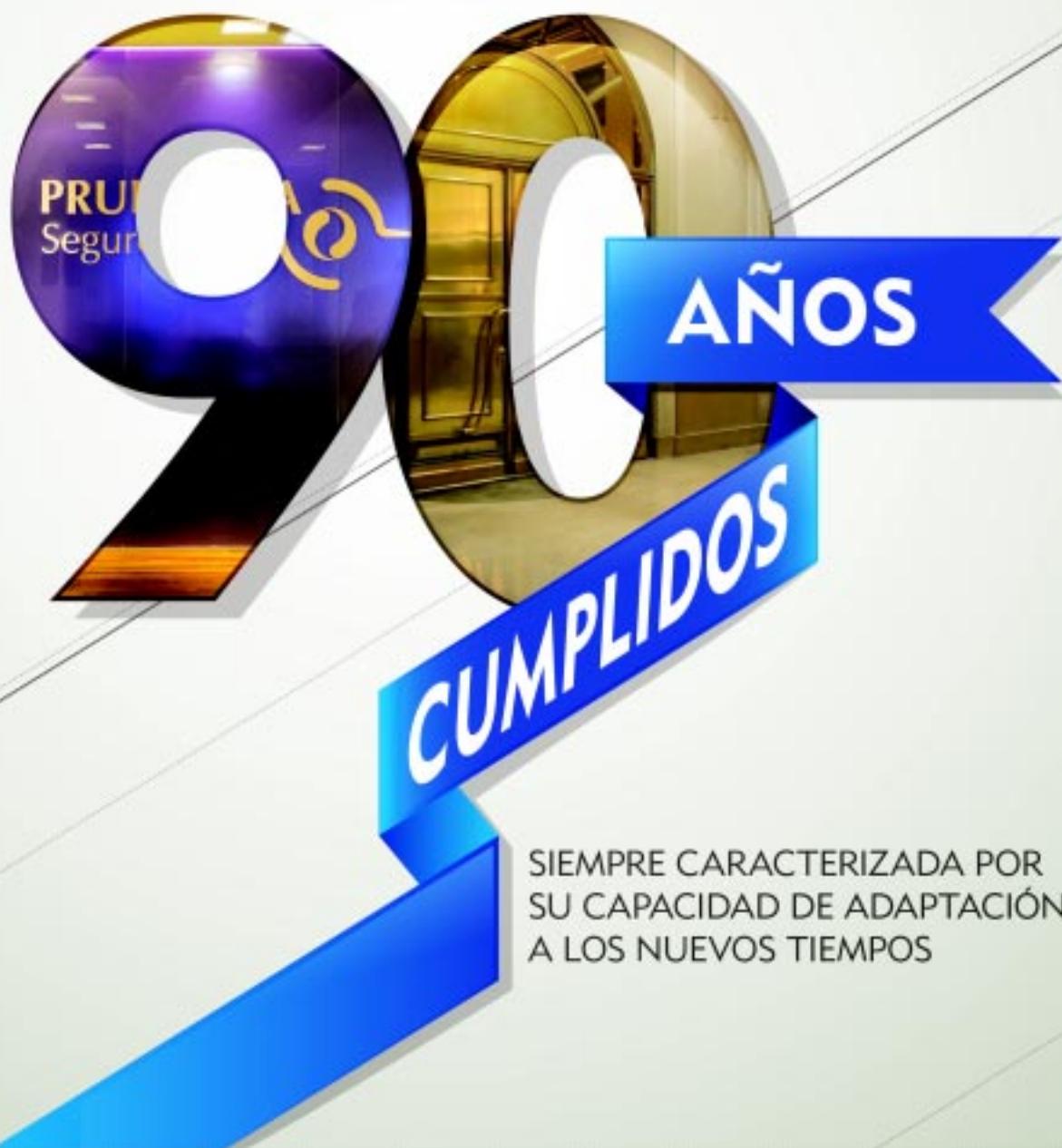
Prochaska definió que el proceso de cambio de una conducta pasa por distintos estadios –6 más precisamente–, correspondiéndole a cada uno de ellos una actitud diferente. Es decir, que se trata de un proceso complejo y como tal debe ser manejado adecuadamente, es decir manejado por profesionales.

Resulta claro entonces, que la contribución que se puede hacer para que las personas dejen de fumar, no pasan simplemente por ofrecerles un curso, así como tampoco se impulsa el hábito de alimentación saludable, sólo a través de la colocación de cestas de frutas.

Y en materia de acciones aisladas basta con contarle una experiencia personal. Hace muchos años fui invitado por el Director Médico de un Banco Internacional a presenciar la exposición que daría un experto en la lucha contra el cigarrillo en el Salón Auditorio del Banco. Fue invitado todo el personal –más de 600 personas–... ¿sabe usted cuántos éramos? Tres...el médico, el expositor y yo. Terrible.

¿Moraleja? Escriba una política, desarrolle un Plan, busque el apoyo de los máximos niveles de la organización y sobre todo: busque profesionales en la materia. Hoy en día las empresas especializadas en EAP –Programas de Ayuda a los Empleados– e incluso los Departamentos de Salud Corporativa de las empresas de Medicina Prepara, cuentan con profesionales especializados que pueden ayudar al área de Recursos Humanos a cumplir con el objetivo de lograr un entorno de trabajo saludable. Manos a la obra para algo que beneficia a la gente. □

PRUDENCIA
Seguros



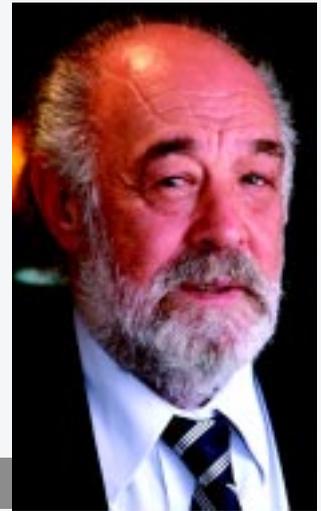
PRUDENCIA SEGUROS

Palacio Houlder | 25 de Mayo 489, P.6 | C1002ABI | CABA | ARG | Tel: +5411 5235 8816
prudencia@prudenciaseguros.com.ar | www.prudenciaseguros.com.ar

Acuerdo Pendiente: valorando alternativas de cambio

*"Los recuerdos no afloran
si no van a ser desarrollados"*
Norberto Bobbio

Por el Dr. Ignacio Katz



Durante los últimos treinta años, tanto en los países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo, se ha acumulado una gran experiencia en planificación sanitaria. Ambos tipos de naciones se encuentran inmersos en fructíferos debates dirigidos a cambiar en forma relevante, a mediano o a largo plazo, la estructura y los nodos de actuación de ellos, en sus aspectos económicos y fundamentalmente en sus objetivos sanitarios. Estos planteos no se pretenden enunciativos, sino que están dirigidos a acciones concretas.

Los mencionados procesos de reforma pretenden abarcar los sistemas de salud, combinando políticas sanitarias y de gestión, que contienen modificaciones estructurales y organizativas, redireccionan los incentivos existentes y marcan sendas a seguir para alcanzar las metas que se proponen, sea en el plano de la atención médica como en el de la organización de los recursos a emplear. Es importante entonces, retomando la frase del intelectual italiano Norberto Bobbio escarbar en la realidad y en el transcurso de los acontecimientos, para así poder extraer la materia prima del desarrollo.

En primer lugar, no podemos omitir el hecho de que el área de la salud se benefició de importantes innovaciones tecnológicas que significaron aportes tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y modificaron las características de la labor profesional. Frente a la evolución científico-técnica que incorporó diagnósticos más precisos, procedimientos no invasivos y recursos terapéuticos más complejos, es necesaria una redefinición de la labor profesional y de la relación médico-paciente, que ésta se apoye en la tecnología, sin eliminar el vínculo humano entre ambos.

Cuando los cambios son veloces, el control de calidad, en todos sus aspectos, se hace más imperioso. Sin embargo, dicho monitoreo se encuentra con todo tipo de dificultades: organizacionales, económicas, culturales y legales. Es justamente el diálogo interdisciplinario el que puede evitar estos frenos. Privilegio el concepto de "diálogo" entre quienes interactúan en esta área porque es justamente esta labor la que permite el intercambio de conocimientos sobre benefi-

cios (y porqué no, de posibles perjuicios) tarea de análisis que no debe omitirse.

En segundo lugar, un enfoque interdisciplinario es esencial para abordar fenómenos como el de "rurbanización", que implica volúmenes muy numerosos de migrantes que confluyen en las periferias de las grandes ciudades, lo que en la Argentina se plasma en expresiones como "Gran Buenos Aires", o "Gran Rosario". Porque esos conglomerados encierran lógicas y realidades muy diferentes entre sí, desde enclaves como Vicente López o San Isidro, con indicadores históricamente semejantes a la Ciudad de Buenos Aires, como bolsones de pobreza extrema en La Matanza o en Avellaneda, cerca de dicha metrópoli, pasando por zonas prácticamente rurales en Florencio Varela o Moreno. Por lo tanto, la interacción entre distintas disciplinas es fundamental para encarar políticas específicas en estas regiones, así como también para tomar conciencia de una realidad vertiginosa y establecer pautas de acciones convincentes, sólidas y racionales ante la nueva configuración científico-tecnológica que se extiende sin demoras.

Debemos señalar que en otras épocas que transitó la humanidad, el complejo integrado por la ampliación de las redes de agua potable y cloacas, la creación del sistema de pasteurización de la leche y su producción a gran escala, y el desarrollo de vacunas y antibióticos, provocó innumerables beneficios en el campo de la salud.

Sabido es que el progreso científico no va acompañado de la concientización ciudadana cuando el carril de transmisión - su clase dirigente- no está a la altura de las circunstancias para reformar la situación presente. Por lo tanto, desde la extensión de la red de cloacas, la pasteurización de la leche y la producción de vacunas, hasta el actual desarrollo ultraveloz de diagnósticos e intervenciones no invasivas, todas han sido innovaciones que deben moldearse y potenciarse por las autoridades, para que aquéllas se inserten en un sistema sustentable, eficiente, solidario y basado en una planificación a largo plazo.

Hoy, el marco que debe construirse es un Acuerdo Sanitario, verdadera "Pax Sanitaria" en el país, por dignidad de su población, a fin de que las personas que

habitan este suelo alcancen la categoría de ciudadano-soberano. Dicho Acuerdo lograría que la salud ocupe el lugar que le corresponde en el proyecto nacional.

Llegado a este punto, creo fundamental diferenciar el concepto tan zarandeado de "consenso" respecto del de "acuerdo". El primero, generalmente por su amplitud resulta insignificante para un cambio cualitativo; muchas veces pareciera que se utiliza como sinónimo de statu-quo, de mímica de solución, para en realidad quedarse cómodamente empantanado en la situación actual.

En cambio, el concepto de "acuerdo" requiere exponer en forma clara y precisa la "situación en conflicto", que es expresión de distintos intereses, de pluralidad de criterios y argumentos que ponen en superficie las finalidades de los distintos participantes para así desembocar en una seria "negociación". En el caso del campo sanitario, se trata de interactuar y no confrontar, dentro de un nuevo diseño que articule medios de producción de servicios de atención médica y que subraye lo que diferencia "producir salud" de "consumir asistencia", así como también diferencie la población enferma de la población vulnerable. De este modo, y con este Acuerdo, que no reniega de los conflictos sino que los encauza en negociaciones dinámicas, se dará lugar a un nuevo modelo organizativo y de gestión que contenga a los principales agentes sanitarios implicados y a la sociedad en general, de manera que los deseos se conviertan en realidad.

La ciencia, contundente e imparable, ofrece soluciones de todo tipo, en especial a quienes sufren enfermedades, aunque no sean ellos los que decidan su uso, sino los distintos factores estructurales que dirigen las líneas de acción en la esfera sanitaria, desde los profesionales de la salud hasta las autoridades y empresas del sector. Ante esta avalancha, de lo que se trata es de no volver equivalente "tecnología" con la suma de conocimiento, racionalidad y reflexión. Esta triada de elementos, en realidad son los pilares sobre los cuales los responsables de llevar adelante las políticas sanitarias deben pivotar para que las innovaciones tecnológicas rindan en todo su potencial, no solamente desde un punto de vista productivo, sino también humano. Y esa nueva interacción debe apoyarse en un Acuerdo Sanitario -de gestión pública y gestión privada- amplio, racional y equitativo, que rompa la inercia de las cosas, evite las trampas del inmovilizante concepto de "consenso" y desarrolle definitivamente las potencialidades del país. □

Ignacio Katz Doctor en Medicina (UBA).
Director Académico de la Especialización en Gestión
Estratégica de Organizaciones de Salud Universidad
Nacional del Centro (UNICEN).

