



Opinión
¿Precios cuidados?
Un relato en tres partes...
 Por el Dr. Rúben Torres



Columna:
Pegó en el palo!!
 Por el Dr. Fernando G. Mariona



Columna:
El envejecimiento
¿Triunfo social o temor latente?
 Por el Dr. Ignacio Katz

Médicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XVI. N° 81. Julio 2014

Sistemas de la Información en Salud (SIS)

Realidades y Perspectivas



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
ELEGÍ CREER
www.fundacionleomessi.org

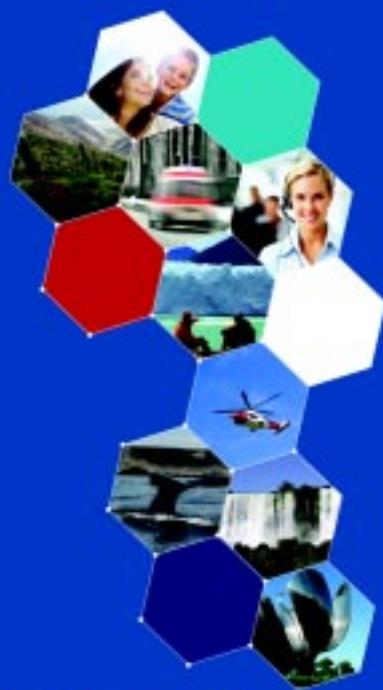
Integrando las acciones sociales de las
fundaciones Leo Messi y Universal Assistance
en favor de los niños.

 **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



VALERIA CON "V" DE
VIDA

NOS INSPIRAMOS
EN CADA PERSONA



0810-555-6733 | WWW.OSDEBINARIO.COM.AR

OSDE PRESTACIONES OBLIGATORIAS DE COSEPLAN MÉDICO ASISTENCIAL, INCLUIDAS EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO EN LA SUBSECTORIZACIÓN DE PREPAGO. WWW.OSDE.COM.AR RELACION A LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD TENDIENDO HABERIDO UN SERVICIO TELEFÓNICO GRATUITO PARA RECIBIR DESDE CUALQUIER PUNTO DEL PAÍS CONSULTAS, RECLAMOS O DENUNCIAS SOBRE EL SERVICIO. PARA MÁS INFORMACIÓN DE LA OPERADORA DE TRÁNSITO EL NOMBRE DE ENCUESTA-HABLA EN LÍNEA A REFINES DE CARIYU, LLAMANDO AL 0-800-022-SALUD (7263) - WWW.SALUDGOVERNAR.GOV.AR - 011-35 4 000-0104. NO OPERADOR.



Confíenos la salud de sus afiliados mientras viajan.

Somos la compañía que su organización necesita.

Más de 42 años de experiencia y especialización en servicios para el **Sector Salud**, nos avalan.

Sus afiliados recibirán **ayuda inmediata, en su propio idioma, durante las 24 horas, los 365 días del año, y en todo el mundo.**

Cualquiera sea el destino que elijan, allí estaremos para asistirlos ante:



una consulta médica
o enfermedad



un accidente
o traslado sanitario



un imprevisto
legal



una emergencia
odontológica



un vuelo
demorado



la pérdida de equipaje
o documentos de viaje

0800 122 2774
divisionsalud@assist-card.com

ASSIST CARD
ANYTIME, ANYWHERE, ANY REASON

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 | ✦ Management farmacéutico |
| ✦ Informes estadísticos y de consumo | ✦ Uso racional de medicamentos |
| ✦ Auditoría y validación on-line de recetas | ✦ Estudios de farmacoeconomía |
| ✦ Centro de patologías crónicas | ✦ Venta y distribución de medicamentos |
| ✦ Trazabilidad: Auditoría y Gestión | |



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

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

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



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN

**CENTRO INTEGRAL DE 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

w w w . h e l i o s s a l u d . c o m . a r

Seguinos en Facebook:  / HeliosSalud



Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Yamila Bégné
(Redacción),
Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

ASESORIA Y DESARROLLOS

TECNOLOGICOS

EN INTERNET:

SFANET, Av. J. B. Alberdi 1233,
2 Piso Of. 6 (1406)

Tel/fax.: 4433-2398 y rotativas

E-mail: info@sfanet.com.ar

www.sfanet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792 - Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** 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.

GRAGEAS 12

COLUMNA

*Seguridad del Paciente en la Transición Asistencial
Importancia de la comunicación inter-áreas*
Por el Dr. Horacio E. Canto

18

COLUMNA

Pegó en el palo!!
Por el Dr. Fernando G. Mariona

20

COLUMNA

El envejecimiento ¿Triunfo social o temor latente?
Por el Dr. Ignacio Katz

22

OPINIÓN

La credibilidad de la información en salud en la Argentina
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León

24

OPINIÓN

¿Precios cuidados? Un relato en tres partes...
Por el Dr. Rubén Torres

26

VOCES

¿Alguien tiene interés en continuar con la regulación de la medicina prepaga?
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar.

28

PRIMERA PLANA

El poder de la información

30

OPINIÓN

Encuesta Mundial TW 2014 sobre tendencias en materia de costos médicos: Indicadores y causales
Por el Dr. Héctor Barrios

34

CONAES

Los Prestadores Privados del Servicio Público de Salud necesitan Soluciones Urgentes

36

LA MEDICINA EN EL CINE

Sarcoma de Kaposi
De una enfermedad rara a la pantalla de plata

38

COLUMNA

EL "MOBBING", UN CRIMEN PERFECTO
El acoso moral o maltrato psicológico en la vida cotidiana y laboral
Por el Dr. Antonio Angel Camerano

40

VOCES

La importancia de la calidad de los RRHH en la atención de la salud
Por Pablo Pescie

42

COLUMNA

Células madres del cáncer vinculadas a la quimiorresistencia tumoral
Por el Dr. Enrique L. Sánchez

44

OPINIÓN

Médicos Municipales
Defensa y cuidado para el que asiste
Por el Dr. Jorge Gilardi

45

COLUMNA

Pericias médicas: un replanteo necesario ¿Estamos en crisis?
Por el Dr. Floreal López Delgado

46

OPINIÓN

DIVORCIO: MACRO versus MICRO
Por el Lic. Víctor N. Cerasale [MBA R&D]

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.

30
años

2 MILLONES DE PERSONAS
CONFÍAN EN NOSOTROS

siempre
pensando
en vos



GALENO ART

SANATORIOS DE LA
TRINIDAD

GALENO
fundación



GALENO

GRAGEAS



EL EQUIPO DE SALUD DE ASSIST CARD



Sara Muzzio, Gerente de Negocios Corporativos, junto a los Ejecutivos Alejandro Álvarez e Iñaki Galarraga.

ASSIST CARD - Nuevo Cliente: PLENA COBERTURA MÉDICA (Bariloche)

Nos enorgullece informarles que PLENA COBERTURA MÉDICA, nueva empresa de medicina prepaga de Bariloche, incorporó desde Abril el servicio de ASSIST CARD con asistencia a nivel nacional y países limítrofes. No nos cabe duda que PLENA cumplirá sus objetivos, brindando un servicio de excelencia a los barilocheños. ■



ASSIST CARD Y CÍRCULO MÉDICO ALTO PARANÁ RENOVARON SUS LAZOS



Nos complace comunicarles que el CÍRCULO MÉDICO ALTO PARANÁ de Eldorado, Misiones, renovó su relación comercial con ASSIST CARD y continúa brindando la asistencia médica a todos sus socios, en todo el mundo. ■

ASSIST CARD Y COOPERATIVA AGRÍCOLA MONTE CARLO

Asimismo, reforzando su compromiso en la Provincia de Misiones, ASSIST CARD renovó su vínculo con la COOPERATIVA AGRÍCOLA DE MONTE CARLO, también de Eldorado, para la asistencia nacional e internacional a sus afiliados. ■



ASSIST CARD INTERNATIONAL SE EXPANDE FUERTEMENTE EN ASIA

A través del cierre de alianzas estratégicas, campañas publicitarias y apertura de nuevas oficinas.

Los directivos de Assist Card International (www.assist-card.com), compañía líder en asistencia al viajero con más de 42 años de trayectoria a nivel mundial, visitaron Shangai, China, para celebrar su convención anual con las filiales que la empresa posee en China, Corea del Sur, Japón, Vietnam, Indonesia, India, Filipinas, Hong Kong y Taiwán.



En la reunión llevada a cabo entre el 6 y el 8 de marzo últimos, la compañía, que pisa fuerte en la región desde 2005, redobló la apuesta con una oferta de servicios innovadora, altos estándares de calidad y un objetivo claro en el horizonte: encarar un proceso expansivo agresivo en Oriente.

"Tenemos presencia en los principales países de la región y nuestra intención es extender el negocio en los mercados en los que estamos vigentes, algo que viene sucediendo año tras año a medida que la calidad de nuestro servicio se hace más conocida", destacó Alexia Keglevich, CEO de Assist Card Internacional, quien viajó junto a una comitiva de autoridades de la empresa para esta reunión global.

"La presencia en 2014 se potenciará a través del cierre de alianzas con socios estratégicos, desarrollo de campañas publicitarias a través de diferentes medios y apertura de nuevas oficinas", agregó.

Con una demanda de servicio creciente en cada semestre en esta zona, Keglevich remarca que "los asiáticos se han convertido desde 2012 en la región que más invierte en turismo del mundo, siendo los chinos el país número uno en gastos de turismo". Así mismo, los viajeros que contratan Assist Card viajando desde y hacia Oriente, también son corporativos y estudiantes en la modalidad de work and travel. La comitiva que participó junto a las filiales locales de este encuentro, también recorrió las oficinas y los Alarm Centers que la empresa posee en China, Corea del Sur y Japón. Desde aquí, personal altamente capacitado en materia de emergencias y asistencia al viajero, atiende parte de los 2 millones de llamadas que Assist Card International recibe anualmente, brindando soluciones en 16 idiomas diferentes. Perteneciente al grupo CV Starr Companies, Assist Card (www.assist-card.com) es la compañía N° 1 en el mundo dedicada a brindar asistencia al viajero de manera integral desde hace más de 42 años. Establecida en 1972 en Suiza, se ha expandido rápidamente en América latina, América Central y Asia. Cuenta con 14 centrales regionales de alarma y brinda asistencia en 119 países, en los 5 continentes. Posee más de 150 mil prestadores alrededor del mundo y tiene la capacidad de acompañar al viajero a lo largo de todo su itinerario, brindando asistencia médica, asesoramiento jurídico, localización de equipaje, reservas de vuelos, traslados, sugerencias gastronómicas o turísticas, entre otros servicios. Allí donde hay un viajero, está Assist Card. Anytime, Anywhere, Any Reason. ■

SELECCIÓN SOLIDARIA:

MESSI Y SUS COMPAÑEROS DONARON 135 MIL PESOS AL HOSPITAL GARRAHAN

La estrella del fútbol mundial Lionel Messi, junto a Javier Mascherano y todo el equipo de la selección argentina, donaron 135 mil pesos al hospital Garrahan, una de las instituciones públicas pediátricas más importantes de Latinoamérica. El dinero donado por la selección será destinado a las obras de construcción del Centro de Atención Integral del Paciente Oncológico.



"Valoramos mucho este gesto solidario de nuestra selección nacional que por iniciativa de Lionel Messi hace un aporte económico importante para avanzar en las obras del centro de atención del paciente oncológico", afirmó el presidente del Consejo de Administración del hospital, Marcelo Scopinaro, y precisó que "el nuevo sector significará más comodidad y mejor calidad de atención para los niños con cáncer".

El hospital Garrahan, junto a la Fundación Messi, trabajan en conjunto desde 2010 para la capacitación de médicos argentinos como residentes en el hospital Sant Joan de Deu, de Barcelona. Se trata de la Beca Leo Messi en Hematología Pediátrica, asociada al Curso Universitario del hospital en esa especialidad. Por año, un becario argentino es seleccionado para realizar esta beca que dura tres años.

"Con Messi tenemos una muy buena relación porque él sabe de la importancia de la medicina de alta complejidad en pediatría y constantemente colabora con nosotros", indicó Scopinaro y adelantó que "el nuevo centro de atención oncológico estará listo para marzo de 2015".

El Centro de Atención Integral del Paciente Oncológico contará con 20 consultorios, 70 camas ambulatorias y 20 camas para quimioterapia prolongada, en una superficie total de 4.800 metros cuadrados. ■

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

GRAGEAS



COLMED Salud y la RED ARGENTINA DE SALUD eligen a Europ Assistance División Salud

Como parte de su continuo plan de expansión, Europ Assistance División Salud Argentina, incorporó a su cartera de clientes al Colegio Médico de San Juan (COLMED) y a la Red Argentina de Salud (RAS).



COLMED es una Asociación Civil sin fines de lucro, con más de 50 años de trayectoria, que fue creada con el objeto de materializar la unidad de los médicos sanjuaninos mediante la constitución de una entidad exclusivamente gremial, cuya acción y organización estuviera inspirada en la defensa de principios y derechos de sus médicos.



La RAS es el Consorcio de Cooperación que reúne a los sistemas solidarios de salud pertenecientes a las Federaciones y Gremiales Médicas de toda la República Argentina, bajo la tutela de la Entidad Madre, la Confederación Médica de la República Argentina.

De esta manera, los afiliados contarán con el beneficio del Servicio de Asistencia al Viajero Nacional e Internacional. Agradecemos a ambas instituciones, y a sus más de 5.000 afiliados quienes confiaron en Europ Assistance con 51 años de trayectoria en el mundo y 17 en la Argentina. ■

Europ Assistance Promo 2x1 en Asistencia al Viajero



Europ Assistance realizó por primera vez en su historia la promoción 2x1 durante el mes de Junio.

Tuvo un éxito increíble con una gran repercusión y batiendo récords de venta.

El servicio de Asistencia al Viajero de Europ Assistance, brinda una ayuda inmediata ante cualquier contratiempo y pone a disposición la posibilidad de contar con un interlocutor en el mismo idioma, las 24 horas los 365 días del año. Se trata de un servicio completo, que no sólo involucra tener un contacto a nivel médico sino que te ofrece ayuda con las comunicaciones, mensajes a la familia, servicios legales, localización de equipaje, repatriaciones sanitarias, reembolso por vuelos demorados, transferencia de fondos, entre otros beneficios.

Esta promoción será válida hasta el 31 de diciembre de 2014.

Para contratar el servicio de Europ Assistance podrás comunicarte al: 4814-9055 / 0800-333-4490 o enviar tu consulta sobre condiciones de contratación a division.salud@europ-assistance.com.ar ■

Acerca de Europ Assistance

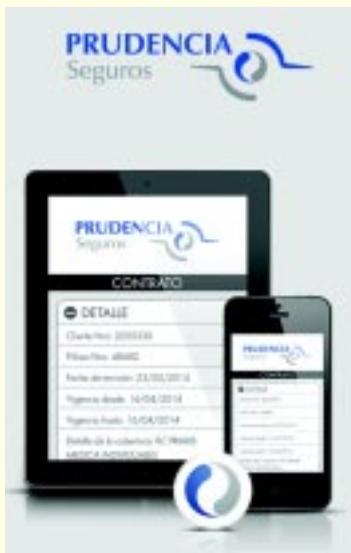
Europ Assistance es una compañía de asistencia integral que brinda alternativas de asistencia en más de 40 filiales alrededor del mundo. Cuenta en su historial con más de 11 millones de asistencias en el mundo, 3.1 millones de asistencias mecánicas, 2 llamadas atendidas por segundo, presencia en 208 países y más de 420.000 proveedores de servicios.

Fundada en 1963, se afirmó en el mercado internacional como la precursora de los servicios de asistencia, y continúa hoy creciendo y afianzando su posición en este mercado. Europ Assistance, es parte del Grupo Generali, y cuenta con socios locales como La Caja de Seguros y Grupo Wertheim.

Fue la creadora del *servicio de asistencia* al vislumbrar, con el incremento del flujo migratorio por vacaciones, la necesidad de que las personas puedan estar protegidas fuera de su país. Este nuevo concepto dejaba de lado reintegros o indemnizaciones a posteriori para proveer apoyo inmediato y contención ante una enfermedad o un accidente. Para acercar este servicio, la estrategia comercial de la compañía consistió en utilizar las redes de distintas industrias (seguros, bancos, turismo, salud, aerolíneas, entre otras). Hoy gracias a la diversificación de sus servicios brindan alrededor del mundo asistencia laboral, hogar y para el viajero. ■

Prudencia incorpora una Solución Mobile para los médicos individuales asegurados

La app les permitirá a los profesionales de la salud con cobertura individual acceder a información de sus pólizas, y recibir novedades de interés.



La decisión de Prudencia Seguros de ocupar y mantenerse en la vanguardia tecnológica en su relación con los clientes, le ha exigido desarrollar una solución mobile para Smartphones y Tablets, dirigida, en principio, a su importante cartera de profesionales de la salud que cuenten con pólizas de seguro del riesgo de la Responsabilidad Civil Profesional Médica.

El nuevo desarrollo fue inspirado en la necesidad de Prudencia de brindar un servicio cada día más eficiente a un mercado crecientemente demandante de novedades y actualizaciones tecnológicas.

Mediante esta app, diseñada originalmente para versiones de sistemas operativos Android e iOS de Apple, los médicos asegurados podrán consultar, desde el mismo dispositivo tanto Smartphones como Tablets, información relacionada con sus pólizas y a la vez recibir novedades y comentarios de interés, así como recordatorios sobre vencimiento del contrato de póliza, fechas de pago de las cuotas, vigencia, suma asegurada, y notificaciones de vencimientos incumplidos. Por lo tanto, esta solución mobile le facilitará al segmento de asegurados mencionado, una comunicación inmediata con la compañía.

La nueva aplicación estará disponible para su instalación en los sitios Play Store y Apple Store. Los usuarios también podrán hacer el pedido para sistemas Android vía mail a mobile@prudenciaseguros.com.ar, a la vez que plantear cualquier inquietud desde la solapa ubicada en "INFORMACION" de la dirección de correo electrónico mencionado precedentemente.

La instalación de esta herramienta requerirá sólo dos datos del asegurado: el número de cliente que Prudencia le haya asignado y el número de documento con el que se haya hecho la contratación del seguro. Ambos datos surgen de la póliza contratada.

Próximamente la aplicación tendrá una versión para ser instalada en plataformas Windows y Mac, con similares características de navegación y alcance.

Asimismo, Prudencia proyecta ir extendiendo el servicio de solución mobile a otros importantes segmentos de asegurados de su cartera. ■



La imagen de la figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.

andar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

—
LA MEJOR
COBERTURA FAMILIAR
AL MEJOR PRECIO

0810-345-0184

Línea exclusiva de asesoramiento comercial

GRAGEAS

UNIVERSAL ASSISTANCE CONTINÚA AGASAJANDO A SUS CLIENTES



El pasado Jueves 19/06, Universal Assistance realizó una función privada para todos sus clientes de la sensacional obra teatral "El Crédito", protagonizada por los grandes actores Jorge Marrale y Jorge Suárez. La misma es el último trabajo del mismo autor del Método Gronholm, Jordi Galcerán y producción de Sebastián Blutrach dirigida por Daniel Veronese.

La cita tuvo lugar en el bellissimo Teatro Picadero de la Ciudad de Buenos Aires, ubicado en el histórico Pasaje Enrique Santos Discépolo, ex Pasaje Rauch, situado en pleno barrio de Balvanera.

Los invitados llegaron minutos antes de las 20.30 hs. para dar comienzo a la función, acercándose con una donación para el Jardín Santa Clara, acción realizada por la Fundación Universal Assistance. Gracias a la colaboración y contribución de todos los asistentes, se lograron recolectar varias cajas completas de productos de limpieza y juegos didácticos para niños.

Al mismo tiempo, diferentes celebridades del mundo del espectáculo invitadas por la compañía líder de asistencia al viajero, tuvieron el privilegio de presenciar la obra antes que nadie. Entre otros, concurren: Martín Seefeld, Segundo Cernadas, Jenny Martínez, Sabrina Carballo, Lodovica Comello, Camila Velasco, Gabriela Sari y Rulo de CQC, Darío Barassi, Patricia Viggiano y su hija Olivia y Daniela Aita.

Así, el público se solidarizó, disfrutó y se divirtió en un jueves vísperas de fin de semana largo con esta comedia de nivel internacional que sin dudas entretiene, atrapa y sorprende hasta el final. ■

Encontrá todas las fotos del evento en: facebook.com/universal.assistance

PRIMERA PROMOCIÓN DE GRADUADOS DE MEDICINA



El 12 de mayo se realizó en el Auditorio Santa Cecilia de la Universidad Católica Argentina la primera colación de grado de la Carrera de Medicina. El Prof. Dr. Miguel Ángel Schiavone, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCA expresó: "Con profunda emoción y alegría se entregan diplomas a 14 egresados que iniciaron la Carrera en el año 2008 y que completaron el plan de estudios en tiempo y forma, obteniendo calificaciones muy buenas y sobresalientes".

Participaron del evento el Rector de la UCA Mons. Dr. Víctor Manuel Fernández, el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Prof. Dr. Miguel Ángel Schiavone, autoridades Académicas de la Universidad, Decanos de otras Facultades de la UCA, integrantes del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas y los Docentes que con la entrega generosa de sus conocimientos moldearon la formación científica, técnica y ética de estos nuevos profesionales.

Durante el acto los primeros graduados y el público fueron sorprendidos por un video del Papa Francisco con un mensaje destinado a los recientes egresados:

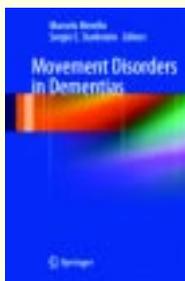
"Les hago llegar un saludo a los primeros graduados de la facultad de Medicina. Deseo

que la vida como médicos y médicas sea un testimonio. Testimonio de la dedicación. Cuantas veces se dice que la medicina es como un sacerdocio. Llévelo adelante. Y les agradezco a todos aquellos que hayan trabajado para lograr este día, este éxito. Que Dios los bendiga a todos y recen por mí". ■

LIBROS:

Movement Disorders in Dementias. Merello, M, Starkstein, S.

Merello, Marcelo; Starkstein, Sergio.
2014, XVI, 278 p. Springer.



Describe manifestaciones motoras comunes a todas las formas de demencia independientemente de la causa subyacente. Describe además los problemas motores importantes relacionados con la medicación en los pacientes con demencia. Este libro se centra en los signos y síntomas de todos los tipos de demencia y aborda el tema de la frontera artificial entre demencias y parkinsonismo, que representan los dos síntomas más comunes que se encuentran en las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central. En Trastornos del Movimiento en Demencias, editado por Springer Verlag, especialistas reconocidos en movimientos anormales de todo el mundo escriben sobre temas generalmente restringidos a los expertos de la demencia coordinados y editados por el Prof. Dr. Marcelo Merello de nuestra Universidad y el Prof. Dr. Sergio Starkstein de la Universidad de Freemantle, Australia. Trastornos del Movimiento en Demencias está dirigido a neurólogos generales, especialistas en demencia, trastornos del movimiento, neuropsicólogos y geriatras. Y conveniente a nuestra facultad resume aspectos más importantes y profundos de la materia Enfermedades Neurodegenerativas. ■

NUEVO GERENTE GENERAL EN PFIZER ARGENTINA

Tras la partida de Anne Nijs, Edgardo Vázquez, que cuenta con 18 años de trayectoria en Pfizer Argentina, ha sido designado Gerente General de Pfizer para la Región Argentina y Líder del Negocio de Productos Establecidos (GEP). Edgardo Vázquez tiene un amplio conocimiento para liderar las operaciones en el país, dado que cuenta con una sólida experiencia en roles clave de Pfizer Argentina. En 2007, fue elegido Director de Finanzas. Luego, dirigió las unidades



de negocios de Cuidados Primarios y Productos Establecidos, y desde 2013 venía desempeñando el cargo de Director de Acceso y Asuntos Corporativos. Antes de unirse a Pfizer, Edgardo Vázquez desempeñó distintos roles en empresas de consultoría, servicios financieros, industriales y de telecomunicaciones. Al respecto, Edgardo declaró que asume el rol con mucho entusiasmo y "con el desafío de continuar fortaleciendo el compromiso de Pfizer con el país; un compromiso que se evidenció a través de medidas como el proceso de transferencia de tecnología para la producción local de la vacuna antineumocócica, o la inversión acumulada de los últimos años en nuestra planta modelo de manufactura en Villa Soldati, que hoy exporta a 10 países toda una gama de medicamentos que antes se importaban".

Edgardo Vázquez es Contador Público graduado de la Universidad Católica Argentina y posee una Maestría en Administración de Negocios del IAE. Tras más de dos décadas, con su oficialización como Gerente General, nuevamente esta posición se encuentra en manos de un argentino. ■

PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



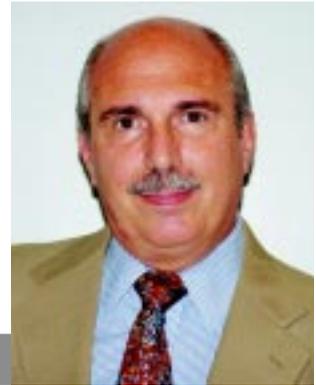
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA

COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros 

Seguridad del Paciente en la Transición Asistencial

Importancia de la comunicación inter-áreas



Por el Dr. Horacio E. Canto

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud y la Joint Commission de los Estados Unidos de Norteamérica efectuaron una declaración del problema y el impacto del mismo.

En tal declaración se planteó que durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación.

En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información. Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente. La interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela denunciados ante la Comisión Conjunta en los Estados Unidos de América entre 1995 y 2006, y el factor causal más común de reclamos surgidos de transferencias ante las agencias de seguros por mala praxis en EE.UU.

De los 25.000 a 30.000 eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos.

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. La comunicación en el momento del traspaso también está relacionada con la transferencia de información de un tipo de organización de atención sanitaria a otra, o de la organización al hogar del paciente.

La información que se comparte por lo general consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir.

Los traspasos de atención del paciente tienen lugar en muchos entornos dentro de la totalidad de la atención, incluyendo de admisión a atención primaria, desde el médico que se retira al médico que lo cubrirá, el informe de cambio de turno de enfermería, el informe

de enfermería sobre la transferencia de un paciente entre unidades o establecimientos, los informes de anestesiología al personal de la sala de recuperación después de una anestesia, la comunicación entre el departamento de emergencia y el personal del establecimiento que recibirá al paciente transferido, y el alta del paciente para su retorno al hogar o su traslado a otro establecimiento.

Compartiendo la importancia de este tema, hemos sugerido a las instituciones de salud aseguradas en SMG Seguros, analizar la creación de una posición, cuyas funciones serán:

- Detectar pacientes de mayor riesgo alertando a los equipos asistenciales.
- Controlar la valoración prequirúrgica de los pacientes que ingresan para cirugía, con el objetivo de detectar pacientes inadecuadamente preparados y así reducir la morbi-mortalidad asociada a la mala preparación.
- Generar los recursos necesarios, siempre que sea posible, para salvar la inadecuada preparación prequirúrgica y evitar la suspensión de la cirugía.
- Optimizar la comunicación de datos relevantes entre el médico de cabecera y el equipo profesional de la internación.
- Optimizar la comunicación efectiva de datos clínicos en las transferencias inter-áreas.
- Garantizar que en el momento del alta hospitalaria, el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos, y los resultados de las pruebas.
- Participar de los pases de guardia, aportando los datos más relevantes de los pacientes en seguimiento.

Esta nueva posición podrá abordar distinto tipo de transferencias, como ser:

1. Ingreso de pacientes obstétricas a centro obstétrico y luego a la internación general/unidad de cuidados intensivos.
2. Ingreso de pacientes para cirugía programada.
3. Pase a piso desde unidad de cuidados intensivos y viceversa.
4. Egreso a tercer nivel o Cuidados Domiciliarios.

En síntesis, consideramos fundamental definir los momentos de transferencia como momentos de riesgo, desde la dirección de las instituciones, diseñando políticas en consecuencia para minimizar esos riesgos y transmitiendo ello a toda la organización, lo que redundará en beneficios tanto económicos como en la calidad de la atención. □



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

Pegó en el palo!!

Por el Dr. Fernando G. Mariona

Abogado - Director de TPC
Compañía de Seguros



La Superintendencia de Servicios de Salud, había aprobado mediante resolución N° 561/2014, el denominado "Consentimiento Informado Bilateral", que debía -según dicha resolución -ser utilizado *obligatoriamente* por todos los prestadores, efectores y profesionales médicos que participan en los subsistemas de Empresas de Medicina Prepaga y Obras Sociales. Como es sabido, dicho acto médico debe realizarse en los casos de internación, intervención quirúrgica y procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos que impliquen riesgos según lo determina la reglamentación de la Ley 26.529 (decreto 1089, B.O. 6 julio 2012). El instrumento aprobado por la norma mencionada debía contener una cláusula que demostrara que el profesional había informado al paciente del derecho que éste posee, en los casos en que presentara una enfermedad irreversible o se encontrara en estadio terminal, de manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de reanimación artificial, o al retiro de medidas de soporte vital cuando fueran extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produjeran un sufrimiento desmesurado. Así también se le debía informar al paciente que el consentimiento que otorgaba podía ser revocado en cualquier momento, obviamente, en caso de que fuera necesario para un acto quirúrgico antes de su práctica. Resaltemos brevemente algunas cuestiones sobre las que veníamos insistiendo ya hacía mucho tiempo y que la resolución impulsaba: que la suscripción del Consentimiento perfecciona el contrato de prestación médica entre el paciente y el profesional; que el médico debe participar de la redacción y explicación al paciente, sin cláusulas preimpresas; que debe necesariamente firmarlo junto con el paciente, y por último que debe ser extendido en dos ejemplares, uno de los cuales ha de quedar en poder del paciente o quien lo haya suscripto en su representación y el otro en poder del médico, a quien se lo designa depositario del mismo -con las obligaciones que ello implica- quien debería ocuparse de que se guardara bajo fieles medidas de seguridad, ya sea en su Consultorio o en el Establecimiento Sanitario, donde realizara su práctica con el paciente. Por último y como dato más novedoso, la norma proponía que para el caso de suscitarse diferencias en la interpretación o ejecución de este Consentimiento Informado Bilateral y Obligatorio, devenido a partir de esa Resolución en Contrato de Prestación Médica, las partes debían comprometerse con carácter previo a "elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos". Ello podía significar -según nuestro modesto entender- un procedimiento que hubiera permitido entre partes involucradas, gestionar las quejas, reclamos, sugerencias, propuestas, observaciones, e inclusive un ámbito privado que podría haber permitido intermediar en los conflictos que plantearan los ciudadanos en general, como usuarios del sistema del cuidado de la salud, tanto público como privado.

¿Dicho mecanismo sería una modalidad de Ateneo Médico o un espacio para favorecer la información, comprensión y seguridad del enfermo?

También podría ocurrir que el conflicto se hubiera originado en algún resultado lesivo que podría estar asociado, según el paciente o su entorno a una mala práctica profesional o una inadecuada atención durante el cuidado de enfermo.

En ambos supuestos, "el método de prevención y solución de conflictos", (interinstitucional y con la presencia del paciente o alguien de su entorno) tal vez hubiera determinado que la cuestión debiera ser analizada, evaluada, y orientada a proporcionar al promotor de la queja - paciente o familiar, una explicación o información comprensible y veraz de lo acontecido.

¿Y si ese daño inesperado hubiera derivado de un hecho antijurídico, también en este caso sería puesto en conocimiento del interesado, para el caso que la lesión resultante -iatrogénica o culpable- pudiera en un futuro ser objeto de algún reclamo?

¿Cómo habría jugado esta cuestión en relación con los conflictos de intereses entre las partes involucradas en la prestación: profesional, institución y financiador?

¿Habría servido este método o espacio para darle al médico involucrado "qué viene a trabajar de afuera" a una Institución prestadora, una sensación de pertenencia?

En tal caso, ¿habría debido el Asegurador del riesgo de Mala Práctica Profesional e Institucional, participar de ese espacio de "prevención y solución de conflictos"?

Y en todo caso, darle tratamiento a la cuestión sin su participación, ¿hubiera tornado al asegurado en incumplidor de la carga de denunciar el reclamo? En la determinación de la responsabilidad en la producción del daño -iatrogénico o culpable- ¿debería haber participado el Asegurador?

¿La SSSalud hubiera controlado que esto se cumpliera?

¿Este mecanismo habría dado la oportunidad para la creación futura en el ámbito de la SSSalud de la figura del Defensor del Paciente al estilo de España y otros países europeos?

Días después, por resolución 784/2014 de la SSSalud este documento de uso obligatorio pasó a ser de uso voluntario. Ínterin en algunas Instituciones se habían hecho simulaciones de consultas con pacientes, para completar el documento y en algunos casos se consideró que la demora podía llegar a ser superior a los veinte minutos, lo cual conspiraba contra la cultura de la producción.