UNIVERSIDAD
ISALUD
EDUCACION PARA LA
TRANSFORMACION

MAESTRÍAS, ESPECIALIZACIONES Y PROFESORADO 2014

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

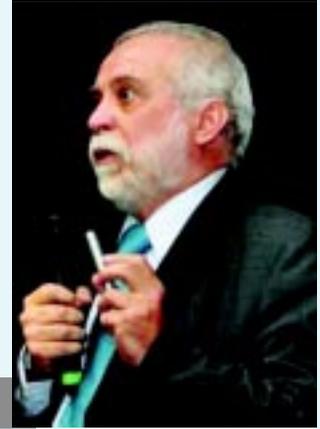
Resoluciones: Econ. Res. N° 184/09 ME. Maes. CONEAU Res. 473/09 Categoría B. Esp. CONEAU Res. 484/09 Categoría B | Sist. Res. N° 184/09 ME. Maes. CONEAU Res. 474/09 Categoría B. Esp. CONEAU Res. 483/09 Categoría B | Med. Legal Res. N° 94/02 ME. CONEAU Res. 208/07 | Adm. Hosp. Res. N° 1529/07 ME. CONEAU Res. 246/10 Categoría B. | Auditoría Res. N° 02/09 ME. Proyecto aprobado por CONEAU | Riesgos CONEAU Expte. 804-122/10 | Enfermería CONEAU Expte. N° 10.847/11 | Farmacop. Res. 1777/10 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Disca Res. N° 181.3/08 ME CONEAU Res. 247/10 Categoría C | S Mental Res. N° 499/02 ME CONEAU Res. 243/10 Categoría C | Geronto. Res. N° 275/00 ME CONEAU Res. 410/04 Categoría C | Seg. Al. Res. N° 584/09 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Profe. Res. 701/09 ME

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

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

Una reforma para la gente ... y no para los agentes

Por el Dr. Rubén Torres



Hace algunos días el Ministro de Salud de la República de Colombia, el Dr. Alejandro Gaviria, resumía en estas palabras algunas de sus opiniones sobre las reformas de salud en las Américas, y en su propio país, en especial en referencia a la cobertura universal en salud.

Definida por la Directora de la OMS, Dra. Margaret Chan "como el concepto más poderoso que la salud pública tiene para ofrecer", el concepto de cobertura universal en salud (CUS), tiene por delante todavía enormes desafíos para adecuar sus respuestas a la realidad de cada uno de los países.

Teniendo en cuenta que los objetivos implícitos de la CUS, son la equidad, la mejora de la salud y la protección financiera, una de las primeras preguntas que surge es: ¿Toda la población debe ser cubierta con qué?

Esta discusión central, para la organización del sistema, y el diseño de políticas públicas, está sumergida en muchos países, y en especial en la Argentina, por los conflictos entre diferentes grupos de interés (los agentes), especialmente en referencia a la redistribución de las rentas, y todos visten a sus intereses en el altruismo, aunque todos quieren dinero. Los seguros (sociales-obras sociales-y privados-medicina prepaga) y los hospitales privados quieren financiación directa y pocas preguntas; los hospitales y seguros públicos quieren un flujo permanente de dinero sin competencia; los trabajadores de salud en el sector público quieren esquemas salariales basados en la permanencia (o persistencia), y no en la productividad y competencia; y los productores de tecnología y medicamentos presionando para el posicionamiento y demanda de bienes de rentabilidad muchas veces dudosa con respecto a los resultados de salud y el bienestar de los ciudadanos. Y llamo sumergida a esta discusión, porque suele ocultar aquellos objetivos centrales a los cuales hacía referencia, especialmente el de mejora de

la salud y equidad. Al igual que lo sucedido hace pocos días con el conflicto de los docentes, cuando se creía estar hablando de educación, y se estaba hablando de dinero, aquí sucede lo mismo.

La persistencia de un PMO, al cual indiscriminadamente se añaden prestaciones (cuyo aporte a la mejora global de las condiciones de salud es muchas veces dudoso); que protege solo a los de mayor cobertura (privada y de la seguridad social) es una clara expresión de ello.

Indudablemente, la mejor respuesta a la pregunta es el establecimiento de planes explícitos, que especifiquen que será financiado- para todos- basado en la rentabilidad (en términos de mejora) de los resultados de salud, de forma de beneficiar a la gente...y no a los agentes. Esto requiere poner a los beneficiarios del sistema de salud en el centro, alineando los incentivos y regulando los referidos intereses enfrentados en conflicto feroz, reconociendo que hay legítimos intereses -individuales y corporativos- que no siempre son compatibles con el bienestar del conjunto.

Este papel de esclarecimiento y rectoría constituye el desafío más importante de los ministerios de salud. Y este desafío es persistente y permanente, pues la CUS es un destino, pero también un camino, en un mundo donde las transformaciones de educación e ingresos cambian permanentemente las expectativas y demandas de las personas, en términos de servicios de salud.

Para eso, si los dirigentes quieren hacer historia, hay una batalla interesante por librar, y que va mas allá de discutir precios y fondos, que se pase a hablar de los problemas de Salud Pública, que son sobre todo de valores sociales, de creencias y convicciones, de cultura organizacional, de vocación profunda a la hora de ejercer nuestra profesión o desarrollar nuestro trabajo, de percepciones de "marcas" (pública vs privada), y de un ejercicio central: el de la solidaridad. □

osfe **Obra Social**
FERROVIARIA

Su salud en las mejores manos

Estados Unidos 2863

(1227ABU) Ciudad de Buenos Aires

Call Center 0800-333-3313





FEFARA

Federación Farmacéutica

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

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

Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019A8G) Capital Federal

Una nueva ética en la Deontología Médica

A propósito de un caso

Por el Dr. Antonio Angel Camerano (*)



Es factible que el lector no haya visto la serie, más aun cuando ésta haya concluido tras ocho temporadas, y que su final sea propio del dilema que se plantea en esta lectura.

Gregory House es un médico especializado en nefrología y en enfermedades infecciosas. Jefe del departamento de diagnóstico del ficticio Hospital en Nueva Jersey y de su equipo. Se caracteriza por su mal genio, que provoca la animadversión de la gente; Su cojera, causada por una necrosis producida por un infarto muscular. Y su adicción a la vicodina, por el consumo masivo de la misma para calmar el dolor de su pierna. A pesar de ello, tiene una gran capacidad de deducción y el "don" de detectar la personalidad de un desconocido a partir de pequeños detalles. Posee además un gran sentido del sarcasmo y de la ironía. Sus faltas de respeto hacia las normas del hospital (con el fin de salvar al enfermo) han hecho que se haya jugado el puesto, pero siempre acaba convenciendo a sus superiores.

Este caso ha sido comparado con el personaje de Sherlock Holmes (de hecho, el creador de la serie, admite haberse basado en el famoso detective), debido a su gran capacidad de deducción o su adicción a las drogas. En un artículo que lleva varios años del reconocido catedrático español José Ángel Agejas se realiza una breve descripción de la ética de un personaje rompedor en un mundo hecho de tópicos y correcciones políticas insulsas. Su ética no tiene nada de elaborado; quiere saber si, de hecho, un hombre es feliz o infeliz, si miente o dice la verdad. Puede parecer que martillea el cerebro durante largas noches de ruido y truenos, pero sabe entrar en el corazón sin llamar a la puerta.

La serie puede verse como un grito casi desesperado, para que la ética vuelva a presidir las relaciones humanas en un mundo pervertido por la falsedad de lo políticamente correcto. Lo esencial es la ética inquebrantable: el rechazo a la hipocresía tan posmoderna y poscristiana. Lo realmente inmoral es quedarse en los medios, métodos, reglamentos y no hacer el bien. Por otra parte podemos cumplir las normas y no ser buenos. Ya aconsejaba Don Quijote a Sancho que no hiciera "muchas pragmáticas, y si las hicieras, procura que sean buenas y, sobre todo, que se guarden y se cumplan, que las pragmáticas que no se guardan lo mismo es que si no lo fuesen". Cumplir la norma no garantiza ni que se haga el bien, ni que éste marque las pautas de una sociedad.

El posmoderno es egoísta. Un sentimiento, por definición, es particular, nunca universal. No es un principio ético, aunque la cultura posmoderna se empeñe constantemente como referentes en los debates éticos en los que nos jugamos el futuro... "Quiten de esos debates el sentimentalismo y se acabaron las objeciones". Nadie dice que sea santo. Pero quiere

hacer el bien. La ética no es cosa de normas, ni de sentimientos etéreos, sino la combinación de todo ello a la luz de la prudencia, con ese objetivo: el bien. "Este médico no viola normas, las ignora". Porque para inventarse normas, códigos y procesos están los intervencionistas del signo que sean, que odian la ética porque temen la libertad.

Al fin y al cabo lo que pretende el médico de la ficción no es tanto enseñar medicina o deontología médica sino entretener fascinando a su público, con apasionantes asuntos de vida o muerte y un fingido carácter insoportable. En el fondo late un corazón humano capaz de insospechada ternura. En el capítulo final de la serie titulado "todos mienten" se debate entre dos alternativas: quedarse y morir o volver a prisión por los próximos seis meses, lo que implica no pasar con su mejor amigo, quien tiene cáncer, los últimos meses de su vida.

A partir de diversos sucesos de la serie, se desarrolló un libro de ensayos elaborados por profesores y doctores en filosofía de significativo rango académico, que intentan explicar, desde un punto de vista filosófico, ético y religioso, lo que llamaríamos "el universo de Gregory House" La primera parte analiza el sentido de la vida, la modalidad particular del conflictivo comportamiento con los otros, en el sentido sartreano, y la discusión de la llamada "suerte moral" en la responsabilidad médica: ¿Son los médicos responsables de los errores que se cometen como consecuencia de factores que no pueden controlar, tales como la negligencia o las mentiras del paciente como factores de confusión o distracción?

La segunda, resulta la más interesante, desarrolla las diferentes analogías entre este médico y Sherlock Holmes, y explica el método de diagnóstico mediante el razonamiento abductivo que Charles Sanders Peirce (1839-1914) llamó retroducción. La tercera considera a sus principios en sus distintas modalidades, especialmente desde el utilitarismo, donde el fin justifica los medios.

En la última se tratan sus dificultades de conducta en la amistad, el amor y hasta la necesidad de permanente conflicto como forma de ironía socrática. Si bien, la traducción tiene dificultades, en parte por el uso del *slang* médico en el texto original y porque expresa los términos filosóficos literalmente permite una adecuada e interesante mirada para entender al personaje y su universo.

Hasta se ha escrito sobre lo que opinaría Gregory House del Obamacare: "Esto va a doler..." □

(*) Médico - Maestreado de la Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud, Sede Fundación Sanatorio Güemes. Facultad de Medicina – UBA - 2014.
Twitter @aacamerano



**TODA LA SALUD PARA
LOS AFILIADOS,
GESTIONANDO DE
UNA MANERA
DISTINTA**

Florida 15 Piso 6°
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

**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 1688, 3° piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



Enfermedades Catastróficas: Definiciones y diagnóstico

Destacados especialistas del ámbito del sector salud precisan en este informe definiciones sobre las Enfermedades Catastróficas a la vez que proponen modelos de gestión y financiación.

En los últimos años, las Enfermedades Catastróficas han comenzado a ganar lugar en las preocupaciones que aquejan al ámbito de la salud. Cómo definir las, cómo gestionarlas y cómo financiarlas son sólo algunas de las preguntas que surgen a la hora de abordar la problemática. La *Jornada sobre Enfermedades Catastróficas en el Sector Público: Modelo de Financiación, Modelo de Atención y Modelo de Gestión*, organizada por el Instituto de Medicina para la Seguridad Social y Evaluación Tecnológica (IMSSET), de la Facultad de Medicina de la UBA, convocó a especialistas del sector para que, en forma conjunta, pudieran brindar reflexiones y propuestas. A lo largo de la Jornada se abordaron los temas más salientes en relación a las Enfermedades Catastróficas: su impacto, las mejores estrategias para priorizarlas, los recursos para su financiación y las claves para estimar su costo.

¿POR QUÉ SON UN PROBLEMA?

La primera mesa, que estuvo presidida por el Dr. Mario Lugones, Director del IMSSET, y coordinada por el Dr. Benjamín Surace, Presidente del IISSS (Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social), contó con las disertaciones del Dr. Saúl Flores, Ministro de Salud de la Provincia de Jujuy, del Dr. Federico Tobar, Consultor Internacional en Política de Salud, y del Dr. Luis Scervino, Subdirector del IISSS. Los doctores propusieron un acercamiento a la pregunta de *¿Por qué las Enfermedades Catastróficas son un problema?*

tróficas son un problema?