Nos quedamos al menos sin poder probar el grado de desarrollo y cumplimiento por la Comunidad Médica, si ello hubiera sido beneficioso para el paciente y de paso para averiguar si se disminuía en el mediano y largo plazo, la frecuencia y la severidad de los reclamos, por el uso del espacio de consenso y un mejoramiento del proceso de comunicación. Una lástima. Una vez más la falta de interacción, trabajo interdisciplinario, consensos previos, impidió avanzar en el afianzamiento de la cultura de la seguridad del paciente y la gestión del riesgo. Estuvimos a punto. Pegó en el palo!! □



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

CALIFICACIÓN



TPC

COMPAÑÍA DE SEGUROS

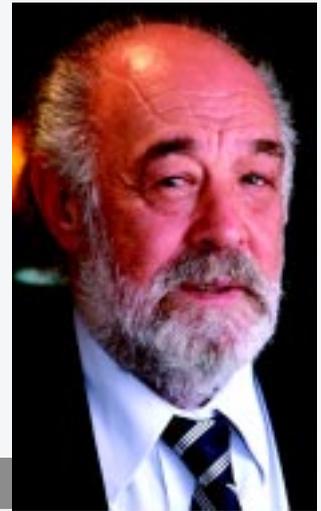
Av. Belgrano 634, Piso 9 - 1092AAT, Buenos Aires Argentina - Tel. (54 11) 4876.5300

El envejecimiento

¿Triunfo social o temor latente?

“Lo que es terrible cuando uno envejece es que se sigue siendo joven”
Oscar Wilde

“¡Pobre Papá Tuñin!
“Tu hubieras querido hacer lo que todos los viejos:
quedarte en el taller para dar consejos”
José Pedroni



Por el Dr. Ignacio Katz

Si bien el envejecimiento responde a un mejoramiento del contexto económico y al progreso de las ciencias médicas y de las técnicas sanitarias, el tratamiento del tema obliga, por la seriedad que impone, a ser considerado con la rigurosidad que su complejidad demanda. De ahí que de inicio debamos diferenciar:

- al envejecimiento como proceso biológico universal, y
- el envejecimiento poblacional

El primero posee una dinámica natural que se expresa como una vulnerabilidad gradual que es posible entelecer de ser reconocida y conocida, por medio del empleo de conductas saludables. El segundo implica un reconocimiento histórico evolutivo que requiere consideraciones críticas (¿ambiguas o ambivalentes?) a fin de hallar soluciones a dicha situación.

Como se observa, estos dos procesos en curso, de no ser entendidos y tratados, tienen y seguirán teniendo consecuencias tanto en la calidad de vida de los adultos mayores como en el aspecto demográfico de este sector de la población. Se trata de diferenciar necesidades de problemas, temas que la ingeniería social debe encarar de forma multidisciplinaria mediante *políticas públicas y de gestión*.

Los derechos de la vejez fueron incluidos por primera vez en la Constitución Nacional de 1949, el golpe militar de 1955 los canceló. Desde entonces, el camino recorrido no sólo fue largo sino que también mutó.

Es de señalar que, cuando se instala el régimen jubilatorio en nuestro país, el 90% de la población no llegaba a la edad jubilatoria y la relación activo-pasivo era de 4 a 1; hoy es de 0,8 a 1. El otro elemento significativo, está dado por el hecho de que la proporción de población mayor de 60 años es igual a la de menores de 15 años de edad, tendencia similar a la que se está dando en los países desarrollados, pero sin serlo.

Dinamarca y Australia se proponen atrasar la jubilación a 67 o 70 años. A su vez, Alemania padece un acrecentamiento de la pobreza en los adultos mayores asociada a la falta de trabajo para ellos. Esto seguirá aumentando juntamente con la tendencia al incremento de este sector de la población. Como vemos, si uno de los países que se encuentra entre los más organizados del mundo no ha resuelto estos problemas, no deja de ser para la Argentina una condición de desafío esta encrucijada de elección entre individualismo o solidari-

dad, es decir desesperanza individual o esperanza compartida.

Se hace imperioso, para esta franja vulnerable, desarrollar una estrategia que:

- reconozca la biodiversidad y tecnodiversidad a fin de priorizar y armonizar a este sector de la población.
- innove políticas sociales que incluyan e integren individuos, sociedad y economía.
- logre poner en marcha un Proyecto Productivo Intergeneracional como paradigma superador (habida cuenta que el 70% de nuestros jubilados recibe la jubilación mínima).
- rompa la actitud cristalizada de horarios, sistemas rígidos (para que se posibiliten contratos grupales para una misma función).
- permita un aumento participativo en la producción y las consecuentes remuneraciones complementarias.
- fomente sus posibilidades de empleo y su integración social inter-generacional (puentes de conexión) frente a un cambio en la configuración social, familiar y en el campo laboral.
- aplaque la vulnerabilidad biológica mediante un envejecimiento activo.

El envejecer no es una enfermedad sino un período de la vida, en el cual, de no ser manejado adecuadamente, se expresa:

- una disminución de la flexibilidad física y psíquica, las que debidamente ejercitadas no permitiría caer en el *sedentarismo* y en la *disminución de la agilidad mental*.
- la segregación que produce el aislamiento y pasividad que desembocan en *soledad* (sabiendo que toda pasividad conduce a la *atrofia*).
- la *desnutrición*, entendiéndose que *comer no siempre significa nutrirse*, (esto se acrecienta en soledad) y potencia la sinergia entre desnutrición e infección.
- la *dependencia*, requiere recursos sociales y económicos que hacen a la contención y compensación, a fin de alcanzar un nivel de vida digno.
- y también el *engaño*, el fraude, y los sometimientos físicos y farmacológicos.

Como vemos, el problema no es el envejecimiento sino la falta de actividad y la encubierta marginalidad, una forma determinante de ocultar una particular

eutanasia no consentida. Lo significativo es no bloquear el potencial de creatividad acumulado, posibilitando que prevalezca "el dar y el recibir". Es decir, un proyecto de vida donde el progreso no sea a costa de la expansión de la barbarie.

Solo un "entrecruzamiento inter-generacional" puede ir enfrentando este desafío, ya que se trata de un sector muy sensible de nuestra sociedad. Sector al que "aspiran llegar todos" y donde la alarma del aislamiento es evidente por encontrarse fuera de las relaciones de producción. El gran cambio es poder dejar de ver al adulto mayor sólo como un receptor de políticas sino también como un partícipe social que aporta aquello que ha atesorado en la vida, es decir, ser fuente proveedora de estímulos vitales. El primer impacto de inclusión social al sistema productivo, se haría visible como un incremento de la población activa y conjuntamente de la producción distributiva.

Las nuevas técnicas aplicadas con irracionalidad y desconocimiento de sus consecuencias sociales, terminan siendo base para una desigualdad profunda como la que se observa en el índice de marginados (donde es clara la diferencia entre vivir y sobrevivir). Nos estamos refiriendo a un grupo etario que no tiene las mismas urgencias ni las mismas prioridades y donde, por particularidades históricas y culturales, requieren soluciones que aporten a la totalidad del tema.

Nuestros mayores provienen de un país con bajas tasas de desocupación y donde la movilidad social posibilitó alcanzar niveles de clase media. Se trata de la misma que viene de sufrir el terrorismo de estado, la hiperinflación, el default, la inseguridad y un retroceso en dos rubros que hacen a sus pilares de identidad: la educación y la salud, siendo habitual encontrarlos inmersos en un escenario social que los margina o los incluye como consumidores.

El experto antropólogo Marc Augé, en su última publicación "El antropólogo y el mundo moderno" resalta la ambivalencia de contar con las máximas posibilidades de comunicación y simultáneamente el aislamiento del geronte urbano. Nos habla del "no lugar" en la sobre-modernidad y los cambios culturales en el comportamiento de los hombres. Su planteo rememora lo ya explicitado por Samuel Butler en los fines del siglo XIX en su libro "Erehwon" (*en ningún lugar*), donde desenmascara la hipocresía de ocultar situaciones y actitudes cotidianas sin un sustento lógico racional, una forma de ejercer poder sobre los otros. Tanto uno como el otro autor, se refieren al aislamiento y la soledad, en su ambigüedad de marginalidad o apoderamiento como objeto social y no como sujeto participante de la vida de la sociedad. Esa soledad se profundiza con la retracción del Estado de Bienestar y torna "natural" una situación arbitraria que obliga a la reflexión y a elaborar políticas estratégicas para revertirla.

Como bien lo señala Augé: "la ciencia no nos hace ni más libres ni más felices, no nos ayuda a vivir mejor, si sus adelantos no se traducen en producir una nueva conciencia social". □

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

La credibilidad de la información en salud en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



Un reciente informe elaborado por OMS, UNICEF, Banco Mundial, Fondo de Población de ONU (UNFPA) y la División de Población de ONU reabre, sin proponérselo, una polémica sobre la credibilidad de los datos del sistema estadístico de salud argentino. El informe en cuestión afirma que la mortalidad materna en nuestro país es del 69 por cien mil para el año 2013 y que ha sido uno de los dos países en donde menos descendió esta razón desde 1990 a la fecha. El otro país en cuestión, Costa Rica presenta la mitad de esa cifra ya desde los 90.

Por el contrario, según los datos oficiales del Ministerio de Salud, la mortalidad materna para el año 2012 fue del 35 por cien mil (<http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>). Incluso la presidenta anunció recientemente por cadena nacional que esa cifra para el año 2013 rondaría el 28 por cien mil (Cadena Nacional del día 4 de junio 2014). Esto está marcando no solo diferencias siderales en los números respecto al informe antes citado, sino también una tendencia decreciente importante en el tiempo. Y estas diferencias no son menores porque definen si estamos por el buen camino en este tema o por el contrario si se requieren de fuertes correcciones en la política materno infantil.

Un antecedente cercano, en cuanto a la credibilidad de los datos, fue la polémica desatada hace unos años respecto a las cifras de mortalidad infantil de la Provincia de Tucumán en donde existieron sospechas de manipulación de datos. Más precisamente se llegó a acusar a la provincia de enmascararla a partir de registrar la mortalidad de niños nacidos con menos de 500 gramos como mortalidad fetal ya que todos miran las cifras de mortalidad infantil pero casi nadie hace hincapié en las de mortalidad fetal.

Según una publicación de Página 12 del año 2009 mientras la Argentina entre los años 2000 y 2007 redujo las muertes fatales un 22,9 por ciento, la provincia de Tucumán las aumentó un 85,7 por ciento. Y mientras que a nivel nacional en ese mismo período disminuyeron las muertes infantiles un 20 por ciento, Tucumán las redujo un 43,5 por ciento (<http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/1-41453-2009-07-27.html>)

Desde la década del 60, en que se crea el sistema estadístico nacional y el sistema estadístico de salud, la Argentina puede ufanarse de poseer uno de los mejores y más confiables sistemas de estadísticas en salud de América latina. La Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) está conformada por personal con un excelente nivel técnico. Pero el problema es que la captura y transmisión del dato se realiza en las provincias y no siempre es homogénea la calidad del dato.

Diversos estudios realizados por la propia DEIS sobre omisión de registros de nacimientos y muertes infantiles muestran la preocupación por los niveles de subregistros y su desigual distribución observados. Estos estudios mostraron elevados niveles de omisión de defunciones infantiles en diferentes establecimientos de Santiago del Estero, Tucumán, y Misiones así como en el interior de la provincia de Formosa mientras que las omisiones eran casi nulas en Neuquén, Salta y La Pampa lo que muestra esas diferencias citadas.

LOS OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Otro de los grandes sistemas de información en salud, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica fue fortalecido a principios de los 2000 a partir de un proyecto financiado por el Banco Mundial, el VIGIA, el cual informatizó el sistema, capacitó recursos humanos, introdujo las encuestas para medir factores de riesgo y creó un sistema de laboratorios para mejorar los diagnósticos. Pero finalizado el préstamo el sistema se debilitó y muchos nodos no informan como corresponde, lo cual genera dudas sobre la información actual de las enfermedades de notificación obligatoria. Nuevamente el sistema nacional depende de las fortalezas y debilidades de las provincias.

A su vez cuando leemos los informes oficiales sobre las causas de egreso, otra de las grandes fuentes de información sobre morbilidad, debemos tener en cuenta que sólo se informan las de los hospitales del sector público quedando afuera las de los establecimientos del sector privado. Tampoco conocemos las causas de consultas externas, en este caso ni siquiera del sector público ya que no hay sistema nacional (ni provincial) que las registre.

Completando el análisis podemos decir que los sistemas que miden diferentes variables de atención como los de rendimiento hospitalario o calidad en la atención, brindan información solo de los hospitales públicos y no existen sistema de agrupación de pacientes como pueden ser los GRD, por ejemplo, utilizados en la mayoría de los países desde hace más de 20 años.

Si a esto le sumamos la debilidad del sistema de información para medir el gasto en salud tenemos que en su conjunto la información en salud en nuestro país es parcial, de baja calidad y genera interrogantes en cuanto a su credibilidad.

Párrafo aparte merecen las encuestas nacionales que se han implementado correctamente. Las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo, la de Nutrición y Salud, las de Utilización y Gasto en Salud y el Estudio de Carga de Morbilidad son algunos nuevos aportes más que necesarios que felizmente se han realizado.

LA GRAN APUESTA: DESARROLLAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD INTEGRAL Y CONFIABLE

Contar con información en salud confiable es básico para poder elaborar y evaluar políticas públicas en salud. Una de las deudas de esta década, que nos quedará como herencia, es el debilitamiento de todos los sistemas de información. El de salud no es una excepción.

De cara al futuro, como mínimo, debemos profundizar los estudios sobre omisiones y subregistros de estadísticas vitales en las provincias y mejorar la calidad del dato, debemos reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica con programas tipo VIGIA pero con continuidad en el tiempo, debemos integrar al sector privado al sistema de información sobre causas de egresos, rendimiento hospitalario y calidad en la atención, debemos incorporar sistemas de agrupación de pacientes tipo GRD y contar con la información de causas de consultas externas y finalmente debemos generar un sistema confiable de cuentas nacionales en cuanto al gasto en salud. También debemos seguir desarrollando los Estudios y Encuestas Nacionales que correctamente se han realizado.

A su vez deberemos incorporar tecnología para lograr integrar el sistema e introducir grandes dosis de transparencia generando un sistema de rendición de cuentas con información accesible y totalmente pública.

El próximo gobierno tendrá el enorme desafío de recomponer los sistemas estadísticos nacionales. Desde salud deberemos incorporarnos a esta gran tarea si pretendemos comenzar a transitar un camino con seriedad hacia un mejor sistema de salud. □

(*) 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.

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.

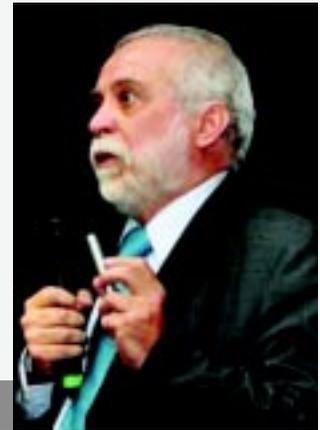
Fisiología Hiperbárica, Clínica Hiperbárica y Buceo.

Oncología Farmacológica

Oncología molecular

Electrofisiología Cardíaca

¿Precios cuidados? Un relato en tres partes...



Por el Dr. Rubén Torres

RELATO 1- PRIMERA PARTE

Barrio Libertador, Moreno, Provincia de Buenos Aires. Sábado 28 de junio de 2014. Son las 19.45 hs. Jorge mira en la tele la publicidad, en el entretiempo de Colombia-Uruguay.

Graciela despidió al médico de urgencias de la obra social, y le pide que vaya hasta la farmacia a buscar los medicamentos prescriptos: amoxicilina 1gr. y paracetamol 500.

Refunfuñando contra el frío y la pérdida del segundo tiempo, Jorge sale con la receta, el carnet y los últimos \$ 140, que restan del magro salario, hasta que cobre el próximo martes.

Camina lo más ligero posible las 7 cuadras que lo separan de la farmacia..., ¡que está cerrada! Según el cartel, la única de guardia es la del centro. Va hasta la parada y espera el colectivo; en 10 minutos llega, sube, y (gracias a la SUBE-perdón por la redundancia) paga solo \$3.

Afortunadamente al llegar, solo hay cinco personas esperando antes que él.

Llegado el turno, extiende la receta, y en segundos el farmacéutico vuelve con las dos cajitas, son, con el descuento de la obra social: \$ 109,97 de la amoxicilina y \$ 20,40 del paracetamol: total \$ 130,37.

¿No hay otros más baratos? pregunta Jorge. Sí, pero no están en el listado de la Obra social, responde el farmacéutico.

Jorge paga; es muy caro; y cabizbajo sube al colectivo que está llegando: posiblemente pueda ver los últimos minutos del partido.

RELATO DESCONOCIDO PARA JORGE Y GRACIELA - ÚNICA PARTE

Si los medicamentos "hubieran estado" en el listado de la obra social (Ley 25.649), Jorge podría haber pagado \$ 38,89 por la amoxicilina y \$ 0,13 por el paracetamol; total: \$ 39,02.

Y llamativamente, sin descuento de la obra social, pero con sustitución por un medicamento similar, hubiera pagado \$ 88,60 por la amoxicilina y \$ 3,01 por el paracetamol; total: \$ 91,61.

RELATO 1- SEGUNDA PARTE

Jorge abre la puerta, cuando el árbitro da la pitada final...Uruguay se quedó afuera...

Graciela le da un beso y le sirve un plato de sopa caliente; él piensa que posiblemente el mes que viene, si no surge otra urgencia; pueda gastar unos \$ 50 en un ramo de flores como el que le regaló el primer día.

En el televisor finaliza la publicidad de Precios Cuidados...

TRISTE, SOLITARIO Y FINAL:

Como muestra, líneas más arriba el "relato desconocido...", la explícita o disimulada elusión por parte de muchas obras sociales y empresas de medicina prepaga (con la complicidad de parte de la industria) del cumplimiento de la Ley 25.649, de prescripción por el nombre genérico de los medicamentos, especialmente, a través de contratos que hacen dificultoso (o imposible) su aplicación plena por parte de los farmacéuticos, están privando a los argentinos de hacer uso de la herramienta legislativa tal vez más poderosa, para mejorar su poder adquisitivo y protegerlos financieramente ante los gastos de bolsillo en salud. Y como muestra el ejemplo, puede, en ocasiones llegar a la sinrazón, que la compra "directa" (sin la cobertura de la seguridad social o privada) resulte menos onerosa que la propia "cobertura".

Tal vez, el uso adecuado del poder de policía y una decidida política de información, defensa y apoyo a los consumidores de medicamentos, sea más efectiva y útil como política de inclusión, que cuidar los precios. □



ASOCIACIONES DE CLÍNICOS Y SANITARIOS FEDERALES

ACLIBA I: Calle 5 N° 669 La Plata Tel.: (0221) 483-9590
 ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel.: 4201-7181
 ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel.: 4627-5716
 ACLIBA VI: Av. Rolón 881 Boulogne Tel.: 4766-1060

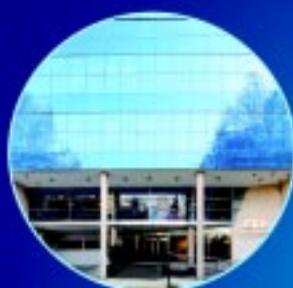
Av. Callao 449 7 piso Of: A y B - Capital Federal - Tel.: 4373-4102 / 4373-4123
 e-mail: info@aclife.com.ar



**CENTRO DE DIAGNOSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**

CDR, la excelencia en el diagnóstico

Hoy, CDR es el Centro de Diagnóstico de alta complejidad más grande del país, y cuenta con una infraestructura en continua actualización de equipamiento para cubrir toda la metodología diagnóstica.



BELGRANO



BARRIO NORTE



ABASTO



MICROCENTRO



**ESMERALDA
141**



**Nueva Sub Sede:
Arenales 2751**



**SANATORIO FINOCHIETTO
AV. CÓRDOBA 2678**

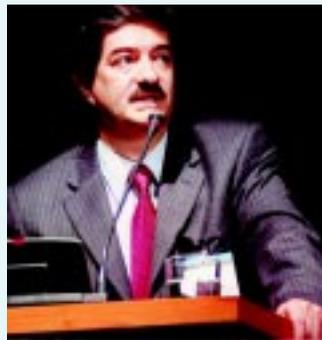
CDR@CDROSSI.COM - WWW.CDROSSI.COM
WWW.CDROSSIEDUCACION.COM
CENTRAL ÚNICA DE TURNOS: (011) 4011- 8080
ATENCIÓN GENERAL: (011) 4011-8000

Nueva Aplicación para
dispositivos móviles del CDR



Disponible para dispositivos
con Android y iPhone.

¿Alguien tiene interés en continuar con la regulación de la medicina prepaga?



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

En el ejemplar de la *Revista Médicos* del mes de Mayo de 2013, presentamos un artículo titulado "Balance de dos años de vigencia de la ley de medicina prepaga". En él, planteábamos los objetivos propuestos por sus impulsores y su correlato con la realidad, a ese tiempo. Más de un año después de ese artículo y de más de tres años de la sanción de la Ley 26.682 (Mayo de 2011) hay más asignaturas pendientes que regulaciones concretas.

Basta como ejemplo señalar que mediante la aplicación de la resolución nº 55/2012 de la Superintendencia de Servicios de Salud se creó el Registro Nacional de Empresas de Medicina Prepaga, donde debieron inscribirse -y continúan haciéndolo quienes se incorporan en la actualidad- todas las entidades incluidas en la ley, quienes cuentan con una inscripción provisoria, sin que haya una sola de ellas inscrita de manera definitiva.

Este ejemplo citado no impide a las empresas continuar con su actividad ni genera efectos adversos sobre la población usuaria en general. Pero hay otras áreas en las que se encuentra pendiente la regulación que -a priori- significan una afectación para ambos (usuarios y empresas).

Veamos. Haciendo un escueto detalle de reglamentaciones pendientes, podemos considerar:

1. DETERMINACIÓN DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS, DE SOLVENCIA FINANCIERA, DE CAPACIDAD DE GESTIÓN Y RECAUDOS FORMALES PARA LA INSCRIPCIÓN DE LAS ENTIDADES EN EL REGISTRO. (Art. 5, inciso "c" de la Ley 26.682). CAPITAL MÍNIMO (Art. 21 de la Ley 26.682).
2. MODELOS DE CONTRATOS ENTRE USUARIOS Y EMP (Art. 5, inciso "g" y Art. 8 de la Ley 26.682).
3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN DE EMP. Y PRESTADORES (Art. 5, inciso "k" de la Ley 26.682).
4. VALORES DE CUOTAS PARA USUARIOS CON PREEXISTENCIAS.
5. NORMATIVA DE REASIGNACIÓN DE USUARIOS POR QUIEBRA, CIERRE O CESACIÓN DE EMP. (Art. 5, inc. "m" de la Ley 26.682).
6. ARANCELES MÍNIMOS OBLIGATORIOS DE LOS PRESTADORES PÚBLICOS Y PRIVADOS (Art. 18 de la Ley 26.682).
7. DETERMINACIÓN DEL CANON O MATRÍCULA ANUAL (Art. 25 de la Ley 26.682).
8. CONSTITUCIÓN DEL CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACIÓN (Art. 27 de la Ley 26.682).
9. IMPLEMENTACIÓN DE ESTRUCTURA DE COSTOS PARA EL CÁLCULO DEL INCREMENTO DE LAS CUOTAS (Art. 17 del decreto 1993/2011).
10. PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO DE LAS FACTURAS DE HOSPITAL PÚBLICO Y OTROS (Art. 20 Ley 26.682).
11. MATRIZ DE CÁLCULO ACTUARIAL DE AJUSTE POR RIESGO PARA ESTABLECER EL AUMENTO PARA MAYORES DE 65 AÑOS (Art. 12 de la Ley 26.682 y del decreto 1993/2011).

Como puede observarse del detalle, son más las cuestiones que faltan regular que las efectuadas hasta la fecha.

Sin entrar a analizar la entidad e importancia que cada uno de los

asuntos pendientes de tratamiento pueda tener, desde que no tiene la misma implicancia el establecimiento del canon anual a pagar por cada empresa que el valor de las cuotas para usuarios con preexistencias, para poner un ejemplo que tenga una consecuencia diferente para usuarios que para el Sistema, cabe hacerse la pregunta del por qué de la falta de regulación.

En este sentido e intentando esbozar una subjetiva respuesta, pareciera que nadie tiene interés en avanzar con estas reglamentaciones faltantes.

Por un lado, la Superintendencia de Servicios de Salud ha evitado hasta el momento adoptar posiciones que conlleven el establecimiento de una doctrina, a través de dictámenes o resoluciones. Se ha enfocado a resolver cada caso concreto que se le presenta, a través de denuncias o reclamos de usuarios, pero sin que esos casos puedan servir de antecedente para otros.

Por el otro, las empresas de medicina prepaga parecen preocu-

parse única o primordialmente por obtener aumentos en el valor de las cuotas. En la mayoría de las reuniones que mantienen los representantes de las Cámaras que las nuclean con los funcionarios de Gobierno, los resultados de las reuniones que trascienden a nivel de la prensa evidencian ese único o primordial objetivo.

Las organizaciones de defensa de los consumidores (usuarios para el Sistema) tampoco han manifestado preocupación al respecto. No tenemos conocimiento que las Defensorías del Pueblo de las diferentes jurisdicciones o de la Nación hayan efectuado peticiones al respecto.

No obstante lo expuesto hasta aquí, consideramos que se podría aprovechar la situación actual de orfandad reglamentaria, en beneficio de todos los actores del sistema.

Las actuales autoridades de la Superintendencia de Servicios de Salud demostraron su voluntad conciliatoria y de consenso al suspender los efectos de algunas de sus resoluciones, luego de haber

sido criticadas por motivos técnicos, por distintos sectores de la actividad. A título de ejemplo cabe recordar la modificación de la resolución 1200/12, que incluyó aportes formulados por la Comisión Asesora de la Confederación General del Trabajo, que derivó en la emisión de la resolución N° 1561/12 (Prácticas incluidas en el SUR) y la resolución N° 601/14, que fue modificada por la resolución N° 783/14 (registro de contratos), también aceptando propuestas de la comisión referida.

Con respecto a la reglamentación de distintas normas vinculadas con la actividad de las empresas de medicina prepaga, sugerimos que la Superintendencia de Servicios de Salud, antes de proceder a su reglamentación, convoque a todos los sectores con intereses legítimos en la materia –financiadores, prestadores y usuarios–, en un marco de diálogo, para recibir aportes que permitan después constituir la base de las normas reglamentarias que emita la autoridad de aplicación. □



www.sanidad.org.ar

El poder de la información

En la Jornada Sistemas de la Información en Salud (SIS): Realidades y Perspectivas, organizada por la Universidad ISALUD, importantes referentes del sector recorrieron los desafíos que, en nuestro país, enfrentamos para la implementación de nuevos sistemas de información, a la vez que repasaron experiencias exitosas y puntos clave para lograr que la información se jerarquice en el ámbito de la salud.

Sistemas de Información: un tema que va cobrando más y más lugar en la agenda del ámbito de la salud. Atenta a estos nuevos horizontes, la Universidad ISALUD, en conjunto con la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales, organizó en junio pasado la Jornada Sistemas de la Información en Salud (SIS): Realidades y Perspectivas. Los objetivos del evento fueron claros: presentar el panorama de los SIS en nuestro país, así como debatir sus enfoques para el futuro, entender los factores de éxito en diferentes experiencias locales, presentar los últimos avances en movilidad y relevar el impacto en la vida real de estas nuevas formas de organización de la información.

Para desarrollar cada uno de los temas, la Universidad convocó a destacados especialistas del sector que, a lo largo de la jornada, fueron dando cuenta de las distintas aristas necesarias para entender los SIS. Con la presencia y las reflexiones continuas del doctor Rubén Torres, rector de la Universidad ISALUD, el arco de especialistas incluyó al doctor Daniel Ferrante, del Ministerio de Salud de la Nación, al doctor Daniel Luna, del Hospital Italiano y al doctor Benjamín Surace, del Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social. Luego del café de media mañana, el doctor Gabriel Novick, Director Médico Corporativo de Swiss Medical, y el ingeniero Mariano Soratti, del Ministerio de Salud, sumaron sus aportes, junto a

Gerardo Machnicki, coordinador del evento, y al doctor Adriano Castromuovo, de Novartis. Después de las palabras preliminares de Torres, que advirtió que "en general hay abundancia de datos pero éstos no alcanzan a convertirse en políticas de salud", se dio inicio a la Jornada.

EL DESAFÍO DE LOS SIS EN LA ARGENTINA

Fue el doctor Ferrante el encargado de abrir los paneles, exponiendo sobre el panorama de los SIS en la Argentina y Latinoamérica. No tardó en señalar que los SIS van excediendo el paradigma clásico de los sistemas de salud, que es muy unidireccional. Ferrante presentó más tarde la Red Métrica de Salud, que, como marco de organización de la información sanitaria, propone seis componentes básicos: los recursos, los indicadores, las fuentes de datos, el manejo de la información, los productos de información y la difusión y uso. "El objetivo de la Red es incrementar la disponibilidad, el acceso, la calidad y el uso de la información en salud para la toma de decisiones", detalló el doctor.

Luego de revisar en qué estado se encuentra cada uno de los componentes de la Red en Latinoamérica, Ferrante se centró en el sistema de salud argentino. Indicó así que en nuestro país "cada subsector tiene mucha información, pero que no es de acceso



Vista general del numeroso público que se dio cita durante la Jornada.

público." El problema, destacó, es que "nuestro sistema de salud fragmentario impacta en los SIS: no podemos pretender tener SIS integrados si la integración a nivel gestión es baja."

Problemas de los SIS en la Argentina

Doctor Daniel Ferrante

- Información no integrada, tanto a nivel asistencial y poblacional como a nivel de los subsistemas de salud.
- Planificación no integrada y vertical que impacta sobre los SIS: se generan diferentes estándares y se duplican los esfuerzos.
- Dificultad en el acceso a la información.
- Insuficiente utilización de la información para diseño y monitoreo de políticas sanitarias.

A modo de conclusión, Ferrante destacó que "la cultura de la información debe profundizarse en salud pública" y que es necesario un fuerte liderazgo a nivel nacional y regional para lograr mejoras. "Los sistemas de información son espejos de los procesos de planificación: no todo es tecnología, también te-

nemos que estar atentos al cambio cultural y político," sintetizó.

HOSPITAL ITALIANO: UNA EXPERIENCIA POSITIVA

Desde la dirección del Hospital Italiano de Buenos Aires, el doctor Daniel Luna presentó el enfoque estratégico que condujo al éxito de su Institución en la implementación de los SIS. Los SIS, coincidió Luna, reflejan los sistemas de salud: "si un sistema de salud es fragmentario, va a tener SIS fragmentarios." Por eso, el doctor destacó un punto clave para lograr las condiciones para la integración de los SIS: "en general se pone el énfasis en el software pero son muchos los aspectos que hay que tener en cuenta", como la gobernanza, la normativa y el manejo del cambio.

Así, Luna presentó el esquema de SIS basado en componentes que utilizó el Hospital Italiano. Con el proyecto iniciado en 1998, hoy por hoy la institución ha logrado la completa informatización de la asistencia e, incluso, ha llegado a los pacientes con sistemas de portabilidad. Una de las claves

del éxito fue, comentó Luna, la adopción de un enfoque socio-técnico, que entiende que "los sistemas de salud son sistemas adaptativos complejos."

En relación al Hardware, Luna señaló que "suelen llegar preguntando sólo por lo técnico pero, en verdad, la inversión no está tanto en lo físico sino en la formación de un equipo interdisciplinario." Para el contenido clínico, por otra parte, "se debe lograr generar un único repositorio de datos clínicos, que esté basado en estándares." "Hay que tener en cuenta el ciclo del dato para trabajar en la calidad de la información", enfatizó Luna. También es importante, añadió, trabajar con terminología clínica en los sistemas informatizados porque "los profesionales médicos no quieren documentar para terceros."

En relación a la interfaz humano-computadora, Luna remarcó que es importante lograr sistemas que se manejen intuitivamente y "extender el desarrollo lo más lejos posible." Para la gestión de la dimensión Peopleware, resulta relevante trabajar con todos los usuarios y capacitar. En cuanto a la comunicación, lo central es ge-



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

Ocho dimensiones del modelo socio-técnico para los SIS

Doctor Daniel Luna

- Hardware, software e infraestructura.
- Contenido clínico.
- Interfaz Humano-Computadora.
- Gente (Peopleware).
- Comunicación y workflow.
- Políticas organizacionales internas, procedimientos y cultura.
- Regulaciones y presiones externas.
- Monitoreo y sistemas de medición.

nerar canales comunicativos desde y hacia todos los puntos del sistema. Otra de las claves para el éxito de los SIS es que éstos lleguen a las altas gerencias: "tiene que ser un proceso estratégico de la organización; hay que involucrar a todos", señaló Luna. Para terminar, Luna se refirió a la dimensión monitoreo de su modelo para los SIS: "Es imprescindible monitorear cómo se usa el sistema: van a aparecer siempre nuevos errores y hay que mirar de cerca para detectarlos." Hacia el final, el doctor dejó un último consejo para la implementación de los SIS: usar Gestión de Proyectos.

POR LA INTEGRACIÓN DE LOS DATOS

El doctor Surace, por su parte, pasó revista de la situación que, en relación a los SIS, viven las obras sociales. Aclaró que la liberación de los datos traería beneficios y que,

por eso, "hay que convencer a quienes se manifiestan propietarios de los datos de que el todo es más que la suma de las partes." Hoy por hoy, remarcó Surace, "cada cual atiende su juego en el sector salud."