Fue Tobar, a través de una video-conferencia, el encargado de abrir el panel. Para hacerlo, realizó un acercamiento a las distintas definiciones de Enfermedades Catastróficas (EC). "El adjetivo *catastróficas* está vinculado al impacto que estas enfermedades tienen sobre la economía de los pacientes, de sus familias y de los sistemas de salud", destacó Tobar. Además del elemento económico, el doctor listó otros tres aspectos centrales para las EC: el clínico, el ético y el distributivo. Tal como especificó Tobar, "clínicamente, se trata de patologías que son difíciles de identificar y que requieren mayores cuidados. Desde la arista ética constituyen un pronóstico complejo y poco alentador para el paciente. Y, desde el costado distributivo, representan un desafío para los distintos sistemas de salud, que deben decidir cómo asignar sus recursos."

Tobar estructuró el resto de su presentación listando las ocho características más salientes de las EC, que fue exponiendo y explican-

do. En primer lugar, señaló, la OMS distingue a las EC por su impacto económico: implican un gasto del 40% o más del recurso de los hogares. "El problema de esta definición es que es flotante: como depende de porcentajes, lo que es catastrófico para uno puede no serlo para otros", señaló Tobar. Por eso, otra forma de definir a las EC es considerar que son aquellas cuyo tratamiento supera el salario mínimo mensual del país en el que ocurran. En relación a esta primera característica, Tobar subrayó que "hay que romper un mito: las EC afectan más a los países en vías de desarrollo que a los países ricos."

Como segunda característica, Tobar especificó que las EC tienen un alto impacto sobre la salud ya que se trata de patologías incurables. En tercer lugar, las EC representan un bajo impacto sobre la carga total de enfermedad: "Si se erradicaran, no mejoraría el índice de esperanza de vida". El cuarto aspecto central de las EC es que "financiarlas a través de los ingresos de las familias resulta por com-



Dr. Luis Scervino, Dr. Benjamín Surace, Dr. Mario Lugones y el Dr. Saúl Flores.

pleto imposible e injusto: como sociedad, no podemos permitir esto." En este sentido, añadió, "necesitamos avanzar hacia respuestas desde los sistemas de salud para generar fuentes de financiación." La conformación de un pool de riesgo, señaló Tobar, haría más fácil la gestión de las EC.

Como quinto rasgo de las EC, Tobar remarcó que tienen una curva de costos que las diferencia: "En las EC, el gasto del tratamiento no se estabiliza y es cada vez más caro." Además, sus costos están altamente concentrados en medicamentos y la presión de la judicialización es especialmente marcada en el caso de las EC. Por último, las EC tienen un alto impacto distributivo.

A modo de conclusión, Tobar enfatizó que "es indispensable y urgente que mejoremos nuestra capacidad de respuesta." A la hora de las propuestas, el doctor postuló la necesidad de generar un seguro universal para las EC, separado del resto de la financiación, para generar así una discriminación positiva de las EC.

El doctor Scervino, por su parte, comenzó su presentación aportando una diferenciación de suma importancia: distinguió entre Enfermedades Catastróficas y Situaciones Catastróficas: si las primeras, estableció, responden a las características que ya había brindado Tobar y resultan relativamente fáciles de identificar, las segundas no son fácilmente reconocibles. "Es el caso, por ejemplo, de lo que ocurre en los hogares para la tercera edad y en los casos de demencia", ejemplificó.

Más tarde, Scervino se centró en el hecho de que el impacto económico de las EC "viene de la mano de las nuevas tecnologías y la aplicación de medicamentos biológicos." Así, el doctor describió esta problemática desde los diferentes actores del sistema. El paciente, detalló, exige acceso a la última tecnología y asume su efectividad sin importarle el costo; el médico tiende a indicar el tratamiento; el financiador se preocupa por el costo y, por último, el complejo médico-industrial invierte en nuevas drogas y tiende a orientarse a la

efectividad marginal. Las nuevas tecnologías, en definitiva, señaló Scervino, "crecen inexorablemente, tienen un alto costo y una efectividad incierta", lo que significa un alto impacto sobre el gasto de los sistemas. En este sentido, recalcó, "las EC representan un nicho de mercado para la industria farmacéutica y muchas veces la calidad de la evidencia para la eficacia clínica y la seguridad es baja."

Como propuesta, el doctor señaló que es necesario que la cobertura de las EC se dé mediante "una canasta explícita de servicios de salud asegurados" y que resulta vital priorizar los objetivos sanitarios y la búsqueda de consensos.

El doctor Flores, por su parte, aportó un panorama realista desde su experiencia de gestión en el sector público. "El tema es cómo el Estado se organiza para responder a las EC", adelantó. Como primer obstáculo, especificó, "muchas veces las EC se confunden con enfermedades raras: no está del todo clara la diferencia."

"Para poder definir un modelo de financiación, los estados provin-



ciales tenemos que definir antes un modelo de atención”, enfatizó Flores. En este sentido, el Ministro agregó que resulta vital nominar a la población, “para poder tomar decisiones racionales y previsibles”. “El imperativo ético que se nos impone frente a las EC lleva a un imperativo técnico”, subrayó Flores. Por eso es necesario, señaló, implementar protocolos de tratamiento para las EC. Los consensos, por un lado, y la conformación de un instituto de evaluación tecnológica, por el otro, conforman, según el Ministro, el primer paso para poder dar una respuesta adecuada a las EC. “Es importante que el gasto médico se convierta en inversión”, concluyó Flores.

¿CUÁLES SON? ¿CÓMO PRIORIZARLAS?

La segunda mesa, que abordó el dilema de *¿Cuáles son las Enfermedades Catastróficas y cómo priorizarlas para organizar respuestas adecuadas?*, tuvo al Dr. Andrés Pichón-Riviere, Director del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria), como presidente y al Dr. Carlos Regazzoni, Ex Subsecretario de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, como su coordinador. Quienes presentaron sus disertaciones fueron el Dr. Esteban Lifschitz, Coordinador del eje Teoría de la Salud Pública, Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud - Facultad de Medicina - UBA, el Dr. Juan Pollola, Presidente del Instituto William Os-

ler de patologías especiales, y la Dra. Virginia Llera, Fundadora de la primera organización de enfermedades raras y drogas huérfanas en Latinoamérica.

Como presidente y disertante de la mesa, el doctor Pichón-Riviere abrió el panel con una introducción al tema, en la que presentó los rasgos del escenario actual en materia de salud. El gran desarrollo de las nuevas tecnologías sanitarias para EC, señaló, es lo que define la agenda actual. “Las nuevas tecnologías tienen aspectos positivos, traen soluciones; pero también rasgos negativos, pues implican mayores costos”, destacó el doctor. Por eso, Pichón-Riviere planteó la pregunta de si es necesario regular la incorporación de nuevas drogas. “Ya que los recursos son limitados, se corre el riesgo de que la incorporación indiscriminada de nuevas drogas pueda implicar una disminución de los recursos para intervenciones más importantes.” Así, lo que resulta esencial es identificar cuáles son los medicamentos que tienen buena evidencia de efectividad: “No es lo mismo evidencia para la licencia que evidencia para la cobertura; hay que incorporar el criterio de costo-efectividad”, enfatizó Pichón-Riviere.

La doctora Llera se centró en la diferenciación entre Enfermedades Catastróficas y Enfermedades Raras (ER): “En la Argentina no están muy claras las diferencias, sobre todo desde la perspectiva jurídica”, advirtió. La de ER, explicó, es una categoría que surgió en Estados Unidos, en 1983, a través del Acta de Drogas Huérfanas. Comentó la

doctora que “surgieron desde la perspectiva de la producción de medicamentos, a través de una ley del tipo *pull and push*, que tienen un objetivo meramente económico.”

La definición de ER, detalló Llera, cambia de país en país, dependiendo de la incidencia de este tipo de patologías. En la Argentina, la Ley 26.689 de 2011 las denomina Enfermedades Poco Frecuentes, aunque, a la hora de definir las, no utiliza la categoría de frecuencia sino la de prevalencia: según las define la Ley, son las que afectan a una de entre dos mil personas. Más adelante en su exposición, la doctora aclaró que “no todas las enfermedades raras son enfermedades catastróficas” y que no todas las ER son de alto costo. “Las ER implican un desafío que cruza las fronteras dentro del sector de la salud; por eso se necesitan negociaciones en bloque”, postuló Llera. Como conclusión, la doctora detalló que “las soluciones implican la inclusión de investigación y desarrollo en los planes maestros.”

El doctor Pollola, por su parte, se enfocó en el manejo práctico de las EC. “No importa de cuánto dinero se disponga, en salud siempre se gasta más”, remarcó. En este escenario, enfatizó, “somos defensores de la medicina basada en la evidencia: si se baja la exigencia en la evaluación de ésta, se empiezan a filtrar errores. Del nivel de evidencia que se exija para los tratamientos de EC surge qué se va a financiar.”

¿Qué hacer para manejar las EC? “El objetivo es darle al paciente que padece una EC el mejor tratamiento comprobado, tanto desde la calidad médica como desde el uso racional de recursos”, remarcó Pollola. “Si nos imbuimos de la filosofía del mejor tratamiento comprobado vamos a tener resultados espectaculares”, concluyó Pollola.

Cómo priorizar las EC fue la pregunta en que se centró el doctor Lifschitz. En primer lugar, el doctor dejó planteado que el objetivo unitario debe ser la equidad en salud. Frente a esto, resulta preocupante comprobar que “muchos tratamientos para las EC no tienen evidencia de calidad que los avale: todos los



Dr. Juan Pollola, Dr. Andrés Pichón-Riviere, Dra. Virginia Llera, Dr. Esteban Lifschitz y el Dr. Carlos Regazzoni.

medicamentos deberían pasar por varias evaluaciones."

El doctor pasó luego a listar los criterios de selección para decidir, a nivel del sistema de salud, qué EC cubrir: el costo unitario, el *benchmarking* o experiencias previas realizadas en otros países, y la incidencia/prevalencia. Como propuesta concreta, Lifschitz acercó un método combinado, que asocia el costo unitario con la incidencia/prevalencia y resulta en una escala de mayor

a menor. "Es falaz pensar que con sólo declarar que queremos salud para todos esto ocurre", concluyó el doctor.

Luego de las disertaciones de los panelistas, el coordinador, doctor Regazzoni, señaló que "sin solidaridad no hay ninguna posibilidad de encontrar solución para las EC."

¿CÓMO FORJAR PROTECCIONES?

¿Cómo construir protecciones frente a las Enfermedades Catastróficas? fue la pregunta que abordaron los especialistas que conformaron la tercer mesa: el Dr. Federico Tobar, el Dr. Adriano Castronuovo, Director Ejecutivo de Novartis Argentina, el Dr. Ventura Simonovich, Coordinador del Área Ensayos Clínicos del Hospital Italiano, y el Dr. Hugo Arce, Director del Departamento de Salud Pública -UBA-. Los disertantes contaron con la coordinación del Dr. Esteban



Dr. Esteban Lifschitz, Dr. Hugo Arce, Dr. Néstor Vázquez, Dr. Ventura Simonovich y el Dr. Adriano Castronuovo.

Lifschitz y tuvieron al Dr. Néstor Vázquez, Director del Departamento de Salud Pública de la UBA, como presidente.

A través de otro video, Tobar comentó que "las EC también son una catástrofe para los financiadores." Por eso acercó, como propuesta, un modelo de gestión para las EC: el SENE (Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas), que aseguraría la atención de cada patología en un centro de salud acreditado, conforme a protocolos que garantizan un tratamiento seguro y adecuado.

El doctor Ventura Simonovich comenzó su presentación exponiendo las ideas madre en relación a los fármacos para las EC. "Todos los fármacos deben ser eficaces y seguros en el mundo real, deben ser usados como se espera que lo hagan, la información sobre ellos debe estar totalmente disponible y no se deben cubrir fármacos que no sean eficaces o seguros", aclaró.

A la hora de analizar el costo de los fármacos, el doctor comparó los 1.500 millones de dólares que se invierten en el desarrollo de un medicamento biológico (IMS 2013) con los seis millones de pesos que, en nuestro país, costó el desarrollo del Racotumomab. "¿Quiere decir que nuestro medicamento está mal?: no. Hay algo en la brecha entre los dos números que oculta algo", advirtió Ventura Simonovich.

Luego de enumerar las barreras que existen para el cumplimiento de las guías de práctica clínica entre los profesionales médicos, el doctor sintetizó: "Los pacientes tienen que acceder a los mejores tratamientos disponibles, pero los mejores tratamientos no siempre son los más caros." Además, agregó, para promover el cumplimiento de los consensos, "todos los actores deben estar involucrados en la confección de las guías de prácticas clínicas." "Se trata del triunfo de la insistencia sobre la experiencia."



CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Lima 355 4 J - CABA. (5411) 15 4472 3423 - www.cemptra.org.ar - administracion@cemptra.org.ar

El doctor Arce comenzó formulando una pregunta clave: las EC, ¿pueden ser tratadas solamente desde el sector público? "Si para financiarlas vamos a pensar en un seguro, adelante, no puede ser sólo del sector público: debemos entenderlo en el más amplio aspecto posible", remarcó. Por otro lado, el doctor detalló que "la cobertura de las EC debería ser interpretada como un reaseguro, que debe ser actuarialmente viable."

Uno de los problemas que se encuentran en el momento mismo de buscar una solución para las EC es que "en la Argentina no tenemos identificada a la población", subrayó el doctor. Por eso, concluyó, resulta prioritario identificarla para cubrirla. "Las EC, sintetizó, deben ser objeto de una cobertura especial."

Más adelante, el doctor Castronuovo, de Novartis, adelantó que "somos parte del problema, seamos también parte de la solución." Teniendo como objetivo minimizar la brecha entre la evolución del valor del pagador y la incertidumbre de la evidencia disponible, Castronuovo postuló que los Acuerdos de Acceso Gerenciados, entendidos como un contrato entre un productor y un pagador o proveedor que permite el acceso a una tecnología médica sujeto a condiciones específicas, pueden ser un paso importante hacia la solución. "El problema no es de precio sino de valor", aclaró.

¿Y CÓMO COSTEARLAS?

La cuarta mesa se preguntó *¿Cómo costear las Enfermedades Catastróficas?*, y tuvo al Dr. Miguel Pujol, Director de la Maestría en Gestión y Economía de la Salud -UBA-, como presidente y al Dr. Adolfo Sánchez de León, Docente de la Cátedra de Salud Pública UNICEN, como coordinador. El Dr. Ricardo Bellagio, Ex Superintendente de Servicios de Salud, la Dra. María Metelli, Directora del Departamento de Matemática de la Facultad de Economía de la UBA, la Dra. Gabriela Hamilton, Directora de Programas Sanitarios de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Matanza, y el Dr. Juan Pollola, conformaron el panel de discusión.

El doctor Pollola brindó una pre-



Dr. Adolfo Sánchez de León, Dra. Gabriela Hamilton, Dr. Miguel Pujol, Dra. María A. Metelli, Dr. Ricardo Bellagio y el Dr. Juan Pollola.

sentación sobre la experiencia práctica en evaluación de costo médico para las EC en Patologías Especiales S.A., la entidad que preside. "Dado que son enfermedades crónicas, señaló, son una oportunidad porque, a lo largo del tiempo, permiten prever cuánto se va a gastar en tratamientos." Sintetizó también los resultados del cálculo estimativo: si la cápita inicial, para una población de 2 millones 750 mil beneficiarios, era de setenta centavos de dólar, la cápita actual asciende a un dólar.

La doctora Metelli, por su parte, acercó un enfoque actuarial a la problemática. "Para determinar el costo de las EC, hay que tener en cuenta la frecuencia de los sucesos y cuál es el costo promedio de cada patología", destacó. Pero además, advirtió, también hay que considerar las medidas de variabilidad. Para definir el costo, añadió, "lo importante es cómo se va a realizar la selección de riesgos."

Más tarde, fue la doctora Hamilton la que se refirió a la metodología para el cálculo de costos de las EC, "en el marco del deber ser" ya que, recordó, "con las EC se empobrecen los financiadores y las familias." La doctora presentó una metodología clásica para la determinación del costo farmacológico, en la que se contempla el costo unitario de la medicación y el costo promedio por año. Los datos, agregó Hamilton, arrojan un costo medio ponderado. Pero, estableció la doctora, existen tres escenarios alterativos que pueden ayudar a gestionar mejor los costos de las EC. Frente al costo actual, la exención impositiva del IVA implicaría un escenario mejorado; también las compras centralizadas podrían implicar reducciones de los

costos: por ejemplo, señaló Hamilton, "Brasil tiene una ley que obliga a los laboratorios a reducir un 25% el precio para venderle al Estado." El último escenario, sintetizó la doctora, "combina exención impositiva, compras centralizadas y uso racional de los medicamentos, y significaría una reducción de costos del 80%."

El ex Superintendente de Servicios de Salud, doctor Ricardo Bellagio, comenzó destacando que "en la Argentina, uno de los problemas centrales a la hora de pensar cómo costear las EC es que los datos que tenemos no son confiables."

El sector público, explicitó Bellagio, no posee ningún pool de riesgo y "es el más castigado". La Seguridad Social, por su parte, cuenta con el programa SUR, mientras que el subsector de la medicina prepaga, aunque en general no cuenta con un pool de riesgo, funciona por voluntades asociadas y, muchas veces, termina utilizando el SUR.

"Para determinar cómo costear una EC primero tenemos que saber cuál es la estructura de costo en salud en la Argentina", advirtió el ex Superintendente. Así, Bellagio reveló que, en nuestro país, sólo el 13% de los recursos se utiliza en el primer nivel de atención. "Este es el problema", subrayó.

En sus conclusiones, Bellagio destacó que "se necesita una política de salud nacional que nos diga hacia dónde vamos." Por último, coincidió en que "tiene que haber un pool de riesgo único para las EC." □

Nota de la Redacción: Estimado lector en el siguiente link: <http://www.fsg.org.ar>, puede acceder a los videos y presentaciones completos de este informe.

Precisión al Servicio de la Salud



VIDT CENTRO MEDICO

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

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensional

Radiocirugía Estereotáxica

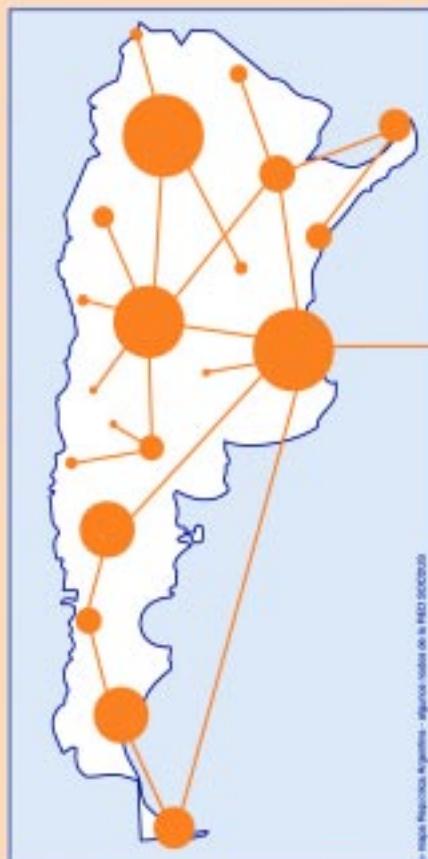
Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal

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



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008



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 / CI**
Av. Belgrano 1683, 3º piso
Capital Federal, C.P. (1093)
(011) 4371-1095 (líneas rotativas)
info@socodus.com.ar www.socodus.com.ar
Consultorios Propios
Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)

Otra década perdida en Salud



Por el Lic. Carlos Vassallo (*)

Una vez más intentando escribir algo interesante e innovador sobre el conglomerado de la salud de la Argentina. Conste que lo llame conglomerado para no llamarlo sistema, término que no describe el funcionamiento del mismo.

Agobiado como muchos por la inercia y la ausencia de debate e información que asola al sector salud encuentro consuelo en un texto de Sarmiento escrito en 1842 en el Diario El Mercurio "Escribir por escribir es la profesión de los vanidosos y los indiferentes sin principios y sin verdadero patriotismo, escribir para insultar es la de los malvados y la de los estúpidos, escribir para regenerar es el deber de los que estudian las necesidades de la época"

Estamos nuevamente inmersos como en otras oportunidades en una coyuntura macroeconómica difícil: inflación, baja de la actividad económica, déficit fiscal y carencia de crédito. Y así podría seguir describiendo la situación que impacta fuertemente sobre la microeconomía de las empresas y organizaciones. No sólo que ya no hay referencias a reformas o procesos de renovación dentro del conglomerado sea público, privado o de la seguridad social sino que los actores viven el día a día. ¿Quién puede preocuparse por la eficiencia y la calidad con una situación macroeconómica turbulenta como la que vivimos? Nuevamente vuelve a campear como en muchos momentos de la vida económica argentina no el gestor y administrador de negocios que construye ladrillo por ladrillo sino el financista que sabe cuando entrar y cuando salir, como armar su portfolio, y como moverse en un mundo que es más financiero que operativo.

Salud no es un avión que se pueda poner en piloto automático, la gestión requiere un trabajo personalizado, un monitoreo de cerca del tablero que evite caer en las turbulencias de la macro porque luego será difícil salir indemne. Seguramente como ha sucedido históricamente en el país alguna situación se le encuentra para evitar la quiebra, pero cuando existen daños internos frutos del manejo poco profesional esto erosiona las organizaciones.

El sector salud se parece cada vez más a una familia empobrecida, que no puede mirar más allá de cómo comer mañana y cubrir con las responsabilidades básicas pero se encuentra inmobilizada física y mentalmente para pensar cómo rediseñar el sistema para ser sustentable nuevamente.

Lo lamentable como siempre es el tiempo perdido durante la "década ganada" para realizar algunos ajustes y transformaciones al funcionamiento del sector salud. Momentos claves entre la salida de la caída y resurrección que podríamos ubicar entre 2001-2003 (recordemos que en mayo asumió Néstor Kirchner) y aproximadamente en el año 2010 donde ya el gobierno comenzó a poner parches y realizar enjuagues que fueron socavando la economía argentina.

Es decir tuvimos unan ventana de oportunidad para ordenar y direccionar el conglomerado sanitario que se abrió entre el año 2004 y el 2010 y nuevamente desaprovechamos la oportunidad. Es esto casualidad o existen causas que hacen al sector muy rígido a los cambios cuando hay recursos que fluyen y lo alimentan. Para decirlo brutalmente "No importa demasiado la inequidad y desigualdad del acceso, los resultados y la calidad de los servicios de salud, lo que importa es que el recurso siga fluyendo a las provincias, a la seguridad social o las prepagas y de allí derrame a los prestadores"; La nave va.

La definición de eficiencia institucional es más ubicua que su homóloga en la economía institucional (ambas proponen una solución explicativa darwiniana al cambio institucional, en el largo plazo sólo sobreviven las instituciones más eficientes). Sin embargo la mirada institucional permite reconocer que la relativa autonomía de las ideologías y los códigos de conducta permiten la supervivencia de instituciones ineficientes durante considerables intervalos de tiempo. Quizás hay tiempo de reconocer que hay actores que ganan con el estatus quo del sector salud cuando éste se recupera y las oportunidades son los momentos en los cuales entra en crisis.

Por eso es necesario contar con ideas y planes que superen la coyuntura y la emergencia. Tenemos que superar experiencias pasadas que sólo nos llevaron a salir de la emergencia para volver a reproducir el modelo vigente sin aportar ninguna innovación o transformación importante del sector salud. Si salud también tuvo una gran oportunidad perdida desde el 2004 en adelante donde ya habíamos asomado la cabeza del agua y había que nadar.

Con un sistema tan fraccionado los cambios no los puede hacer un ministro superhéroe sino que hay que construirlos a través de espacio de consensos y acuerdos institucionales que le muestren a la clase política el rumbo de las reformas del sector. Lo peor es no tener un plan y eso es lo que hay que construir en estas épocas.

La magnitud de los problemas de seguridad, educación, desarrollo económico y otros parecen estar por encima del sector salud por una situación bien concreta afectan a todos los sectores sociales (desde los más ricos hasta los más pobres). Pero en el caso del acceso y calidad de los servicios de salud está en la agenda de los pobres que no tienen voz, ni influencia y que no se reconocen ciudadanos para reclamar derechos. Si me preguntan qué debemos priorizar en los próximos años es justamente un sendero de reformas del sistema público de salud donde se atienden los desclasados de la Argentina. En el resto que es la mayoría se deberá aplicar las regulaciones e introducir algunas políticas de mayor equidad, pero acordemos que a la seguridad social y a las prepagas hay que darles reglas claras y establecer rígidos mecanismos de control y supervisión para evitar abusos y dejar que se administren como lo han venido haciendo hasta ahora. El Pami es una organización demasiado importante como para dejarla girar libremente al antojo del administrador – gerente. El Pami es clave para reconstruir una política pública de salud y en consecuencia tiene que existir sintonía fina entre el ministerio, el Pami y la Superintendencia de Servicios de Salud y no perros y gatos jugando a quien tiene más poder. En ese juego de suma cero uno se anula con el otro y un sector con escasas posibilidades de estar en la agenda por lo antedicho anula su capacidad de gobernanza. □

(*) Carlos Vassallo - Miembro del Grupo PAIS
vassalloc@gmail.com
www.inclusionosalud.org



Facultad de Ciencias Médicas

Doctorado

Doctorado en Ciencias Biomédicas

Maestrías

Ética Biomédica

Cursos de Posgrado

Cirugía Laparoscópica Básica

Cirugía General

Transplantología

Microcirugía

Cirugía Reconstructiva con Colgajos

Cirugía de Hombro y Codo

Quemaduras

Autismo y Síndrome de Asperger

Glaucoma

Alta Gestión de Calidad en Servicios de Salud

Auditoría Médica

Psiquiatría Forense

Epidemiología Clínica

Actualización en Otorrinolaringología

Emergentología y Trauma

Gerenciamiento Estratégico de Empresas de la Salud.