Surace señaló más tarde una problemática específica del sector de la seguridad social frente a los SIS: "En el sector, hay una asimetría en el acceso a la tecnología, que perjudica en el desarrollo de los SIS." Habría, según el doctor, tres subgrupos dentro del sector. Por un lado, un grupo de obras sociales que maneja sistemas de información muy básicos: "Si se liberaran los datos, se podría generar valor para este grupo", señaló Surace. Un segundo grupo de obras sociales, especificó, está informatizado sólo por partes mientras que un último grupo, pequeño, maneja información de calidad y en interfaces.

Más adelante, el doctor acercó dos experiencias en SIS en el ámbito de la seguridad social: una, a nivel de la microgestión y otra a nivel de la mesogestión. La primera de las experiencias, del Policlínico Central de la Unión Obrera Metalúrgica, apuntó al usuario y logró la digitalización para el sistema de turnos, salas de espera y consultorios: "Mediante el sistema, el profesional puede buscar antecedentes, estudios e informes e incluso consultar sobre estudios de imágenes con otros profesionales", detalló Surace. La digitalización se extendió también, en este caso, a la prescripción: la receta se imprime en el momento de la consulta.

El caso de mesogestión corresponde a OSUTHGRA, que ha aplica-

do SIS para gestionarse como financiador. "Los programas permiten acceder al padrón general para hacer reintegros del SUR, autorizaciones, consultas generales estadísticas o encuestas", comentó el doctor. Por ese programa, la obra social obtuvo en 2005 el primer premio de la Superintendencia en Modelo Innovativo de Gestión Sanitaria. Y en 2006, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires le otorgó el Mérito de la Gestión de Calidad en Salud.

SIS en la seguridad social: estrategias a futuro

Doctor Benjamín Surace

- Elaborar una estrategia nacional para demostrar la ecuación costo/beneficio de un cambio en los SIS.
- Priorizar los datos importantes que debemos generar para este cambio.
- Evaluar el estado de los SIS a nivel país.
- Generar programas de apoyo para aquellos que quieren implementar SIS.

SISTEMAS DE PORTABILIDAD EN SALUD

La movilidad, los sistemas de portabilidad, están llegando al ámbito de la salud. Por eso, el doctor Gabriel Novick expuso panoramas actuales sobre salud móvil. "Se trata de innovaciones que involucran ciencia, tecnología, antropología y filosofía", adelantó el doctor. Con varios videos y cifras estadísticas, Novick evidenció la gran penetración que la tecnología móvil tiene en la población nacional. Este hecho, remarcó, puede utilizarse para trabajar más intensamente en mejorar la adherencia. Los datos indican, señaló el doctor, que el 20% de los pacientes nunca compra la primera dosis del medicamento prescripto; que hay un 22% de no adherencia a la prescripción y que el 50% de los pacientes no toma la medicación según las indicaciones dadas por el profesional.

En este sentido es que muchas veces los datos conductuales (ver recuadro) indican que el encuentro médico-paciente no es necesariamente satisfactorio.

Es aquí que la tecnología móvil puede hacer la diferencia: "La relación médico paciente continúa más allá de la consulta con el mundo móvil," señaló. Los profesionales médicos, remarcó Novick, "saben



Dr. Daniel Ferrante, Dr. Daniel Luna, Ing. Mariano Soratti, Dr. Rubén Torres, Dr. Gabriel Novick y el Dr. Benjamín Surace.

que es inevitable el uso de esta modalidad tecnológica, aunque no la recomiendan tanto: quizás porque todavía no existe un régimen de remuneración para las consultas digitales: esto es algo en lo que se debería trabajar.”

Factores que afectan la adherencia

Doctor Gabriel Novick

Dependientes del sistema

- Acceso al expendio.
- Sistemas sanitarios fragmentados.

Dependientes del paciente

- Nivel educativo.
- Nivel de involucramiento en el proceso de tratamiento.

Dependientes del profesional médico

- Regímenes complejos de prescripción.
- Barreras comunicativas.
- Poco tiempo de consulta.

La tecnología y la salud se unen también en el mundo de las Apps. De las cuarenta mil aplicaciones de salud que existen disponibles para bajar a los celulares, ya veinte mil son de utilidad comprobada. “El paso que se viene preparando es el de prescripción de aplicaciones”, comentó el doctor hacia el final.

El SIISA

Más tarde, el ingeniero Mariano Soratti presentó el SIISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina, del Ministerio de Salud de la Nación. El SIISA, creado en 2007, señaló Soratti, surgió para

reducir la fragmentación sanitaria y, como plataforma de tecnología, cuenta con tres pilares: el REFES (Registro Federal de Establecimientos de Salud), el REFEPS (Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud) y el Padrón, para el registro de los ciudadanos.

En referencia al REFES, Soratti destacó que adjudica un ID a cada establecimiento y que maneja información pública. “Hemos logrado que, a nivel país, “establecimientos de salud” se asocie con el REFES.” El desafío, señaló, es la actualización permanente.” El REFEPS, por su parte, que fue creado a través de acuerdos con el COFESA, tiene a más de 600 mil profesionales registrados, también con un ID único, y cuenta con un sistema de consulta pública por número de matrícula o apellido. “Aquí el desafío es la cobertura: en 2014 queremos incluir a todos los médicos del país; en 2015, a los enfermeros”, enfatizó Soratti. En el caso del Padrón de ciudadanos, aunque incluye a más de 15 millones, “no hemos logrado que se difunda lo suficiente”, advirtió Soratti. “Tenemos como desafío identificar y compartir los datos.”

Soratti detalló que es necesario entender que no todo es tecnología en el mundo de los SIS: “hay que tener un plan estratégico.” Además, postuló que es importante considerar la información como un insumo de valor y jerarquizar las áreas de sistemas en el Estado. Por último, añadió también, “es importante incorporar las necesidades en materia de información a la agenda política.”

Hacia el final de la Jornada, Machnicki planteó la pregunta de si los SIS ¿son una sofisticación de los países desarrollados o una necesi-

SIISA, claves para el éxito Ing. Mariano Soratti

- Apoyo político.
- Formas no tradicionales de crear equipos de trabajo.
- Involucrar a todos.
- Aceptar los tiempos y las dificultades tal como son.
- Sobrevivir a los cambios de gestión.
- Hacer lo que se necesita, y no lo que se quiere.

dad real? “Si bien es cierto que los SIS requieren mucha inversión, no creo que sean una sofisticación”, postuló. Por su parte, el doctor Castronuovo expuso sobre el papel de la información en los esquemas de reembolsos y acerca de la importancia de los acuerdos basados en resultados, que son los que cambian el paradigma. “Este tipo de acuerdos chocan con el problema de dónde obtener los datos: esto es solucionable si se pone en el centro al paciente”, advirtió.

En el cierre, el doctor Torres recordó que la Universidad ISALUD está siempre abierta a la discusión: “Estamos convencidos de que la construcción de una política sanitaria se basa en la mirada al futuro, que es lo único que se puede construir.” Además, señaló Torres, “siempre se construye en consenso y en conversación con todos: por eso siempre las puertas están abiertas para el diálogo”. Por último, el doctor subrayó la importancia de apostar a las propias convicciones. Y, para cerrar la jornada, remarcó que “la lógica de la política sanitaria tiene un solo objetivo: el bienestar de la gente.” □



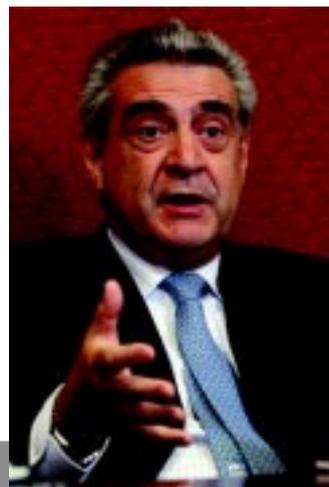
CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

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

Encuesta Mundial TW 2014 sobre tendencias en materia de costos médicos: Indicadores y causales

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



La tendencia del incremento de los costos médicos continúa en todo el mundo, y las empresas aseguradoras no ven, en el corto y en el mediano plazo que esto vaya a modificarse o a detenerse. Esta es la conclusión del análisis de los resultados de la Encuesta 2014 realizada por Towers Watson sobre la tendencia mundial en la materia. Esta Encuesta se realizó entre noviembre 2013 y enero de 2014 y refleja las respuestas de 173 compañías de seguros médicos que operan en 58 países, en donde la mayoría de los encuestados poseen al menos un 10% de participación del mercado de su país. Es importante destacar que tanto el mercado de los EE.UU. como sus empresas aseguradoras no forman parte de esta encuesta ya que el mercado de EE.UU. es cubierto por una encuesta específica de TW.

La primera observación es que si bien la tendencia ha disminuido en algunos países y regiones, todavía es más del doble de la tasa de inflación.

Uno de los factores que los expertos atribuyen a dicha tendencia, es la reducción progresiva de los beneficios de la salud pública en muchos países, lo que ha generado una presión adicional sobre los costos de planes privados.

¿Cómo están respondiendo los empleadores frente a los incrementos? Las aseguradoras informan que las empresas siguen utilizando principalmente los métodos tradicionales, es decir la gestión de costos, incluyendo la utilización de coseguros y la participación de los empleados en los costos de los planes.

Sin embargo, es importante señalar que el uso de los programas de salud y de bienestar está creciendo como una forma de morigerar el crecimiento de costos.

HALLAZGOS CLAVES

- El incremento promedio para el año 2013 fue de 7,9% y se espera que sea un poco más alto para el 2014. No obstante, se estima que el aumento será algo menor que en años anteriores, hecho que estaría fundado en las bajas tasas de crecimiento económico de Europa y en las presiones que se generan por la competitividad, lo cual ha desacelerado las actuales tasas, las que igualmente superan, como ya señalamos, en más del doble a la tasa de inflación.

En todas las otras regiones se espera que la tendencia del costo de la asistencia médica se siga incrementando, aunque igualmente debe decirse que se ha moderado significativamente respecto de los años anteriores.

- Una serie de factores comunes a nivel mundial, contribuyen a esta tendencia al alza, entre los que se destacan el aumento de la demanda por parte de los

empleados de las empresas, el incremento de las enfermedades -normalmente las relacionadas en forma directa con el estilo de vida de las personas- y el desplazamiento continuo de la carga asistencial del sistema público al sector privado. También en numerosos países (Brasil, Indonesia, la Argentina, etc.) nuevas regulaciones del estado establecen la obligatoriedad de nuevas coberturas al sistema privado con el consecuente impacto en los costos.

- Más de la mitad de las aseguradoras de salud de todas las regiones anticipan una más alta o significativamente mayor tendencia de crecimiento de costos médicos en los próximos tres años. La expectativa es que dicha tendencia médica mundial se mantendrá incluso por delante de la inflación médica en los EE.UU. en el corto plazo.

- A nivel mundial, actualmente se presentan más coincidencias que en el pasado en la opinión de los médicos respecto de los factores que están impactando en los costos -tales como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer- aunque se presentan diferencias notables en la prevalencia del tipo de enfermedades entre las regiones (por ejemplo, las enfermedades respiratorias en Oriente Medio y África, patologías gastrointestinales en Asia y el Pacífico y trastornos músculo esqueléticos en Europa). El crecimiento del gasto en Salud Mental es una preocupación en todas las regiones -excepto Asia Pacífico en donde su cobertura no se realiza o es muy limitada-, siendo el estrés uno de los factores prevalentes.

- El porcentaje de encuestados que ofrecen Programas de Promoción de la Salud continúa creciendo. Cada vez más los aseguradores son más propensos a ofrecer una opción para una segunda opinión médica (67% de la oferta), Chequeos Médicos (66%), y Educación para la Salud (62%). Todavía son algo menos propensos a ofrecer Programas para dejar de Fumar (41%), Fitness (43%) y Programas de seguimiento de enfermedades crónicas (33%).

- Asimismo, se está incrementando la capacidad de obtener información sobre la utilización de servicios y los costos que se genera. Sin embargo, hay todavía muchos mercados -como el argentino- en los que resulta difícil la obtención de información para que los empleadores puedan comprender las tendencias y las problemáticas de salud de su población y de esa forma, tomar decisiones en materia de estrategias de coberturas.

Finalmente, señalemos que cuando se le preguntó a los encuestados cuáles serían en resumen las principales causas de aumento de costos médicos, una gran mayoría coincidió en dos factores: mayor utilización y (sorpréndase amigo lector... algo nada "técnico"...) mayor afán de lucro de quienes proveen los servicios... □



TU SALUD,
NUESTRO COMPROMISO

Estamos siempre

Florida 15 Piso 6º
Tel: 4342-6111 / 4343-5171
LÍNEA GRATUITA- 0-800-999-1654

WWW.OSPAT.COM.AR

OSPAT

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURISMO

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Egresos Sociales y Créditos de Medicina Prepagada
9800-022-54.133.02360 www.salud.gov.uy I.S. N.º 5. 141.1.0170.0

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social



osim

Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019A8G) Capital Federal

Los Prestadores Privados del Servicio Público de Salud necesitan Soluciones Urgentes

Representamos a establecimientos de salud, clínicas y sanatorios, centros de diagnóstico médico, laboratorios de análisis clínicos, instituciones psiquiátricas y de geriatría, que brindan servicios en sus distintas especialidades a las Obras Sociales Nacionales, Provinciales, Pami y Empresas de Medicina Prepaga (EMP). (*)

Somos miembros signatarios de los convenios colectivos de trabajo N° 108/75 y 122/75. Nuestras empresas generan puestos de trabajo genuino, directa o indirectamente, a más de 700.000 trabajadores.

Prestan servicios a la comunidad las 24 horas del día, durante todo el año, y para ello sostienen la presencia de personal profesional, técnico y auxiliar, y sus correspondientes costos.

Brindan un servicio público esencial, bajo propiedad y gerenciamiento privado, a través del 40% de los establecimientos de salud del país, en los que se atiende a más del 50% de los argentinos.

Somos un sector de la economía nacional que requiere permanente inversión en tecnología y al mismo tiempo depende críticamente del

recurso humano: a diferencia de otros sectores, en la salud se requiere incorporar cada vez más personal y cada vez más calificado.

No somos formadores de precios ni intermediarios. Somos empresas argentinas pequeñas y medianas que asumen el riesgo de sus inversiones y cuyos ingresos dependen de aranceles y condiciones financieras que les son impuestas.

LA SITUACION QUE ENFRENTAMOS:

1 - El *régimen impositivo*: Los impuestos que gravan el sector no sólo son similares a los de cualquier otra actividad que no se dedica a prestar un servicio público esencial, y que, contrariamente a nosotros, sustituyen trabajadores por tecnología, sino que existe un sobre costo adicional a aquéllos por el "IVA no computable".

Merece mencionarse que el impuesto a la ganancia mínima presunta incide con gran repercusión teniendo en cuenta que somos un sector con importantes e imprescindibles inver-

siones. Aún sin utilidades debemos pagar este impuesto sobre nuestros edificios, equipamiento médico, etc.

2- Los *salarios del personal*, se fijan "de hecho", año tras año, por paritarias rígidas y asimétricas. Representan el 60% del total de la estructura de costos de las instituciones y constituyen su principal prioridad.

3- Los *aranceles de las prestaciones*, por el contrario, se actualizan muy por debajo de aquellos y también "de hecho" (Estado, Pami, Os. Ss. EMP). Pero además estos aranceles se cobran con 30, 60 y hasta 90 días de retraso. Desde hace años, no se convoca a paritarias de aranceles como lo marca la ley. No funciona el Consejo de Concertación para la determinación de aranceles mínimos y obligatorios con una metodología consensuada, incumpliendo las leyes 26.682 y 23.661.

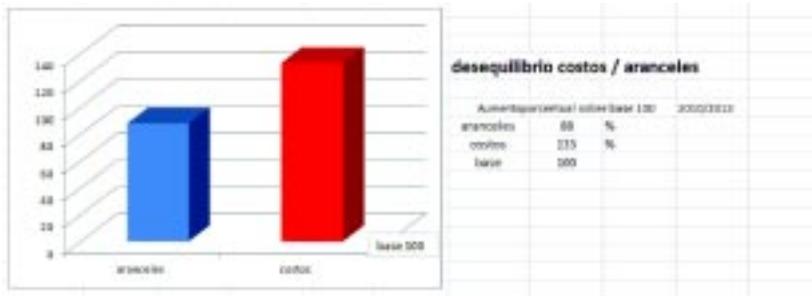
4. Por el contrario, los *insumos (médicos y no médicos)*, que han crecido sólo en los primeros tres meses del 2014 alrededor del 50%, se manejan en términos de mercado y según la evolución del dólar real y las dificultades conocidas de las importaciones.

5- El *desfasaje entre los costos salariales y otros insumos*, y los *aranceles* ha ido creciendo a través de los años, siendo hoy, y según el sector, de hasta un 50%.