Fisiología Hiperbárica, Clínica Hiperbárica y Buceo.

Oncología Farmacológica

Oncología molecular

Electrofisiología Cardíaca

El Congreso Nacional es la Agencia de Evaluación de Tecnologías



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

El art. 1 del decreto 492/95 estableció que los beneficiarios de las obras sociales que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud, tendrían derecho a recibir las prestaciones médicas asistenciales que debían ser aprobadas por el Ministerio de Salud y Acción Social, cuyo nombre sería PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (en adelante, PMO).

Como contrapartida, aparecía la obligación para las obras sociales de brindar el PMO a sus beneficiarios.

A su vez, la resolución n° 247/96, emitida por el Ministerio de Salud y Acción Social, aprobó el primer PMO.

Es decir, hace aproximadamente 18 años existe, en cabeza de las obras sociales, la obligación de brindar una canasta mínima de prestaciones (PMO) a sus beneficiarios.

El establecimiento de una canasta mínima de prestaciones es un instrumento de gran utilidad potencial en el diseño de una política de salud racional, teniendo en cuenta la previsible evolución de la innovación tecnológica en salud, la incalculable necesidad de asistencia sanitaria y la inevitable limitación de recursos.

El conjunto de prestaciones puede contribuir a alcanzar diversos objetivos de la política de salud: promoción y prevención de la salud, suficiencia financiera, control del gasto, eficiencia, equidad, seguridad jurídica, participación social, etc.

La elaboración del conjunto de prestaciones debe tener en cuenta tanto los objetivos de la política de salud, como el contexto y las caracte-

terísticas del sistema en que se aplica. El concepto de conjunto de prestaciones pretende reconocer la incorporación de nuevas tecnologías y garantizar un mínimo de servicios esenciales a toda la población o a colectivos especialmente desfavorecidos.

Si no se examina el problema de la limitación de recursos, de la capacidad finita para satisfacer las necesidades inagotables y no se aplican soluciones apropiadas, el sistema genera formas espontáneas de racionamiento listas de espera, insuficiente accesibilidad geográfica por falta de infraestructuras, reducción del tiempo medio por consulta y otras formas de deterioro de la calidad de los servicios- que suelen tener efectos negativos sobre la equidad y la eficiencia del servicio de salud.

En resumen, a nuestro juicio, lo que caracteriza una canasta mínima de prestaciones es que constituye una lista lo más detallada y específica posible de servicios, que se haya establecido su viabilidad financiera y las condiciones de acceso efectivo.

De acuerdo con Antoñanzas, Rovira y Badía (1999), la definición de las prestaciones puede hacerse atendiendo a los siguientes elementos:

- 1) Las diferentes enfermedades o situaciones de riesgo.
- 2) Las tecnologías de salud o procedimientos terapéuticos específicos (según la OMS, son las técnicas, métodos y sistemas

organizativos, además de cualquier medida orientada a promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar la enfermedad, así como a rehabilitar a los enfermos y a los incapacitados).

- 3) Los pares de estado de necesidad-tecnología (o servicio). El estado de necesidad se refiere a una enfermedad o situación de riesgo.

A solo título enunciativo mencionaremos algunas necesidades que deben considerarse para la aplicación de canastas de prestaciones:

1. Revisión y actualización periódica del conjunto de prestaciones.
2. Viabilidad económica y financiera futura del conjunto de prestaciones.
3. Que una institución asuma el liderazgo político y técnico sobre la materia.
4. Asegurar la participación de proveedores de los servicios de salud y de los usuarios.

La última actualización integral del PMO en nuestro país se realizó por vía de la Resolución del Ministerio de Salud 310/04, publicada en el Boletín Oficial el día 15 de abril de 2004; es decir, hace poco más de diez años.

Luego de ello, se produjeron algunas inclusiones aisladas de prácticas médico-asistenciales al PMO, pero —reiteramos— no se produjeron más actualizaciones integrales y armónicas.

La omisión de esta actualización

completa, inequívocamente, hace que toda la sociedad en general y los actores vinculados con el sistema de salud en particular, pierdan credibilidad respecto del contenido actual del PMO.

Esa sensación produce muchas consecuencias disvaliosas para el sistema, entre otras, que proliferen acciones judiciales que tienen por objeto la cobertura de prestaciones que no están incluidas en el PMO. A su vez, los propios jueces desconfían del alcance y eficacia del PMO y terminan emitiendo numerosos pro-

nunciamentos judiciales que hacen lugar a esas coberturas.

LAS LEYES QUE INCORPORARON PRESTACIONES AL PMO

Por su parte, el Congreso Nacional sancionó numerosas leyes en los últimos años, que agregaron prestaciones obligatorias para las obras sociales nacionales.

A modo de ejemplo, y sólo para referirnos a los últimos años, podemos señalar:

- LEY 24.455 - HIV
- LEY 24.901 - DISCAPACIDAD
- LEY 25.421 - SALUD MENTAL
- LEY 25.649 - MEDICAMENTOS GENÉRICOS
- LEY 25.673 - SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- LEY 26.130 - LIGADURA DE TROMPAS / VASECTOMÍA
- LEY 24.788 – ALCOHOLISMO Créase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol. Incluyese a la patología del alcohol dentro de las coberturas que deberán reconocer las Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepago
- LEY 25.404 - EPILEPSIA
- LEY 25.415 HIPOACUSIA Créase el Programa de Detección Temprana de Hipoacusia. Incluyese a la patología del alcohol dentro de las coberturas que deberán reconocer las Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepago
- LEY 25.929 DERECHOS DE LOS PADRES Y PERSONAS RECIÉN NACIDAS. Protección del embarazo y recién nacido.

- LEY 26.396, TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Declárase de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.
- Ley 26.588 CELIAQUIA. Declárase de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca.
- Ley 26.529, DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO . MUERTE DIGNA
- Ley 26.586. DROGADICCION Créase el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas.
- Ley 26.743 LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO – Cambio de Sexo.
- Ley 26.862 FERTILIZACION ASISTIDA. acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción medicamente asistida.

Este modo de incluir prestaciones en la seguridad social perjudica la armonía que debe tener todo sistema de salud. Ello así pues la inclusión de alguna prestación médico-asistencial en el PMO debe ser producto del estudio previo de necesidades de la población, del financiamiento aplicable a esas prestaciones, debe tener mira en el conjunto de las prestaciones incluidas en la canasta y, además, ser reflejo de los estándares axiológicos de la sociedad.

Cabe señalar que es necesario revisar el contenido de la canasta mínima de prestaciones, porque varían las necesidades de salud, los recursos disponibles, los factores que determinan la relación costo-efectividad y, además, aparecen nuevas tecnologías.

A efectos de evitar las distorsiones que se producen en esta materia y aprovechando la experiencia de ejemplos comparados en esta materia, sugerimos la adopción de las siguientes medidas, tendientes a obtener una canasta mínima de prestaciones sustentable, creíble y eficaz:

- 1°) Crear una Agencia de Evaluación de Tecnología de carácter mixto, que esté conducida por el Estado Nacional, pero en donde estén representados los financiadores, los prestadores, instituciones académicas y los propios usuarios.
- 2°) Fijar plazos de revisión periódica de la canasta mínima de prestaciones; por ejemplo de modo anual o bianual.
- 3°) Establecer métodos de ingreso y egreso de prestaciones médico-asistenciales a la canasta mínima de prestaciones.
- 4°) Determinar el modo de financiamiento de las prestaciones médico-asistenciales.
- 5°) Establecer mecanismos de solución de conflictos en esta materia, de carácter administrativo y obligatorio. □

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

El timbre de lo de Frías



Por el Lic. Patricio Pasman

patricio@pasman.com.ar

De chico solía andar en bicicleta por el barrio buscando amigos. En alguna casa a veces nos encontrábamos con un cartel en la puerta que avisaba “el timbre no anda”. Esta advertencia significaba que uno debía pasar directamente a tocar la puerta de casa.

Mi madre me contó que cuando ella era chica, en una casa del barrio donde vivía la familia Frías, había un letrero muy curioso que decía: “el timbre no anda...ni andará”. Seguramente cansados de arreglarlo, “los Frías” optaron por prescindir del timbre y volver a que la gente tocara la puerta de su casa, pero al no quitar el botón, decidieron poner ese cartel.

Desde el año 2007 el Gobierno decidió implementar como política antiinflacionaria el control de precios. Un conjunto de funcionarios expertos analiza los costos de las empresas y decide cuánto debe valer el producto que comercializa. La Argentina es uno de los países con mayor inflación del mundo. Pese al fracaso de esta política, paradójicamente la mayoría de la población aprueba este control. Acepta mansamente que los culpables de la inflación son las empresas. Empresarios o gerentes inescrupulosos sólo desean llenarse sus bolsillos. Pareciera que en los demás países con muy baja inflación los empresarios son distintos y siempre ponen por encima el bien común al lucro propio....

Al igual que el timbre de lo de Frías, el control de precios no anda ni andará.

A esta altura de la nota, algunos pueden creer que estoy a favor de la ley de la selva y que considero que la libertad del mercado debe ser total. No creo que esto pueda ser así en ningún mercado y menos en la salud.

El responsable de la salud de la población es el Estado. El sistema privado debe ser complementario como ocurre en la mayoría de los países, y no sustitutivo del sistema público como lamentablemente sucede en la Argentina.

Estoy a favor de la regulación de las EMP (Entidades de Medicina Prepaga) y de varios artículos de la ley que garanticen un comercio justo y eviten abusos de las empresas con respecto a los precios de los planes. Por ejemplo, existe un vínculo asimétrico entre una EMP y un asociado mayor de 65 años o con alguna patología muy grave. De alguna manera se encuentra “cautivo” de esa EMP, y la regulación, con muy buen criterio, prohíbe realizar aumentos de precio discriminatoriales a personas, grupos de patologías o determinados rangos etarios.

Es necesario regular y transparentar cómo deben

confeccionarse las listas de precios y que una persona conozca de antemano cuando se asocia a una EMP cuánto serán sus incrementos en el momento que cambie de rango etario. Algunas EMP en el pasado enviaban cartas a los asociados deseándoles un “feliz cumpleaños” e informando que su cuota por ejemplo aumentaba más de un 100%, situación que era desconocida hasta ese momento por el cliente. Debemos debatir con información actuarial el aumento de costos entre rangos etarios, pero considero correcto regularlo y transparentarlo al asociado cuando ingresa al sistema.

También considero correcto regular la cobertura de los planes y, al igual que en la Reforma de Salud de los EE.UU. impulsada por el Presidente Obama, la forma como deben presentarse al mercado. Simplifica al usuario la compra de un plan y garantiza una competencia justa y transparente. Previo al PMO, por ejemplo, un asociado se enteraba que su cobertura incluía sólo 20 días de terapia intensiva, en el momento que lo necesitaba. Es necesario analizar y evaluar la conveniencia de autorizar planes parciales o módulos opcionales bien definidos, como por ejemplo separar la odontología u otras coberturas complementarias. Comercializar planes médicos, no es similar a vender latas de tomate, y por consiguiente, las normativas con respecto al grado de regulación y libertad, no pueden ser las mismas.

En resumen creo enormemente en las ventajas de la competencia con reglas de juego claras.

Con “control de precios”, me refiero a que sea el Estado el que defina y autorice el porcentaje de los aumentos de precios o lo que es aún peor, directamente definir el valor. Lamentablemente esto no funciona ni funcionará.

El Estado con la ley actual, de alguna manera, se ha tendido su propia trampa, ya que es políticamente incorrecto, autorizar aumentos de precios. No son “las prepagas” las que aumentan, sino “el Estado que las autoriza”, que intenta reducir el “costo político” y autoriza aumentos muy por debajo de lo requerido. Estas decisiones complican innecesariamente una actividad, que siempre es bueno recordar, sólo cubre al 15% más rico de la población. Seis millones de personas son las que hoy acceden a las EMP, muy lejos de ser la población más vulnerable que necesita mayor protección del Estado.

Al igual que el timbre de lo de Frías, el control de precios no anda ni andará.