La presión de los costos y la carga impositiva han llevado a una grave desfinanciación del sector que hoy se puede definir como límite.



Los Presidentes de las Cámaras que integran la CONAES.



Esta situación ocurre pese a los importantes incrementos en la recaudación que han recibido los financiadores de la salud (seguridad social y medicina prepaga) a través de la suba de aportes y contribuciones, cuotas, y derivación de fondos de la seguridad social a la medicina prepaga, y que no se vuelcan a la retribución de los prestadores del servicio de salud.

El incremento anual de la recaudación de las Obras Sociales Nacionales (OSN) fue del 29% respecto del 2012, pasando de \$ 36.000 millones a más de \$ 46.000 millones en el último año. Desde 2002 el incremento fue superior a 1.700%.

Si se observa el crecimiento del valor de la cápita en las principales OSN, aumentó de 2 a 4 veces en 5 años, llegando incluso a un aumento superior a 6 veces en el caso de OSDE.

De acuerdo a un índice representativo de una canasta de diferentes valores de planes de medicina prepaga, se observa una variación equivalente al 931,7% de variación desde la salida de la convertibilidad.

Desde la reglamentación de la Ley de Empresas de Medicina Prepaga se autorizaron seis aumentos de distinta magnitud, que significó, en

ese período, un incremento acumulado en las cuotas que abonan sus beneficiarios en el orden del 57,5%.

Cerca de 4 millones de personas cambiaron de Obra Social para recibir atención médica en una EMP. Se estima que esto equivale a un 28 o 30% de la recaudación de las OSN.

En casi una década, se aprecia un fuerte desequilibrio entre el crecimiento de los recursos de los financiadores (6,4 veces) y el menor incremento en ese período de los aranceles que perciben los prestadores privados (2,5 veces), que debieron afrontar fuertes incrementos en los costos de las prestaciones (4 veces aproximadamente).

¿COMO SOBREVIVEN LA EMPRESAS DE SALUD?

En los últimos años han ido desapareciendo numerosas Instituciones y otras se han debido redimensionar, perdiéndose numerosos puestos de trabajo.

En esta década sólo han crecido las "mega empresas de salud" fusionándose EMP con sanatorios. Así los financiadores del sistema aumentaron sus recursos hasta más

de 6 veces, los prestadores efectivos de salud lo hicieron sólo 2.5 veces.

EN DEFENSA DE:

- Las fuentes de trabajo.
- La financiación del sistema de salud.
- La provisión accesible de insumos y medicamentos.
- La continuidad de las prestaciones de las Obras Sociales y el Pami.
- La calidad de los servicios de salud.
- La libertad de los ciudadanos para acceder a los servicios de salud allí donde lo prefieran.
- La continuidad de las Pymes de la salud, que fueron construidas con el capital que surge del trabajo acumulado de argentinos.

Los firmantes, desde tiempo atrás venimos advirtiendo y reclamando en conjunto e individualmente sobre situaciones e incumplimientos que afectan gravemente la financiación del sistema de salud, su desarrollo económico y su capacidad de reinversión.

Se dificulta enormemente y cada vez más, el sostenimiento de nuestras empresas, y ello pone en riesgo la mejor atención sanitaria para los argentinos. □

(*) Consejo Nacional de Entidades de Salud - Federación (CONAES):

- Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos (AAEG).
- Asociación Argentina de Instituciones de Salud Mental (AISAME).
- Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CA.DI.ME.).
- Cámara de Entidades Prestadoras de Salud (CEPSAL).
- Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECFLISA).

federacionconaes@gmail.com





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

LA MEDICINA EN EL CINE

Sarcoma de Kaposi

De una enfermedad rara a la pantalla de plata

SINOPSIS

El sarcoma de Kaposi (SK), una enfermedad maligna cutánea, históricamente infrecuente, de curso indolente que afectaba a hombres de edad avanzada, emergió en los años 80 como una manifestación cutánea frecuente y fácilmente reconocible del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Dado que estos tumores son con frecuencia visibles, el sarcoma de Kaposi rápidamente se convirtió en un marcador de estigmatización de las personas infectadas y predijo el alto riesgo de mortalidad por las infecciones oportunistas que acompañan al Sida. Se han analizado las películas en inglés estrenadas entre 1985-2008 que mostraban imágenes de sarcoma de Kaposi y el papel que éste ha jugado en ellas. Con la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad

el sarcoma de Kaposi se ha convertido de nuevo en una patología relativamente rara. ⁽¹⁾

LA PATOLOGÍA EN FOCO

Antes del advenimiento y amplia difusión de la terapia antirretroviral de alta efectividad (TARAE) para el tratamiento de pacientes infectados con VIH, el SK se presentaba prácticamente en todos los pacientes con Sida. Se convirtió en una manifestación estigmatizante, a menudo superficial de esta enfermedad que era un poderoso recordatorio visual del amanecer de esta enfermedad emergente. Actualmente la TARAE previene e induce la regresión del SK. Sin embargo, antes de su advenimiento y en sus comienzos (en la década de los 80 y principio de los 90) el SK se convirtió en el punto de referencia de varias películas y telefilmes, siendo una clave visual de la patología y un anticipo

de muerte, a menudo por infecciones oportunistas comórbidas.

El SK se caracteriza por ser una enfermedad cutánea que se presenta en forma de manchas (solitaria o diseminadas) eritematosas a violáceas. Estas máculas pueden evolucionar a pápulas, placas, nódulos o tumores exofíticos. El SK puede también involucrar a otros órganos tales como pulmones, tracto digestivo y ganglios linfáticos ⁽²⁾. En 1981, un informe médico vinculó el SK con la homosexualidad masculina ⁽³⁾. Más tarde, se estableció que los hombres homosexuales con Sida tenían 20 veces más posibilidades de verse afectados por el SK que un grupo comparativo de hemofílicos, lo que llevó a pensar en la transmisión sexual ⁽⁴⁾. Finalmente, en 1994, se vinculó el virus del herpes humano-8 (VHH-8) con la etiología ⁽⁵⁾. Debe destacarse que el VHH-8 es de importancia capital para la etiología del SK y los hom-

Películas sobre el sarcoma de Kaposi (Tabla I)

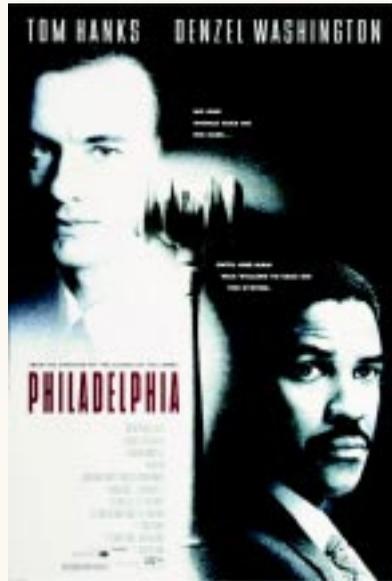
Año	Película	Personaje(s)	Localización del SK
1985	<i>An early frost</i> (TV)	Todd Víctor DiMatto	Cara, cuello Cara, cuello, torso, brazos, manos
1989	<i>Juntos para siempre</i> (<i>Long time companions</i>)	Sean Un corredor en la playa	Cara Cara y brazo izquierdo
1993	<i>Y la banda siguió tocando</i> (<i>And the band played on</i>)	Un paciente en el Hospital Claude Bernard Brandy Alexander Gaetan Dugas Bobbi Campbell	Cara y cuello Cara, oreja, cuello, manos, antebrazos Cuello Plantas de los pies
		Un paciente en el hospital Hombre contagiado por Gaetan Dugas Bill Kraus	Cara y cuello Cuello Cara, cuello, oreja, pierna derecha
1993	<i>Filadelfia</i>	Andrew Becket	Cara y torso
1996	<i>La última fiesta</i> (<i>It's my party</i>)	Joe Lovett	Cara, cuello, torso, manos
1998	<i>Gia</i>	Gia Carangi	Cara
2000	<i>Antes que anochezca</i> (<i>Before midnigh falls</i>)	Reinaldo Arenas	Cara
2003	<i>Ángeles en América</i> (<i>Angels in America</i>)	Roy Cohn Prior Walter	Cara Torso
2005	<i>Rent</i>	Angel Schunard	Cara y torso
2008	<i>The informers</i>	Christie	Cadera y muslos

bres homosexuales tienen muchas más posibilidades de contraer tanto VIH y VHH-8 que las mujeres o los pacientes hemofílicos ⁽²⁾.

An early frost (1985), una película hecha para televisión, fue el primer filme que se ocupó del tema del SK y el VIH/SIDA. Esta obra se enfoca en un abogado homosexual (Bob Maracek) que decide salir del placard y confesarle a su familia su condición sexual, hecho al que se ve forzado cuando debe enfrentarse al diagnóstico de Sida. El diálogo refleja el temor y la incertidumbre de la población estadounidense frente a esta nueva enfermedad. Mientras está internado con toxoplasmosis cerebral, Bob integra un grupo de soporte en el cual participan dos pacientes con SK. Uno es el extravagante Víctor, una víctima del Sida resignado a su destino, que se hace amigo de Bob, pero muere solo en una guardia hospitalaria. ⁽¹⁾

El drama *Juntos para siempre* (1989) retrata el momento en que aparecieron el VIH/ SIDA y el SK (también conocido como "el cáncer gay") al comienzo de los años 80 en Nueva York y San Francisco. Hombres jóvenes, en pleno estado de salud, de pronto se enferman severamente con infecciones oportunistas. Esto crea un clima de temor en todos los EE.UU. y una ávida esperanza de curación entre los pacientes infectados. Frente a una realidad falsamente tranquila, de pronto se precipitan los contrastes con pacientes que padecen Sida y SK. El protagonista contrae luego infecciones oportunistas y luego se ve reducido a la total invalidez, antes de su piadosa muerte. ⁽¹⁾

La película *Y la banda siguió tocando* (1993) se basa en el libro



de Randy Shilt del mismo título, enfocado en la investigación científica relativa a la epidemia de Sida llevada a cabo por los investigadores de los Centros para el Control de Enfermedades. Postula que estos esfuerzos fueron desbaratados por la demora en actuar por parte de un gobierno apático, descuidado por los medios masivos y enfrentamientos entre los investigadores de Francia y de EE.UU. Sumando todo esto, el autor sugiere que estos factores en conjunto demoraron la acción adecuada y finalmente dieron por resultado la expansión de la enfermedad durante los primeros años. En este filme son varios los personajes afectados por SK, destacándose su impacto sobre los aspectos físicos y su prevalencia en los primeros años del VIH/SIDA. ⁽¹⁾

La película más famosa sobre SK probablemente sea *Filadelfia* (1993). En este filme se narran las dificultades sociales y laborales de

Andrew Beckett (Tom Hanks), un exitoso abogado cuya vida se ve trastornada por la aparición de SK. La acción recoge sus peripecias una vez que aparece la primera lesión en su frente. A pesar de sus esfuerzos para disimular las lesiones sus empleadores toman conocimiento de su condición y con un pretexto banal, lo separan de su empleo. Beckett, rechazado por sus colegas, lucha hasta conseguir un abogado personal que lo represente, que se concreta con la aparición de Joe Miller, un abogado homofóbico, inicialmente temeroso del contagio. Finalmente Miller logra que se haga justicia para Beckett. Sin embargo su victoria personal resulta ser fugaz, ya que fallece por una infección oportunista intercurrente. ⁽¹⁾

Tal como se muestra en la Tabla I existen otros ejemplos sobre la aparición de SK en enfermos VIH/ SIDA, e incluso en muchos otros filmes (como en *Las Horas*- 2002) aparecen tangencialmente tales casos. □

Referencias

1. Holliday, AC y Wagner, RF Jr. Kaposi's Sarcoma in Film. *J Med Mov* 2013; 9(3): 107-113.
2. Antman K, Chang Y. Kaposi's Sarcoma. *N Engl J Med* 2000; 342(14): 1027-1038.
3. Friedman-Kien AE, et al.. Kaposi's sarcoma and pneumocystis pneumonia among homosexual men - New York City and California. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1981; 30: 305-308
4. Beral V, Peterman TA, Berkelman RL, Jaffe HW. Kaposi's sarcoma among persons with AIDS: a sexually transmitted infection? *Lancet* 1990; 335(8682): 123-128.
5. Chang Y, Cesarman E, Pessin MS, Lee F, Culpepper J, Knowles DM, Moore PS. Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Science* 1994; 266(5192): 1865-1869.



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 EMPLERADOS

www.osdo.com.ar

EL “MOBBING”, UN CRIMEN PERFECTO

El acoso moral o maltrato psicológico en la vida cotidiana y laboral

Por el Dr. Antonio Angel Camerano (*)



El “mobbing” se encuadra dentro del “estrés Psicosocial” y “Trastorno Adaptativo con ansiedad y depresión asociadas”. Mientras la Organización Mundial de la Salud mantiene sus previsiones para el año 2020 donde la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo alerta sobre la posibilidad de destruir a una persona con frases, miradas y actitudes. Mecanismo que no sólo existe en la pareja, en la familia sino que es un problema serio en las empresas o instituciones.

Patologías de la esfera psicológica que tengan sustrato en un “órgano de choque” por ejemplo: úlcera, presión, trastornos vasculares entre otros, ocultan el problema. Las agresiones proceden de la voluntad de desembarazarse de alguien sin mancharse las manos. Avanzar enmascarado es lo propio del perverso. Esto es lo que hay que develar para que la víctima pueda volver a encontrar sus puntos de referencia y sustraerse a la mano de su agresor. Hoy la experiencia clínica fundada en la victimología, sitúa la problemática del lado de los agredidos con el fin de que el acoso que sufren se considere como lo que es: un verdadero “asesinato psíquico”. La víctima vive una situación de la que no es responsable.

El tema “acoso moral” es todavía un tabú que se está transformando en un gravísimo problema que afecta a las estructuras en todos sus niveles desde las bases hasta la alta conducción de la profesión, el individuo, la familia y la sociedad toda. Estudios realizados por el FBI sobre asesinatos en serie sitúan el perfil psicológico del acosador moral como un pariente cercano de los mismos. Insomnio, migrañas y dolores de estómago son los primeros síntomas. Algunos beben y toman tranquilizantes. El rol de la compulsión profesional, el traslado de la culpa y la judicialización (acoso legal) entre otros son factores del medio. Como concluye Marie-France Irigoyen en su clásico libro sobre el tema: *“Médicos e inspectores de trabajo han confirmado este fenómeno en plena expansión en el hemisferio norte, y han comenzado a denunciar públicamente estos casos. La toma de conciencia colectiva y corporativa es necesaria para que la gente reaccione. Muchos siguen manteniendo a esa gente destructora”*.

El acoso empieza cuando la víctima reacciona y no se deja avasallar. Su capacidad de resistir, a pesar de las presiones es lo que lo señala como blanco. No es un proceso vertical con base única en la autoridad sino más bien tangencial. En países como España el 23 % de alta dirección padece de sintomatología. “La empresa en su conjunto se puede convertir en un sistema perverso: cuando el fin justifica los medios, y cuando está dispuesta a todo -incluso a destruir a sus empleados en toda su escala- con tal de alcanzar sus objetivos”. Enfrentamos a un proceso de acoso sin códigos, que no sólo socava la dignidad del recurso humano, sino de la propia estructura laboral. Si el punto de partida es un conflicto entre personas es porque la empresa o la institución lo permite y aunque ninguna Ley regule el acoso moral, se debe imponer el respeto de los individuos. La víctima no llega a darse cuenta de que la están forzando. Se halla como atrapada en una tela de araña, anestesiada, y a merced

del que la domina. El perverso tiene que poder controlar el juego, su víctima no es más que un objeto que no debe abandonar su posición de objeto, y no un sujeto interactivo. Esta es la fase donde el agresor mantiene a la víctima en un estado de estrés permanente. Lo que nos diferencia de los individuos perversos, es que estos actos, en nosotros, son reacciones pasajeras. La noción de perversidad, implica una estrategia de utilización del otro, sin que se produzca un sentimiento de culpa. Los perversos son considerados como sicóticos sin síntomas que encuentran su equilibrio en este proceso.” Si existe un error de la víctima es en no ser desconfiada y en ser leal en cuanto aceptar lo que se le dice al pie de la letra.

Frente a una situación de estrés, el organismo reacciona en un permanente estado de alerta, con secreción de hormonas, depresión del sistema inmunitario con una modificación de los neurotransmisores. En realidad esto no es un problema de los neurotransmisores sino un problema de relación que los altera. Se dirá entonces, que las víctimas nacieron víctimas, se las acusará de ser las responsables y a la hora de tratar de resolver lo irresoluto se generará un aislamiento que las llevará a la soledad.