El premio Nobel Milton Friedman dijo "Nosotros los economistas no sabemos demasiado, pero lo que sí sabemos es crear escasez. Si usted desea crear una escasez de tomates, por ejemplo, emita una ley por la que los negocios no puedan vender tomates a más de dos centavos por kilo. Instantáneamente tendrá escasez de tomates. Lo mismo sucede con la gasolina o el gas".

A diferencia de otros bienes o servicios, el control de precios no genera hoy en la Medicina Privada escasez. El control de precios genera concentración de mercado y un constante deterioro de la calidad. Continúa y se acelera la venta de pequeñas y medianas prepagas y/o Sanatorios a grandes grupos.

Los financiadores no pueden trasladar a los prestadores los incrementos necesarios para mantener la calidad de la atención. Esto genera diferentes mecanismos de adaptación que deterioran el sistema, por ejemplo la relación médico-paciente. El Dr. Roberto Borrone en una nota reciente lo expresa de esta manera:

El "sistema de adaptación" frente al honorario reducido de la consulta fue el incremento del número de consultas, que redujo drásticamente el tiempo ofrecido a cada paciente (además del pluriempleo). Se cambió calidad por cantidad. Las decisiones que se toman en la consulta marcan, muchas veces, el destino de un paciente, requiere un tiempo para escuchar, para examinarlo minuciosamente, para redactar una historia clínica completa y para explicar al paciente y familiares su dolencia, el tratamiento que se debe instituir, los estudios por efectuar y las perspectivas. Médicos y pacientes nos hemos acostumbrado a consultas de una brevedad extrema. Esto daña a ambas partes. El médico responsable sabe que está menoscabando su profesión y exponiéndose a cometer errores. El paciente no se siente contenido y tiene, muchas veces, la certeza de no haber sido correctamente evaluado. Ambos en definitiva son víctimas de un perverso sistema que ha reemplazado conceptualmente al binomio médico-paciente por el de prestador-cliente.

La tasa de consultas de la medicina privada se ha duplicado en los últimos 10 años.

Hasta hace un tiempo los asociados concurrían entre 4 y 6 veces al año a consultar un médico. Hoy la tasa está entre 8 y 12 veces. Esto obviamente influye en el costo de los planes. Observamos cómo crecen las consultas de homeópatas, osteópatas, RPG, acupuntura, etc., que atienden en forma privada y dedican a sus pacientes el tiempo requerido.

Esta política de controles excesivos, generó que muchos argentinos descubrieran o releyeran el clásico libro de Ayn Rand "La rebelión de Atlas".

"Cuando advierta que para producir necesita obtener autorización de quienes no producen nada; cuando compruebe que el dinero fluye hacia quienes trafican no bienes, sino favores; cuando perciba que muchos se hacen ricos por el soborno y por influencias más que por el trabajo, y que las leyes no lo protegen contra ellos, sino, por el contrario son ellos los que están protegidos contra usted; cuando repare que la corrupción es recompensada y la honradez se convierte en un autosacrificio, entonces podrá, afirmar sin temor a equivocarse, que su sociedad está condenada." AYN RAND (1950) □

MODULOS DE PRESTACIONES SERVICIOS Y COBERTURAS PARA OBRAS SOCIALES MUTUALES Y PREPAGOS

ALTA COMPLEJIDAD
Autorice toda la Alta Complejidad sin altibajos financieros

RED NACIONAL DE PRESTADORES
Su Cartilla Nacional para Especialistas, Tránsito, o Turismo

0800 ATENCIÓN TELEFÓNICA 24x365
Sus afiliados tienen respuesta de una persona en todo momento

ECONOMÍAS DE ESCALA EN MEDICAMENTOS COMPLEJOS
Vademecum abierto Fármacos novedosos Alto costo

MediAr®
medicina de argentina

Av. Paseo Colón 823 4º B C/OSJACICA de BUENOS AIRES
Tel Fax (54 11) 43617146 / 4863 4307-2065 / 1802
0800 222 MEDIAR (633427)
www.medi-ar.com.ar contacto@medi-ar.com.ar

La crisis del Recurso Humano en salud



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Recientemente, en el Foro Mundial de Recursos Humanos en Salud más de 2.000 participantes representando a la mayoría de los países debatieron la problemática de los recursos humanos en salud (RRHHS). Podríamos sintetizar en cuatro, las principales preocupaciones que aquejan a todos estos países:

- 1) la cantidad y distribución del RRHHS,
- 2) sus cualidades y habilidades,
- 3) la migración de los profesionales y técnicos de la salud y
- 4) el mercado laboral de la salud

Si bien los representantes de todos los gobiernos presentaron estos problemas independientemente de su nivel de desarrollo, como era de esperar los problemas más acuciantes lo manifestaron los países más pobres.

La Argentina no es una excepción a la regla y, aunque con ciertos matices y características particulares, presenta una problemática similar en una posición intermedia entre los países más pobres y los más desarrollados.

Desde esta perspectiva podríamos decir que si bien la cantidad global de médicos en nuestro país pareciera más que suficiente con los 160.000 registrados en todo el territorio nacional (1 médico cada 250 habitantes), la distribución y cantidad de algunas especializaciones marcan un escenario muy complejo. Y si ampliamos la mirada hacia otras profesiones del sector como enfermería y las tecnicaturas por ejemplo el panorama se hace sombrío.

Como muy bien lo destaca Javier Vilosio, los médicos migran en dos sentidos: en la geografía y en la especialidad que eligen. Esta definición la podemos ampliar al resto de las profesiones relacionadas con la salud.

La migración geográfica presenta una doble complejidad: la migración hacia otros países y entre las provincias. Ejemplos concretos son la contratación de profesionales de enfermería argentinos por parte de Italia o recientemente la política de contratación de médicos argentinos por parte del Plan Más Médicos de Brasil. A nivel interno se observa un flujo constante de las especialidades más críticas como anestelistas, terapeutas, neonatólogos, traumatólogos, entre otros.

También existe una migración constante entre los

sectores públicos y privados de la salud e incluso al interior del sector público se observan "pases" desde hospitales públicos con leyes de carreras sanitarias rígidas en cuanto a lo salarial, hacia Hospitales con diferentes formas estatutarias y posibilidades más flexibles de contratación.

El mercado laboral aparece aquí como el principal incentivo de estas migraciones tanto internacionales como internas provocando un perjuicio a la provincia o país que invirtió en la formación del RRHHS pero que no logra retenerlo en desmedro de los países o provincias que basan su política de RRHHS en un fuerte reclutamiento por sobre la formación o como complementaria a ella.

Esta situación llevó a la OMS a elaborar un Código Internacional de Buenas Prácticas en RRHHS que básicamente insta a los países más ricos a detener esta política, a centrarse en la formación de su propio RRHHS y a colaborar con los países más pobres en la formación adecuada en cantidad y calidad de los RRHHS.

Pero será en definitiva el mercado laboral el que determine finalmente una cantidad y calidad adecuada de RRHHS que satisfaga las necesidades de la población.

EL PROBLEMA DEL MERCADO LABORAL

En primer lugar debemos replantearnos si los incentivos están correctamente enfocados. La política nacional en salud así como la mayoría de los sistemas provinciales de salud (por no decir todos) están basados, dicen, en la Estrategia de APS y en la Promoción y Prevención de la salud dándole en los papeles un nivel preponderante al primer nivel de atención. Sin embargo esta priorización no se observa a la hora de definir presupuestos o incentivos remunerativos.

Paralelamente a esto, en los últimos tiempos, se viene verificando un cambio en el modelo del RRHHS de uno más vocacional y dispuesto al sacrificio individual con tal de aprender a uno que primero analiza la ecuación económica, el ámbito laboral, y las exigencias horarias antes de aceptar un trabajo.

El Burn Out que producen muchas especialidades así como la inseguridad que está azotando cada vez más a los servicios de salud son otros dos factores que hacen desistir a muchos profesionales de seguir deter-

minada especialidad o de aceptar trabajos en zonas inseguras, lo cual agrava aún más la crisis.

La feminización de la medicina y de otras profesiones de salud es otra característica que se viene verificando cada vez con mayor intensidad y, según muchos especialistas del tema, está relacionado (como causa para algunos, como consecuencia para otros) a una disminución de los ingresos del sector.

Este combo está impactando fuertemente en los sistemas de residencias, en los sistemas de emergencias médicas, en las especializaciones críticas y en general en todo un sistema de formación que también está en crisis. El modelo de una medicina como actividad artesanal en el que el maestro transfiere conocimientos personalizados a sus discípulos ha cambiado definitivamente.

DE CARA AL FUTURO

Un informe elaborado por el Buró de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos señala que en la próxima década, 20 de los 50 tipos de ocupación que más crecerán pertenecen al sector salud, lo que indica que será uno de los sectores más dinámicos en la generación de empleo. Serán necesarios más y mejores trabajadores de salud.

Por otra parte la transición demográfica y epidemiológica así como el impacto de nuevas tecnologías en diagnóstico y tratamiento y una creciente demanda de mayor satisfacción por parte de los usuarios impactarán aún más sobre los sistemas de salud en general y en los RRHHS en particular.

Se deberá ser muy innovativo para incentivar a nuevas generaciones criadas en un mundo globalizado, altamente informatizado, de redes sociales y de mayor confort, en donde sus principales valores no pasan por el aprender a cualquier costa, sino que pasan por los del trabajo confortable, cercano a su vivienda y con mayor tiempo para sí y su familia.

Sin entrar a analizar la falta crítica de algunas especialidades (enfermeros, médicos generalistas, anestesistas, terapeutas, neonatólogos, otros) que demandarán muchos años en formarse, o la falta de recursos humanos formados en gestión, podemos afirmar que el tema que está dominando la problemática del recurso humano, es el cambio cultural que los nuevos profesionales vienen operando.

Nuevos entornos laborales y ambientales deberán crearse, nuevos regímenes de trabajo deberán aprobarse, nuevos incentivos económicos deberán generarse. Las guardias de 24 h., el múltiple empleo o el control horario deberán quedar en el pasado. Una nueva relación con los recursos humanos deberá establecerse y eso implica una revolución en los conceptos de gestión de recursos humanos. Revolución que demandará tanto tiempo como la de formar el recurso humano hoy escaso. Y hoy por hoy, no veo usinas de pensamiento estratégico sobre esta problemática. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública. Jefe de Trabajos Prácticos de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la UNICEN. Integrante del grupo PAIS – Pacto Argentino por la Inclusión en Salud.

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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

LA MEDICINA EN EL CINE

Medicina y farmacia en el Medioevo monástico

El nombre de la Rosa

(Jean-Jaques Annaud - 2004)

SINOPSIS

La película *El nombre de la rosa* constituye una herramienta excelente para ilustrar aspectos de la ciencia y, particularmente, de la medicina-farmacia aún no separadas durante el período medieval. Se basa en la novela homónima de Umberto Eco. Es una trama policíaca medieval útil en la comprensión de algunos matices de la historia de la medicina y de la farmacia. Permite un acercamiento al contexto socio-político de una época oscura, en la que el choque entre la racionalidad y la mentalidad mágico-religiosa condicionaron extraordinariamente el desarrollo de las ciencias y en particular de las ciencias médicas. Nos enfocaremos en el análisis de los aspectos fundamentales de la medicina-farmacia monacal a través de las escenas y los diálogos de la película. ⁽¹⁾

UN SHERLOCK DEL SIGLO XIV QUE SE AYUDA DE LA MEDICINA Y LA FARMACIA

Un cierto día del año de 1327, Fray Guillermo de Baskerville –un monje franciscano y antiguo inquisidor– y su discípulo, el novicio Adso de Melk –que es quien relata la historia–, llegan a una abadía benedictina situada en el norte de la península italiana. Hace poco, en este lugar ha sucedido un terrible hecho: la muerte del joven miniaturista Adelmo da Otranto. El abad encarga a fray Guillermo el esclarecimiento del fallecimiento, pero continúan produciéndose misteriosos asesinatos de monjes que sumen a la abadía en el desconcierto y el pánico, en un momento histórico en el que los frailes tienen la creencia de que se acerca el fin del mundo anunciado en el Apocalipsis. Poco a poco, debido a la perspicacia de fray Guillermo (un Sherlock Holmes

medieval) y la información aportada por algunos monjes, el móvil de los crímenes y los personajes implicados van saliendo a la luz. El nombre de la rosa es una tenebrosa intriga medieval, excelentemente ambientada e interpretada, y constituye una acertada adaptación de la exitosa novela de Umberto Eco. ⁽¹⁾

De forma similar a otras órdenes religiosas, la orden benedictina, siguiendo la Regla establecida por San Benito en el siglo VI, disponía en sus monasterios de servicio médico-farmacéutico, esto es, huerto, botica, hermano sanitario y hospital.