DSM-IV lo define como el trauma generado que afecta a funciones como la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción. Una vez que el proceso de acoso ya se ha establecido, es difícil que se detenga de otro modo que con la marcha de la víctima. Los medicamentos sólo salvan el pellejo. La Asamblea General de las Naciones Unidas, en un anexo a la declaración de principios relativos a las víctimas, las define como violaciones en materia de derechos humanos.

Otro libro significativo cuya autora es de nuestro país, resulta ser el de la Lic. Diana Scialpi donde la violencia es considerada una epidemia soslayada que, en un futuro próximo, superará a las enfermedades infecciosas como causa principal de morbilidad. El enfoque de salud pública aborda las causas y las consecuencias de la violencia, hace hincapié en la acción colectiva y considera prioritaria la prevención. La autora explora el territorio de la administración y desenmascara conductas violentas habituales a través de una muestra intencional de casos, propia de los estudios exploratorios. Esta investigación es pionera del fenómeno de la violencia laboral institucional (político burocrático).

Quienes trabajamos en el área de la salud tenemos la obligación ética y científica de reconocer y alertar sobre estas patologías, y actuar siempre que sea posible desactivando así la relación perversa, así como introducir modificaciones, en el ámbito laboral profesional o familiar donde se manifieste. Y sobre todo los que tenemos alguna responsabilidad en el manejo y liderazgo de equipos de trabajo, debemos estar informados a fin de poder detectar y evitar estas posibles situaciones fundamentalmente manteniendo un bajo nivel de conflictividad. □

(*) Médico - Maestrando en Administración de Sistemas y Servicios de Salud; Sede Fundación Sanatorio Güemes. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina 2014.

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



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

La importancia de la calidad de los RRHH en la atención de la salud

Por Pablo Pescie

Instituto Argentino de Salud



Vale conocer el origen etimológico de la palabra "calidad". Deviene del latín "qualitas" que quiere decir *calidad*. El diccionario de la Real Academia Española define la palabra "calidad" como: cada uno de los caracteres, naturales o adquiridos, que distinguen a las personas, a los seres vivos en general o a las cosas y también expresa el mismo diccionario: manera de ser de alguien o algo.

Regularmente sucede que cuando se habla de calidad de los recursos humanos en salud, suele pensarse en la calidad técnica de los profesionales que cuidan la salud de otras personas. Esto es: dónde se formaron, qué especialización tiene, dónde hizo posgrados, con qué experiencia cuenta, etc.

Lo que frecuentemente no se tiene en cuenta son dos aspectos: 1) la longitud del *ciclo de servicio* en la atención de la salud y, 2) las cualidades humanas de las personas involucradas en esa atención.

Mirando entonces el alcance del ciclo de servicio es habitual ver que la evaluación de la atención se circunscribe a la calidad técnica del profesional actuante o del área de servicios. No se evalúa el primer contacto para esa atención (telefónica, personal, informática, etc.), los tiempos de espera (de consulta, internación, estudios, etc.), el clima y el espacio donde el equipo de salud atiende a esa persona, el trato humano (extra-técnico) de parte de los profesionales del equipo de salud, las explicaciones acerca del cuadro que transita la persona que consulta, la consideración del tipo de exámenes o tratamientos que se desean instaurar versus las posibilidades del paciente, las explicaciones respecto de la evolución de la situación de la persona que consulta, y podríamos continuar enumerando *momentos de la verdad* donde una persona toma contacto con la atención de su salud.

Por otro lado, no se registra en las distintas carreras para los profesionales de la salud espacios destinados a la formación en aspectos humanos. Hay, en algunos casos, asignaturas que instruyen acerca de la psiquis y el comportamiento de las personas, pero no se registra un trabajo intenso en las distintas formas de llevar adelante la relación con las distintas formas de personalidad. Quien oportunamente efectuaba esa educación en el desarrollo de la profesión o cuidado de las personas eran los denominados "maestros"; y lo hacían de una manera particular: con el ejemplo. El cambio de hábitos,

1 El ciclo de servicio es la secuencia completa de los momentos de la verdad que la persona experimenta al solicitar un servicio.
2 Momento de la verdad: episodio en el cual la persona entra en contacto con cualquier aspecto de la institución y se crea una impresión sobre la calidad de su servicio. (Karl Alprecht).

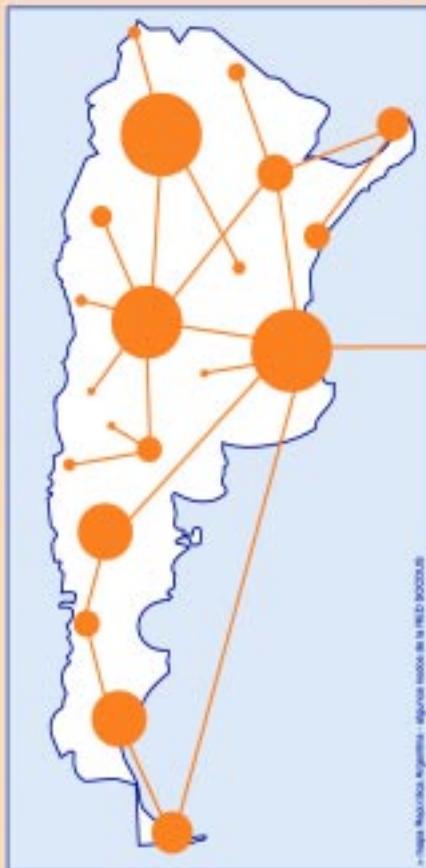
culturas, espacios, etc. ha determinado que la formación cuenta hoy con características que le son propias (ni mejores ni peores) y sobre las que hay que profundizar oportunamente para lograr una práctica que en el cuidado de la salud de las personas es central: el aspecto humano de la relación.

Haciendo un repaso por el ciclo de servicio podemos ver que una persona puede tomar contacto con efectores (cuidadores) de salud cuando se encuentra sana; este sería el estado ideal para el cuidado de la salud. Allí la persona se vincula con el prestador cuando ingresa en su sitio web para solicitar turnos, o lo hace por teléfono, o se apersona. Ese momento es muy importante ya que es el primer contacto de la persona con el efector. Si este primer paso fracasa, todo lo demás puede ser sin duda para olvidar. Luego de ello el segundo contacto es al momento de visitar al efector (clima del lugar, cuidado, estética, respeto por los turnos asignados, etc.) Luego de ello, y recién ahí, toma contacto con el profesional quien debería prever las dos cosas que amerita la práctica: técnica y cuidado. La primera netamente científica; la segunda puramente humana. Y así las cosas, los momentos de la verdad se van sucediendo a lo largo del contacto entre la persona y el efector.

Todos estos pasos adquieren más significado si el motivo de la consulta es por padecer alguna enfermedad; y dentro de este cuadro si se trata de algo ambulatorio o es con internación. Claramente la sensibilidad de las personas que buscan un efector en salud va incrementándose a medida que padece más angustia, incertidumbre por lo padecido, gravedad del cuadro, etc. Y es ahí donde cobra mucha mayor importancia todo el derredor. Y claramente cuanto mejor sea ese cuidado, mejores resultados terapéuticos y humanos son pasibles de lograr. Y con ello mejora sustancialmente, y a largo plazo, la reputación del efector.

Para próximas ocasiones podemos dejar las relevantes consideraciones vinculadas con las afinidades y necesidades según la generación de la que se trate (baby boomers, X, Y, Z).

Visto entonces todo lo mencionado más arriba, se genera un desafío. Para ello vale preguntar si las entidades formadoras pueden tener en cuenta todos estos puntos necesarios para dar cobertura de salud a las personas. Y en su caso si una sola entidad (universitaria, terciaria, etc.) reúne todos los requisitos para formar de manera integral a un profesional o si es necesario formarse en distintos lugares que contemplan la técnica por un lado y lo humano por otro. □



Odontología para Sistemas de Salud

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

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

> SOCODUS SA
 Av. Belgrano 1683, 3º piso
 Capital Federal, C.P. (1093)
 (011) 4371-1096 (líneas rotativas)
 info@socodus.com.ar www.socodus.com.ar
Consultorios Propios
 Tel.: 4362-5768 (líneas rotativas)

López Delgado & Asociados

estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

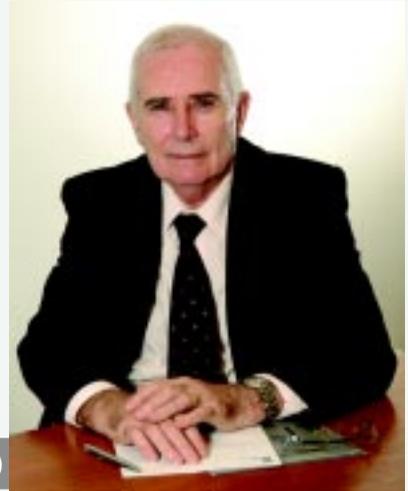
Jornadas y seminarios en la empresa - Actualización permanente
Cobro a Obras Sociales y Prepagas - Cláusulas que abrevian los litigios
Medidas cautelares

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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

Células madres del cáncer vinculadas a la quimiorresistencia tumoral



Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)

La mayoría de las drogas empleadas para tratar distintos tipos de cáncer, como el de pulmón, de mama y de páncreas, también desarrollan resistencia y en última instancia incentivan el crecimiento tumoral. Investigadores de la Facultad de Medicina de San Diego, de la Universidad de California, han descubierto una molécula, o marcador biológico, denominada CD61 en la superficie de tumores resistentes a la terapia farmacológica que parece ser la responsable de la inducción de metástasis tumorales incrementando las propiedades similares a las células madres de las células tumorales. ⁽¹⁾

Estos hallazgos, publicados en el número digital de *Nature Cell Biology*, puede abrir el camino a nuevas oportunidades terapéuticas para revertir la resistencia farmacológica en una variedad de distintas formas de cáncer, incluyendo los de pulmón, páncreas y mama. ⁽²⁾

David Cheresch, Profesor Distinguido de Patología del Moores Cancer Center de San Diego y director adjunto de Innovation and Industry Alliances, dijo que existen una cantidad de drogas a las cuales los pacientes responden durante las etapas iniciales de su tratamiento antineoplásico, pero que se producen recidivas cuando las células tumorales se vuelven resistentes a la terapia y agregó "Observábamos las células antes y después de que se hubiesen vuelto resistentes y nos preguntábamos, '¿Qué ha cambiado?' " ⁽²⁾

Seguin, Cheresch et al investigaron el mecanismo por el cual las células tumorales se vuelven resistentes a drogas tales como erlotinib o lapatinib, conocidos como inhibidores de los receptores de tirosinquinasa, y usados habitualmente en terapias antineoplásicas convencionales. Hallaron que a medida que se desarrolla la resistencia a los fármacos, las células tumorales adquieren propiedades similares a las células madres que les acuerdan la capacidad de sobrevivir en el organismo y que esencialmente ignoran a las drogas antineoplásicas. ⁽³⁾

Específicamente, los científicos delinearon los pasos moleculares que facilitan tanto el primitivismo como la resistencia a las drogas, y fueron capaces de identificar las drogas existentes que aprovechan este camino. Estos fármacos no sólo reversion las propiedades similares a células madres de los tumores, sino que también parecen resensibilizar a los tumores a las drogas a las cuales las células cancerosas habían desarrollado resistencia.

"La buena noticia es que hemos develado un camino previamente no definido utilizado por las células tumorales para transformarse en células madres cancerosas y que es el responsable de que los tumores se tornen resistentes a medicamentos antineoplásicos de uso habitual," agregó Cheresch.

Basándose en estos hallazgos, Hatim Husain, un profesor adjunto que trata diferentes tumores de pulmón y de cerebro en el Moores Cancer Center, ha diseñado un ensayo clínico que ataca este camino en los pacientes cuyos tumores son resistentes a fármacos. Este ensayo clínico se abrirá para pacientes con cáncer de pulmón y que han mostrado avances del cáncer y desarrollo de resistencia al erlotinib. Se espera que se inicie el próximo año. ⁽¹⁾

Husain dijo: "La Resistencia se desarrolla contra determinadas terapias antineoplásicas, y hemos expandido nuestro conocimiento de los mecanismos por los cuales sucede esto. Basándonos en estos hallazgos de investigación, ahora comprendemos mejor como explotar este 'talón de Aquiles' de los tumores resistentes a los fármacos. Los tratamientos irán evolucionando hacia terapias combinadas con las cuales se puede mantener a la enfermedad bajo control y retrasar el desarrollo de mecanismos de resistencia durante largos períodos". ⁽¹⁾

Si bien se espera que el mencionado ensayo dé comienzo con pacientes que hayan ya experimentado farmacoresistencia, Husain espera que pueda extenderse al tratamiento de pacientes en estadios tempranos para prevenir la resistencia inicial. ⁽¹⁾ □

Fecha: Abril 20, 2014
Fuente: UC San Diego

Referencias:

1. Cancer Stem Cells Linked to Drug Resistance. Drug Discover and Development. Abril 21, 2014.
2. http://www.dddmag.com/news/2014/04/cancer-stem-cells-linked-drug-resistance?et_cid=3894730&et_rid=5472-1582&location=top
3. Seguin L et al: An integrin β 3-KRAS-RalB complex drives tumour stemness and resistance to EGFR inhibition. *Nat Cell Biol.* 2014 Apr 20. doi: 10.1038/ncb2953. [En prensa]

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

Médicos Municipales

Defensa y cuidado para el que asiste



Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

La violencia contra los médicos reapareció en los últimos días en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Los hechos ocurridos en el Argerich y el Piñero volvieron a poner sobre el tapete un tema que la Asociación de Médicos Municipales denunció hace varios años y que muchos, en ese momento, tildaron de oportunista y que con el correr del tiempo tuvieron que reconocer que estábamos en el camino correcto.

Es por eso que afirmamos que la AMM es una de las entidades gremiales líderes a nivel nacional en el sector salud. Muestra de ello es la constante lucha por los derechos de los médicos de los hospitales públicos, el protagonismo en las discusiones sobre las diferentes problemáticas de la salud pública, y la firme defensa de condiciones y medio ambiente de trabajo dignos para nuestros colegas.

Se cumplieron diez años desde que comenzamos a mantener negociaciones paritarias propias con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por lo que ya no se necesita ir detrás de las paritarias de otros sectores. Una clara muestra del liderazgo de la AMM es la última paritaria firmada en la que se logró un aumento promedio, según la categoría y la carga horaria, que supera porcentual y claramente la inflación anual estimada.

Nosotros insistimos en el cuidado al colega porque sabemos todos que en la sociedad actual ha aumentado dramáticamente el riesgo del ejercicio de la profesión, no sólo por la violencia en sus distintas formas y el tema de la praxis médica, sino también por distintos aspectos de conflicto que afectan la práctica diaria. Frente a los hechos, nos vemos obligados a preguntarnos si esa sociedad a la que asistimos aumentó sus cuidados hacia el equipo de

salud, y si lo hizo en forma proporcional al riesgo que este debe enfrentar en su labor. La respuesta es **no**. Es entonces que las instituciones médicas gremiales como la nuestra, que ha liderado a nivel nacional la defensa de la problemática médica, deben extremar sus posibilidades para hacer más segura la práctica diaria de la medicina.

Seguimos trabajando constantemente y no descansaremos en lo referente al tema de la violencia, ni a los distintos requerimientos de nuestros asociados, ya que todo lo que nos afecta, lógicamente, resiente la calidad de atención. A lo ya logrado, como aumentar las medidas de seguridad en los hospitales o la implementación del 0-800, por ejemplo, hemos gestionado y conseguimos que un móvil policial esté presente en aquellos hospitales cuyas ambulancias acuden a zonas de alto riesgo, acompañándolas en todo su trayecto.

Asimismo, cuando decimos que una de las patas de sustentación de la AMM es la firme defensa de las CyMAT, es porque estamos convencidos de cuál es la forma en que deben trabajar los colegas.

Cuando mencionamos las acciones institucionales, muchos son los "etcétera" que pueden figurar. Pero esa enumeración no es el fin que persigue este editorial. Lo que decimos a través de la mención de luchas vigentes y logros, como la Carrera de Profesionales de la Salud, el convenio colectivo de trabajo, nuestras paritarias propias, la persistencia diaria en el convencimiento de que la única salud pública que queremos es la mejor, así como el permanente compromiso que adopta la institución junto y unida a los colegas, no hace otra cosa que remarcar la importancia que la AMM le da a cuidar al que cuida, a asistir al que asiste. □



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

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



www.osdo.com.ar

Pericias médicas: un replanteo necesario ¿Estamos en crisis?



Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

INTRODUCCIÓN

La prueba en los juicios en que se demanda a los profesionales e instituciones por responsabilidad profesional tienen dos protagonistas, además de las partes.

La historia clínica y la pericia médica, hoy comentamos la segunda.