Esta actividad médico-farmacéutica aparece desde el principio. De forma simultánea se muestra la entrada de los dos protagonistas en la abadía benedictina y se presenta al monje sanitario, Severino el herbolario, trabajando el huerto y recolectando plantas medicinales. Posteriormente se hacen diversas referencias a plantas medicinales cultivadas por el propio monje herbolario. ⁽¹⁾

El monje sanitario, colaborador

en la investigación de los crímenes, trabaja fundamentalmente en su laboratorio por lo que diversas escenas se desarrollan en la botica. Ésta presenta el aspecto característico de la época. Los alambiques y las retortas, instrumentos fundamentales en el medioevo para la producción de medicamentos, se reparten por la estancia. Los morteros, manos y balanzas reposan sobre las mesas. Los simples (plantas medicinales) y los compuestos (medicamentos ya preparados) se guardan en cajas, botellas, recipientes de cerámica o bolsas de piel. Los envases -con inscripciones o dibujos identificativos de su contenido-, se alinean en los anaqueles y las bolsas se cuelgan de la pared.

La alimentación y la higiene son los pilares principales de la doctrina médica hipocrático-galénica. Se fundamenta básicamente en la prevención, por lo que la conservación del cuerpo sano mediante una forma de vida razonable, tiene un papel muy importante. La dieta, entendida como una norma de vida saludable que incluye la nutrición y todo lo relacio-

Ficha Técnica:

Ficha técnica (1,3)

Título: *El nombre de la rosa*

Título original: *Der Name der Rose/ The name of the rose*

Año: 1986

Director: Jean-Jacques Annaud

Música: James Horner

Guión: adaptación de Andrew Birkin, Gérard Brach, Howard Franklin y Alain Godard de la novela homónima de Umberto Eco.

Intérpretes: Sean Connery, Christian Slater, Helmut Qualtinger, Elya Baskin, Michael

Lonslade, Volker Prechtel, Feodor Chaliapin Jr., William Hickey, Michael Habeck, Urs

Althaus, Valentina Vargas, Ron Perlman, Leopoldo Trieste, Franco Valobra, Vernon

Dobtcheff, Donald O'Brien (como Donald O'Brian), Andrew Birkin, F. Murray Abraham,

Lucien Bodard, Peter Berling y Pete Lancaster.

Color: color

Duración: 130 minutos

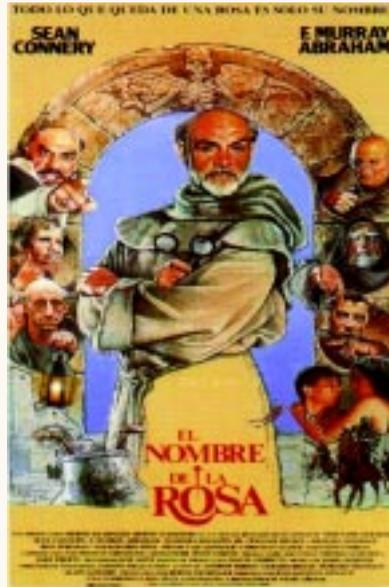
Género: drama, misterio, *thriller*, crimen

Productoras: Cristaldifilm, France 3 Cinéma, Les Films Ariane, Neue Constantin Film, Rai Uno Radiotelevisione Italiana y Zweites Deutsches Fernsehen (ZDF).

nado con la higiene, es el primer instrumento del médico, la denominada "primera intención", antes de proceder con la terapéutica farmacológica y, sólo en última instancia, ha de recurrirse a la cirugía. ⁽¹⁾

También la película ilustra fielmente las normas higiénicas de la época. La cultura del baño en el occidente medieval no gozaba del predicamento que tuvo en la Antigüedad y en el mundo islámico ya que tenía enemigos incansables entre los moralistas. Esta visión de la higiene se hace también manifiesta por su ausencia en las escenas de la vida cotidiana. Con la excepción de la imagen del recibimiento en la abadía en la que se lavan las manos, la imagen de suciedad es constante en la película, a lo que contribuye la reducida iluminación general. La caracterización de los personajes, las manos permanentemente sucias, los hábitos mugrientos, o el consumo de ratas, acrecientan esa sensación. Los residuos de la abadía son arrojados a través de un hueco en los muros, debajo del cual la plebe se agolpa en busca de comida. Los piojos y las pulgas cuya búsqueda e incluso ingesta son reflejados en las imágenes, junto con la presencia de las ratas en todo el monasterio, hace presagiar la aparición de una epidemia de peste como de hecho sucedió en el siglo XIV, momento en el que la peste negra o la muerte negra asoló Europa. Uno de cada tres europeos falleció a consecuencia de esta pandemia producida por *Yersinia pestis* y transmitida por la pulga de la rata negra (*Xenopsylla cheopis*). ⁽¹⁾

Otro aspecto interesante señalado en la película es la minúscula diferencia entre medicamento y



veneno, sólo cuestión de dosis. Severino el herbolario, al ser interrogado acerca de las propiedades del arsénico –con frecuencia utilizado en la terapéutica medieval–, señala esta sutil diferencia: *"El arsénico en dosis pequeñas es útil en los trastornos nerviosos, pero si se administra en dosis elevadas provoca la muerte"*.

Y la diferencia es tan nimia que este fármaco-veneno se convierte en la herramienta perfecta para cometer los crímenes.

El autor, con astucia, suplió las carencias farmacológicas de su veneno ideal al idear la forma de penetración por vía oral: impregnar las páginas de un libro con el veneno para que, al pasar las hojas después de haberse humedecido el dedo con saliva, ejerciera su acción. En función de la dosis, la intoxicación aguda por arsénico puede iniciarse con la aparición de un cuadro gastroentérico grave con

vómitos, dolor abdominal y diarrea, sequedad y ardor de boca y garganta y disfagia que puede evolucionar hacia la muerte por depresión del sistema nervioso central en poco tiempo. ⁽²⁾ Los personajes envenenados presentan diversos de estos síntomas. En particular Berengario, el ayudante del bibliotecario, que pretende paliarlos tomando un baño calmante de hojas de lima. ⁽¹⁾

CONCLUSIONES

La película ilustra con bastante fidelidad la práctica médico-farmacéutica monacal en el bajo medioevo. Según Mariana Landín Pérez, ⁽¹⁾ del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Universidad de Santiago de Compostela, La Coruña (España), la proyección de este filme, dirigida por el profesor hacia los aspectos médicos de la obra, favorece el interés del alumno de historia de la medicina o de historia de la farmacia y por tanto "de ciencias" por temas históricos, ajenos a su formación principal y le ayuda en el establecimiento del contexto sociopolítico, mejorando su formación integral y su comprensión de una época oscura en la que el choque entre la racionalidad y la mentalidad mágico-religiosa condicionaron extraordinariamente el desarrollo de las ciencias y en particular de las ciencias médicas. □

Referencias

1. Lanín Pérez, M. El nombre de la rosa / Der Name der Rose (1986). Aspectos básicos de la medicina-farmacología monacal en el Medioevo. *Rev Med Cine 4 (2008): 41-46*
2. Marruecos L, Nogue S, Nolla J. Toxicología Clínica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica S.A., 1993.
3. http://www.imdb.com/title/tt0091605/?ref_=nv_sr_1



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

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



OSDO
OBRA SOCIAL DE SEGURO

www.osdo.com.ar

Muerte Digna en la práctica

¿Que opinará la Corte Suprema?



Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

Se encuentra sometido a la decisión de la Corte Suprema el caso "D.M.A. s/ declaración de incapacidad" en la que resolverá si corresponde aplicar a un paciente, incurable pero no terminal, "muerte digna" sin autorización judicial previa.

La sentencia tendrá gran trascendencia general.

El procedimiento se suponía habilitado desde junio de 2012, fecha de entrada en vigencia de la ley 26.742, pero, su deficiente técnica legislativa, causó resistencias defensivas en las instituciones médicas que se niegan a aplicarla sin autorización judicial previa y obliga a su "interpretación" por vía judicial.

En casos semejantes ("Bahamondez" y "Albarracini") la Corte ha ejercido su responsabilidad colegislativa sentando doctrina que complementó vacíos legales.

En este sólo deberá salvar, contradicciones y omisiones de la norma cuyo "espíritu" es claro.

PRONÓSTICOS

En "Muerte Digna. Legislemos con buena técnica y para todos" (*Revista Médicos* N° 66 - setiembre de 2011) advertí que el apuro motivado por la mediatización del reclamo de la madre de Camila (que generó siete proyectos de ley) exponía a cometer errores y, lamentablemente, así ocurrió.

En "La ley 26.742 de "Muerte Digna" (N° 70 - julio 2012) "Reglamentación de la Ley de derechos del paciente y Muerte Digna" (1ª Parte - N° 71 - setiembre 2012) y Reglamentación de la ley de muerte digna (2ª Parte - N° 72 - diciembre 2012) expliqué como esos malos augurios se cumplieron sistemáticamente al redactarse el texto de las normas, la ley y su decreto reglamentario, a punto tal que el último ni siquiera es mencionado en el dictamen de la procuradora General de la Nación, pese a que se refiere al tema.

Y que la consecuencia sería que los establecimientos se negarían a administrar la muerte digna sin autorización judicial para autoprotgerse.

EL CASO CLÍNICO Y LA OPINIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA

El paciente se encuentra en estado vegetativo permanente desde hace casi veinte años, irreversible, con lesiones detectadas por RNM luego de sufrir un traumatismo encefalo craneano severo, politraumatismos graves y epilepsia postraumática. Se le diagnosticó "estado vegetativo persistente" es alimentado e hidratado en forma artificial y se le proveen cuidados terapéuticos para el estado vegetativo. No hubo progresos desde 1994.

Se expidieron tres comités todos en sentido favorable a la "muerte digna":

El Comité de Bioética de la Dirección Provincial de Calidad de la Gestión de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén.

El Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva quien agregó que el caso, se encuentra previsto en las "Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico" elaboradas por ese comité.

El Comité de Bioética del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante del Ministerio de Salud de la Nación ("INCUCAI").

Los dos últimos de innegable experiencia y nivel científico calificaron de "fútil" la alimentación e hidratación por ser desproporcionado el empeñamiento de sostener con vida sólo a un cuerpo, aun a costa de la persona moral competente que el paciente fue. El lector se preguntará el porqué ante un caso tan "claro" algunos se opusieron.

LA OPOSICIÓN DE MAYOR PESO

Es la invalidez de decidir "por representación" el final de la vida ajena.

El caso es que el paciente no expresó su voluntad sino que lo hacen sus hermanas una en virtud de ser su curadora y la otra adhiere en virtud de las facultades de representación que le otorga la ley de derechos del paciente a los mismos parientes que pueden decidir la donación de órganos.

El derecho a la vida pertenece al especial grupo de los "derechos personalísimos": la salud, el cuerpo, la libertad, el honor, la intimidad, la imagen, la identidad, el estado civil, la opción de género y sobre todo el derecho a la vida, a los que la doctrina y jurisprudencia le dan una protección muy cuidadosa y restrictiva en cuanto a su disponibilidad aun por el mismo titular (el paciente).

Cuánto más si el que dispone es un representante.

Y lo cierto es que la ley no previó expresamente el caso, teniendo en cuenta que la contingencia "muerte digna resuelta por el representante" era más que previsible: era inevitable: la enorme mayoría de la población, quizás el 99,9 % no tiene dictadas las directivas anticipadas sobre su propia muerte, que requiere la ley.

EL DICTAMEN DE LA PROCURACIÓN GENERAL DE LA NACIÓN:

Se extiende en citas de la ley y de la Corte Suprema sobre disponibilidad de la propia vida.

Hace una crítica acertada de los errores semánticos de los opositores aclarando que basta con que la

enfermedad sea "irreversible e incurable" y que la "terminalidad" no es imprescindible, porque el texto trae la conjunción disyuntiva "O" que la transforma en una segunda opción.

También soluciona otras "cargas semánticas" de la ley que es el agregado de la desproporción entre las medidas y el resultado.

EL GRAN TEMA

Es la disposición de un derecho personalísimo por los parientes en representación donde realiza un ponderable esfuerzo dialéctico.

La ley 26.742 crea la posibilidad de que ante la incapacidad del paciente para prestar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, éste pueda ser prestado por los representantes (flojo en general).

Que en el supuesto de que sea necesario reconstruir cuál es su voluntad, en su ámbito familiar, libre de intromisiones del Estado o de terceros la ley entiende que los familiares son quienes están en mejor posición para saber cuál sería la voluntad del paciente "con quien es probable que él haya discutido acerca de estos temas y expresado sus opiniones al respecto" (argumento decididamente peligroso que invierte la carga de la prueba y permite a los representantes mentir a mansalva).

Cuando evalúa si el derecho a la "vida" está siendo afectado redefine la vida como "vida autónoma" o sea vida digna por oposición a la vida de mala calidad (esto si tiene substancia).

Y califica a la ley 26.529, modificada por la ley 26.742, "reglamentaria" de los grandes derechos personalísimos instituidos por la Constitución Nacional y en los tratados internacionales con jerarquía constitucional.

Si la ley es "reglamentaria" de esos derechos puede, por ejemplo decidir que la decisión de terminarla sea tomada por los representantes.

No son grandes argumentos, salvo los semánticos, en verdad los de fondo son endeble pero de alguna manera había que solucionar las falencias del texto legal.

El "verborrágico" decreto 1089/2012 que sí autoriza a los parientes a solicitar en representación la muerte digna, ni siquiera es mencionado....

Y termina solicitando a la Corte que "arbitre las medidas que estime pertinentes a fin de asegurar la protección efectiva a los derechos constitucionales invocados".

¿QUE PODEMOS ESPERAR?

El caso es perfecto para sentar precedente y seguramente la Corte lo aprovechará, dado la claridad del cuadro médico, el daño cerebral permanente y la nula calidad de la vida que se prolongaría.

Superando sus obligaciones como tribunal, subsanará las omisiones de la ley aclarando cuáles son los requisitos indispensables para administrar la muerte digna sin pasar por la justicia, casi seguro con intervención de comités de ética, tal como lo hizo en los casos de aborto, donde estableció protocolos.

Y seguramente no se le pasará advertir que su fallo no es aplicable a la disponibilidad de la vida recuperable o sea: no es fundamento para oponerse por representación a tratamientos curativos porque en esos casos estaría realmente violando el derecho a la vida permitiendo la muerte por decisión de terceros (ver El Consentimiento Informado en Tratamientos Curativos en el número anterior).

Si el fallo cumple con estas previsiones la ley de muerte digna será, por fin operativa. □

SECCION SALUD

CONDUCTOR
CARLOS ABAD
LUNES 18: 30 HS.
EN VIVO

www.seccionsalud.tv



CANAL 13
CABLEVISIÓN : MULTICANAL



artear



MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500

Globalización



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

Si hay algo en lo que la humanidad se ha globalizado (además de todo lo demás) eso se traduce en la salud de los seres humanos... hoy, los virus y las bacterias viajan en avión, en barco, y hasta navegan electrónicamente, trasladándose de un lugar a otro sin respetar fronteras, banderas o políticas... el planeta humano se ha unificado de un modo singular, y aquello que se expresa como enfermedad en una parte, puede aparecer casi simultáneamente en cualquiera otra, sin discriminar a las personas por ninguna de las condiciones que responden a clasificación tradicional alguna... o lo que es lo mismo, nadie está a salvo de verse afectado por algo otrora impensado.

Desde el momento en que los mosquitos viajan en aviones, supuestamente desinfectados, tomando un ejemplo demasiado burdo, la malaria se ha vuelto una complicación global con variantes, pero malaria al fin. Y así como los mosquitos se han visto beneficiados por la globalización, otros insectos también se han mundializado transportados por negligencias furtivas que hacen de cualquier cosa un negocio, sin medir consecuencias... en tal caso, las especies de reptiles de Birmania trasladadas a los everglades de la Florida son un excelente ejemplo de los dramas consecuentes a la globalización, aunque no el único, y apenas si el mismo puede ser considerado como muestra menor de lo dicho...

En paralelo, aquellos que trafican con las aves, desconocen que las mismas pueden ser portadoras de distintas expresiones del virus de la gripe (entre otras cosas), y dichas aves producen mezclas (mutaciones) que luego aparecen subrepticamente en los lugares menos pensados, tomando por asalto a las ciencias médicas, o bien estableciendo pautas infectológicas desconocidas a profesionales que se enfrentan a tratar patologías casi imposibles de ser reconocidas en urgencias...

En tal sentido los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o en inglés: Center for Disease Control and Prevention) de los Estados Unidos de Norteamérica van más rápido que el resto del mundo, o si se quiere, se han adelantado al problema entendiéndolo como tal, asumiendo que lo que hoy afecta allá, mañana puede repetirse aquí y viceversa, o peor aún, ciertas enfermedades pueden expresarse simultáneamente en dos o más lugares, poniendo en

jaque a los sistemas de salud, habitualmente no preparados para ello... por caso, el brote de la fiebre hemorrágica del ébola en el África occidental que cursa en este preciso momento (abril 2014).

Algunos países acompañan con sus políticas de salud, algunas decisiones y/o recomendaciones de los CDC, pero en su gran mayoría, las mismas son pasadas por alto por las autoridades políticas, dejando librados a sus suertes a los actores profesionales intervinientes que, ya bastante ocupados con sus rutinas, están huérfanos de alertas estratégicas sobre cada particular... traducido, usualmente los estamentos políticos sirven de obstáculo y/o valla que impide que los casos epidemiológicos se reconozcan con la suficiente antelación, alertando de "qué hacer" ante la eventualidad de un imprevisto... Dado el vínculo que mantengo con los CDC, recibiendo los informes con varios meses de antelación a ser publicados, es que efectúo la aseveración precedente, la cual se ve corroborada cuando se me habilita a editar las mismas (también con mucha antelación) en algunos de mis blogs, observando la inmediata repercusión que las mismas tienen... hecho que a veces, me espanta... tanto como los comentarios médicos consecuentes... o los comentarios realizados por personal de enfermería que efectúa prudentes observaciones sobre casos de pacientes que han dejado de serlo por el simple desconocimiento coincidente entre momento + información necesaria + procedimiento adecuado consecuente. Algo que se repite, además, entre profesionales bioquímicos involucrados en emergencias propias de países periféricos que terminan reconociendo tiempos después, cuestiones que los atormentaron en algún pasado relativamente reciente.

Desde luego, el sistema está diseñado para echar culpas o buscar culpables, pero nunca para concentrarse en la solución de los problemas en tiempo y forma, esto es anticipándose a que los mismos ocupen lugar partiendo del principio de "oportunidad"... esto es, alertar antes que el hecho sea tal y se transforme en un problema, en un drama, o en una catástrofe.

Ante ello, es curioso descubrir cómo algunos gobiernos europeos proceden desconociendo el problema, lo cual libera de culpas a cualesquiera de los emergentes que van muy por detrás de cualquier situación, sea por carencia de recursos, sea por negligencias varias, sea

por impericias comunes a un mundo donde las urgencias priman sobre las prioridades.

Reflexionando sobre el particular, y compartiendo dichas reflexiones con algunos amigos que forman parte activa de algún espacio en el concierto de los servicios públicos y/o privados de la salud humana, no me ha sorprendido el saber que no haya oficinas nacionales que conozcan con la suficiente antelación estos casos, haciendo las denuncias o produciendo los alertas correspondientes a los sectores con potencial capacidad para involucrarse en los mismos... o incluso, oficinas nacionales que actuando de manera coordinada con organismos internacionales, establezcan anuncios que informen a la población sobre la existencia de enfermedades que pueden llegar a alcanzar a la misma por alguna vía directa o indirecta... esto no es peyorativo, antes bien es enunciativo de una realidad usualmente no contemplada, mucho menos abordada, ni qué hablar de reconocida.

Las alteraciones epidemiológicas son cada vez más frecuentes, y cada vez más peligrosas, o si se quiere, cada vez más graves... enseñando que el tema de la globalización no es sólo un problema económico, de crisis financiera, de producciones industriales globalizadas, o comunes a ámbitos sociolaborales, sino que antes de ello, encuentran su expresión genuina en los ámbitos de la salud humana, animal y vegetal, atropellando a los sistemas que deberían estar preparados para dar respuesta desde mucho antes que ello sea necesario (mucho antes que el problema se manifieste como tal)... y tal como lo conversaba con un entrañable amigo, bioquímico de profesión, pero dedicado integra-

mente a la salud pública a lo largo de 50 años de dedicaciones y compromisos diversos, muchos pacientes dejan de ser tales sin que nadie haya reparado en los verdaderos motivos ocultos que lo transformaron en óbito... lo cual expone las falencias, o los huecos que deja la inexistencia de coordinadores que anticipen los problemas.

Conclusión: el planeta humano está globalizado... y en dicho contexto la prioridad estratégica debería concentrarse en las personas, en sus estados de salud y enfermedad, en las coberturas solidarias equitativas e incluyentes, y en la necesidad de que los cuadros clínicos se documentaran tan globalmente como lo que se hace, rutinariamente, con las cuentas bancarias de cualquiera en cualquier lugar del mundo... en el ámbito bancario se pueden ganar o perder dineros... pero en los ámbitos de la salud humana, lo que cuentan son "vidas"... y ellas no tienen precio, al menos eso es lo que supieron enseñarme. □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2014-04-12. Copyright by Cerasale, 2014. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global*.
<http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com>
CIENCIAS MEDICAS NEWS®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://saludequitativa.blogspot.com>
GESTION EN SALUD PUBLICA®

Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres.

intelexis mujer

Conduce Natalia Marquiegui y el Dr. Guillermo Capuya

Lunes 18 hs.

Un programa donde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

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

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)

En tiempos donde prevalece lo digital y la información que está en la "nube", el sector de la salud no podía quedarse atrás y con el objetivo de mejorar la relación entre médicos y pacientes se creó YAAMPI, la red social para los que curan.

Yaampi.com, toma su nombre de la expresión Quetchua "jampi o jampix" que significa "el que cura", es una comunidad On Line de profesionales de la salud, cerrada y exclusiva para este sector, centrada en compartir tanto el conocimiento en salud como todo el resto de información, noticias y eventos que genera la actividad de los profesionales. La plataforma integra herramientas personalizadas y orientadas a las necesidades del profesional de la salud. Sólo por el registro como usuario, en forma totalmente gratuita, la red incluye la participación en un directorio profesional online en el cual los profesionales de la salud (Médicos, Odontólogos, Psicólogos, Enfermeros, etc.) pueden publicar su perfil de manera de tener visibilidad en la WEB orientándose a ser encontrados por los pacientes que demandan estos servicios.

"Tenemos claro que el entorno de la salud se basa en la relación médico-paciente", afirmó el Ing. Rigoberto Porras, Socio Delegado, Fundador de Yaampi, que trabaja desde la sede central de Yaampi en Pamplona, España junto a Daniel Wittenberg, CEO de Yaampi con base en Argentina, quienes fueron entrevistados por RPNEWS. "Hemos construido una solución que puede resolver el problema, ya que el profesional trabaja a la mañana en el hospital y a la tarde tiene su consultorio privado, o sea hemos intentado a través de las redes sociales solucionar el tema del tiempo, tanto para el profesional como para el paciente. Creemos en esta plataforma donde el protagonista es el profesional y la información esta avalada por el conocimiento de ellos mismos" agregó Porras.



Ing. Rigoberto Porras

Con la premisa "es mejor no correr porque tropiezas", las autoridades de Yaampi iniciaron el plan, que hoy es una realidad. Nació en España, donde "tenemos un proyecto llamado Ippok que llevamos en colaboración con un grupo de medios muy importante, hace ya casi un año y medio y con los resultados esperados cumplidos, casi 8.000 usuarios registrados, donde lo que más actividad tienen son los casos clínicos. También los foros o grupos de debates para compartir conocimiento", comentó Wittenberg. Además sumaron el atractivo de convertir el conocimiento en juego, se llaman Quiz o Trivia, en la que por ejemplo se pone "¿sabes quién sabe más de ortopedia? Entonces en un minuto tienen que responder una serie de preguntas médicas y eso te da una puntuación. Esto a los usuarios les ha gustado mucho", explicó el CEO.



Lic. Daniel Wittenberg

Al ser una plataforma On Line sobre internet, Yaampi se encuentra disponible para cualquier profesional de habla hispana de cualquier lugar del mundo. Los centros operativos de administración, desarrollo y soporte donde está el equipo de Yaampi se encuentran en Pamplona (España), Buenos Aires y Tucumán, (Argentina) y "estamos expandiendo la presencia a San Pablo (Brasil), Bogotá (Colombia) y Quito (Ecuador) en lo inmediato", afirmó Daniel.

Respecto al beneficio de la red para mejorar la relación médico-paciente, los directivos de Yaampi comentaron que puede ser un canal de comunicación y además un canal de servicios "porque el paciente busca información en la cual confiar, requiere orientación, necesita orientación, respuestas, y el profesional a través de Yaampi puede ayudarlo. De ahí se puede ir trabajando con herramientas que estructuran esta relación tan importante como lo es la de médico-paciente".



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



Área Protegida



*La tranquilidad de proteger a sus empleados
y público con la mejor cobertura.*

La Calidad es una actitud

www.acudiremergencias.com.ar . Tel.: (011) 6009 3300