LA PERICIA MÉDICA

Tiene tanta importancia que un fallo que se aparte de ella sin una justificación puntillosa (casi siempre acompañada de la designación de un nuevo perito o el requerimiento de opinión a una autoridad médica reconocida) califica a la sentencia de "arbitraria" que en buen romance significa "no es un acto judicial válido" o lo que es lo mismo: "parece una sentencia pero es tan mala que en realidad no lo es" calificación que a ningún tribunal le resulta agradable.

Y SUS CONSECUENCIAS

No es lo mismo ser un buen profesional médico "asistencial", aun especialista y con varios posgrados en el currículum, que un buen perito "judicial".

La correcta tarea pericial implica asumir un cambio de óptica al calificar el desempeño del profesional:

SITUARSE "EX ANTE"

Significa que el perito debe situarse en el momento en que el profesional asistencial tomó la decisión médica cuestionada que casi siempre implica:

Un estado de la ciencia diferente: lo que la medicina oficial tenía por correcto en ese momento. Las pericias suelen hacerse varios años después que el acto médico fue realizado y en ese tiempo la medicina evoluciona y a veces cambia dramáticamente, basta imaginar el descubrimiento de nuevos fármacos, medios de diagnóstico, tecnologías que de experimentales pasan a ser aceptadas y no todos recuerdan cuál era ese estado a una fecha pasada (los avances científicos no se publican en el boletín oficial).

La información disponible por el profesional al realizar el acto cuestionado: la medicina asistencial muchas veces actúa en urgencia, que genera incertidumbre frente a varias posibilidades. Si el médico esperara a tener la certeza absoluta del diagnóstico antes de actuar...muchos pacientes ya no estarían en este mundo.

Esa situación "probabilística" lleva a tratar casos cuyas causas nunca terminan de conocer debiendo actuar rápidamente en base a hipótesis no confirmadas y a aplicar tratamientos de tipo "sintomático" (con lo

que se superan la mayoría de los cuadros patológicos) Un antiguo principio médico dice: "En medicina casi siempre sabemos que pasa (los síntomas), algunas veces como pasa (la evolución probable) y pocas por qué pasa (las causas)".

Enfermedades diferentes tienen tratamientos iguales, pacientes de similares características y con la misma patología responden diferente al mismo tratamiento a punto tal que uno cura y el otro muere.

Por eso el especialista que casi nunca se equivoca es el patólogo, cuando hace la autopsia (pero tarde, claro).

EI DEFECTO "EX POST"

Formular un juicio de valor cuando ya todo pasó y el resultado es conocido, a veces hasta la autopsia.

Las decisiones médicas "miran al futuro", mientras que las jurídicas "miran al pasado", aunque ambas "se basan en las evidencias", que son "de distinta índole". "Mientras que las evidencias médicas son demostrativas, probabilísticas y de carácter inductivo, para la Justicia las evidencias son probatorias, circunstanciales, testimoniales, materiales, presuntivas y de prima facie". Las decisiones en la Justicia inclusive en la medicina forense "se parecen más a discusiones anatomoclínicas que a decisiones clínicas", una diferencia crucial. "En las discusiones anatomoclínicas ya existe un resultado, mientras que en las discusiones clínicas lo que existe es una probabilidad de que algo ocurra y un pronóstico, que tiene una lógica incertidumbre.

Esta fundamental diferencia no siempre es apreciada por los peritos quienes, muchas veces insisten en juzgar la conducta de sus colegas contando con mayor información de la que tenía el profesional cuando realizó el acto médico.

Y SUS CONSECUENCIAS

Si recordamos que la responsabilidad médica es subjetiva o sea requiere "culpa" por impericia o negligencia advertiremos que en el análisis de la actuación no puede prescindirse de la información disponible en ese momento.

En un caso en que intervine el perito oficial, para colmo de la asesoría pericial departamental, tenía por probada la culpa médica en datos revelados en la autopsia, de imposible conocimiento "pre mortem".

CÓMO SELECCIONA EL PODER JUDICIAL A SUS PERITOS

Supongo que el lector ya habrá supuesto que la importancia de esta prueba hace que la justicia eligiera

a sus peritos con mucho cuidado, indagando sus antecedentes científicos, verificando que se hayan mantenido actualizados y que asistieran a cursos de formación permanente que el Poder Judicial debería organizar con especial acento en indagar la información disponible "ex ante", las condiciones del establecimiento, si se trataba de una urgencia, los diagnósticos alternativos que razonablemente podrían deducirse del estado del paciente, etc.

Lamento desilusionarlos: no es así.

Para ser perito judicial basta con acreditar que dispone de título de la especialidad (si existe y está reglamentada) o de médico legista, inscribirse en el listado de la cámara de apelaciones y ser sorteado.

No son necesarios los cursos de actualización ni nada parecido.

Por ello son frecuentes dictámenes periciales cuyas citas científicas adolecen de una antigüedad de quince o más años (mucho tiempo para la medicina) fallas graves en la coherencia lógica y varios defectos que revelan una formación, al menos, pobre.

En la Ciudad de Buenos Aires, en casos de "praxis" se hace muy difícil pedir la opinión del Cuerpo Médico Forense ya que la gran cantidad de casos en que era consultado motivó que la Corte Suprema dictara una acordada que, en los hechos, las limita en un muy alto porcentaje.

En la Provincia de Buenos Aires, es peor, muchos buenos profesionales renunciaron a ser peritos por las bajas regulaciones de honorarios, la demora en cobrarlos y no tener que soportar el "estilo" insultante con que algunos de mis colegas

impugnan una y otra vez los informes que no les convienen.

Existen departamentos judiciales (con población superior a varias provincias) que carecen de peritos de varias especialidades y deben "pedirlos prestados" al departamento cercano, con los resultados previsibles: demasiadas pericias que dictaminar, falta de análisis del caso concreto y de las constancias clínicas de la causa, lo que lleva casi inevitablemente al juzgamiento "ex post".

A eso se agrega el muy humano narcisismo: si el perito se equivocó porque analizó en forma parcial, superficial o lisa y llanamente no analizó las constancias clínicas o sufre de "atrasos científicos" de décadas es muy difícil que lo reconozca, la tendencia es a sostener el propio error.

PROPUESTAS

Es necesario replantear el sistema pericial de ambas jurisdicciones.

Los peritos deben ser adecuadamente remunerados para que pueda exigírseles una formación continua que asegure que sus informes se adecuarán a la "verdad científica" y analicen el acto médico que juzgan al momento en que ocurrió, con las limitaciones que tiene la medicina asistencial.

Todo está por hacerse. □

Fuentes: Opinión del Dr. Alberto Agrest, académico en Medicina profesor honorario de la Facultad de Medicina de la UBA, en Congreso organizado por O.S.D.E. "Acercando los Jueces a las Ciencias" 2006).

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)

DIVORCIO: MACRO versus MICRO



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

Sostiene César Molinas (¿Qué hacer con España?, Ed. Destino, 2013) que el futuro se construye tirando de la organización, no empujando: hay que tener una visión de futuro, poner los pies allí y estirar de la organización. Juan Simó "Juan Simó. Centro de Salud Rochapea. Pamplona (Navarra)" se sitúa en 2024 e imagina los cambios que propone para la Atención Primaria española durante la próxima década. Los describe en un hipotético reportaje conmemorativo del 40 aniversario del inicio de la reforma de la Atención Primaria que se publicaría en 2024, pero que El Médico publica en 2014 coincidiendo con el 30 aniversario de la reforma de 1984 (<http://www.elmedicointeractivo.-com/analisis/tribuna/125617/2024-regreso-al-futuro-de-la-atencion-primaria>).

Siempre se hacen discursos extensos sobre la salud... los sistemas solidarios de salud... las equidades y las inequidades de la misma... y se esgrimen numerosos argumentos de esto y de lo otro, los cuales aparecen como soluciones, algunas mágicas, otras consensuadas, algunas muy bien diseñadas pero que nunca se traducen en resultados para el público, otras improvisadas que terminan produciendo más daños que beneficios... y la realidad, la implacable realidad, suele imponer sus evidencias, y éstas revelan que hay un divorcio entre el discurso y la calle, o si se quiere entre la salud desde lo macro y la otra que se representa en lo micro.

Asumimos que lo macro se refiere a los indicadores... de gestión... por ende de producción en salud, algo que tiene interés para los ámbitos políticos... y si bien, éstos alcanzan los estamentos de los servicios, no siempre se condicen con las respectivas realidades... esas que perciben los médicos/as, los enfermeros/as, los farmacéuticos/as, los bioquímicos/as, y todos los demás, que no son pocos, y que muchas veces asumen el rol de ser pacientes, o bien que deben "salvar" a familiares en tal condición... salvándolo de su enfermedad, pero también de las paradojas del sistema/modelo.

Asumimos que lo micro se refiere a las personas... intentando ser atendidas... intentando ser contenidas... intentando ser curadas... algo que la política suele recitar como referencia, pero que rara vez encaja en la realidad de los pacientes y/o

familiares y/o amigos y/o "alguien" y/o algunos, que deben hacer verdaderos periplos para conseguir un turno, conseguir que alguien los escuche, conseguir que alguien los comprenda, conseguir que alguien les explique, conseguir que alguien los guíe en el laberinto de las administraciones mal llevadas y peor coordinadas, conseguir que los respete como personas, conseguir que alguien les resuelva el problema que se ubica más allá de su enfermedad, en general por sobre y por delante de ella... tema no menor a la hora de los enfermos y sus enfermedades, condenados por estas últimas (enfermedades) y también víctimas de un sistema que dejó de serlo hace mucho tiempo...

Cuando cada quien, o quien sea, camina los pasillos de la salud pública... visto con los mejores ojos, despojados de sentimientos de confrontación y/o persecución y/o exclusión y/o crítica malparida, descubre que hay un divorcio tangible entre lo macro y lo micro, o lo que es lo mismo, hay un divorcio entre el discurso y la necesidad genuina, creándose agujeros negros peligrosos, esencialmente peligrosos para los pacientes y sus cuitas... mucho más peligrosos para las finanzas familiares... y ni qué hablar de las usuales omisiones, negaciones, olvidos, que condenan a los enfermos a cargar con estados depresivos o bien a sentirse (así lo describen muchos de ellos) que están frente a una pared que no ve, no escucha, no entiende... pero que los goza.

La realidad, siempre implacable, nos enseña que no hay coordinación administrativa, por ende tampoco la hay en la gestión, por consiguiente mucho menos la hay entre los recursos humanos profesionales, y desde luego, tampoco la hay a la hora de los pacientes y sus desesperaciones y desesperanzas, siempre libradas a sus suertes, a sabiendas que una vez asumido el diagnóstico, lo que le seguirá será un calvario... ya que de no contar con un "amigo" dentro de la estructura a la que se asiste... se podrá perecer en el intento, o también durante la espera... parece o suena apocalíptico, y lo es para los individuos enfermos... aun cuando el resto del sistema/modelo ni siquiera lo perciba, no quiera darse cuenta, o no le importe.

En el punto donde la salud pública y/o privada y/o dudosamente solidaria y/o inequitativa se judicia-

liza... indefectiblemente fracasa, o al menos demuestra que el sistema lo hace, o al menos enseña que el modelo no sirve, está fracturado, desintegrado, o hasta descoordinado, lo suficiente como para hacer que las personas/pacientes se vean frustradas en sus intentos de reclamar por algo que les corresponde por derecho...

Pami, como modelo fundacional de lo solidario y de lo equitativo, copiado y referido hasta el hartazgo por terceros involucrados directa o indirectamente... no ha servido para que el resto del sistema "aprenda" de sus aciertos tanto como de sus errores... por consiguiente, el resto del sistema, tanto el solidario como el que no lo es, ha seguido el criterio de los "errores", dando lugar a una administración que se ha ido transformando en una máquina de impedir-salud-al-paciente... puede molestar o doler, pero dado que el universo de afectados es demasiado significativo, bien vale considerar la aseveración.

El mundo de la salud globalizada estima que la administración no puede superar el 5% de la estructura de servicios de salud... algunos coincidirán... otros lo rechazarán... en nuestro país, las administraciones ocupan más del 12% de cualquier estructura asistencial, y curiosamente, impiden, sea por acción, sea por omisión... aunque a decir verdad, la falla o el fallo se produce por carencia de coordinación, esto es "alguien" que colabore con los pacientes llevándolos de la mano por el laberinto de las estructuras asistenciales... entre otras cosas, claro está. El simple ejemplo que comienza con el intento

de obtener un turno para ser atendidos... establece que el paciente, cualquiera sea, además de tal... se convierta en víctima del sistema.

Epílogo: la estructura asistencial de la salud pública demanda la presencia de "coordinadores" que resuelvan, sí... "resuelvan"... los problemas de los pacientes, a efectos que sólo deban ocuparse de sus enfermedades, y no de ver cómo esquivar las vallas que les imponen desde los sectores administrativos, siempre dispuestos a atropellar a cuanta persona se les cruza... siempre que no se trate de un "amigo". Los ejemplos son muchos, demasiados, dolorosos... tanto que para cualquier paciente y/o familiar, se tornan insoportables, inmerecidamente insoportables. □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2014-02-12. 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®
seis años ▶ 10 millones de lectores ▶ 150 mil documentos editados ▶ 150 millones de consultas reales ▶ 53 países registrados

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

Terapias online

Cuando la tecnología pone a prueba la responsabilidad profesional.

En un mundo muy mediatizado, donde las interacciones diarias pasan más por la tecnología que por el "cara a cara", las sesiones de terapia también comienzan a hacer uso de las herramientas digitales. ¿Cómo es una sesión por internet? ¿Se puede garantizar profesionalismo y ética profesional a través de un entorno virtual?

Algunos se van de viaje y no quieren "despegarse" de su terapeuta, otros disponen de poco tiempo y acortan distancias a través de la PC. Por uno u otro motivo, las terapias "a distancia" son una ventaja y, al mismo tiempo, un desafío que pone en la mira el desempeño de los profesionales. ¿Se pierden algunos rasgos típicos del intercambio en el consultorio? ¿Qué opinan los que alguna vez lo intentaron?

Si bien no todos los psicólogos y terapeutas practican esta modalidad, la mayoría de ellos no descartan la alternativa, e indican que, en ciertos casos, es posible realizar una buena praxis por este medio. El psicólogo y periodista Eduardo Chaktoura lo explica de esta manera: "es responsabilidad del terapeuta discernir cuándo sí y cuándo no reemplazar el consultorio clásico por el skype u otro dispositivo virtual. No podemos universalizar la aprobación o el rechazo de esta herramienta. Todo depende de la situación o el motivo de consulta, así como de las necesidades y estilos del paciente y/o terapeuta. El skype y otras formas de comunicación virtual acortan las distancias pero también pueden acentuarlas y jugar en contra del propósito".

En la misma línea de pensamiento, el psicólogo y escritor Alejandro Schujman señala: "si el cuadro del paciente no es de extrema gravedad, si no se trata de un trastorno psiquiátrico severo, entonces sí es posible realizar algunas entrevistas de contención, más orientadas a la psicoterapia en el sentido tradicional. Esto puede realizarse tranquilamente a la distancia". Sin embargo, ambos especialistas enfatizan que, frente a algunos trastornos o situaciones vitales, es fundamental no sólo poder apreciar el lenguaje corporal del paciente, en proximidad directa, sino también trabajar con la contención del profesional en el ámbito físico del consultorio.



Alejandro Schujman

"Cada profesional debe tener el criterio ético y la prudencia para utilizar este recurso. Personalmente, he atendido a pacientes que se encontraban de viaje por algunos meses, pero trataría de no comenzar una terapia por este medio. Cuando la situación es delicada y hay que citar, por ejemplo, a la familia del paciente, estamos frente a un caso que necesita el cara a cara. Nunca entrevistaría a un adicto por Skype", enfatiza Schujman.



Eduardo Chaktoura

"Cuando uno conoce al paciente y puede prever o anticiparse a sus necesidades, los caminos virtuales son una buena herramienta de encuentro. De hecho, la tecnología es saludable cuando la entendemos y consideramos como herramienta y no como sustituto o paliativo de nada ni de nadie", explica Chaktoura.

La ausencia de comunicación corporal hace que la percepción del otro sea parcial, nos aleja de las subjetividades físicas que se ponen en juego en un encuentro terapéutico tradicional. Como tantas otras novedades tecnológicas, la posibilidad de acordar sesiones online es seductora por su practicidad pero exige de un análisis cuidado por parte de los terapeutas. Coinciden los expertos en que hay muchas variables que se pierden en el entorno digital, y es imposible, por ejemplo, hacer una evaluación diagnóstica por este medio, debido a los muchos elementos que "quedan afuera" de la vista. Por eso, la responsabilidad y el compromiso ético reside, en estos casos, en tomar algunos recaudos antes de adoptar esta dinámica. "Básicamente, el psicólogo debe cerciorarse de que no haya ninguna circunstancia o variable que imposibiliten el tratamiento a la distancia. Un paciente que requiere internación, por ejemplo, es un paciente que debe ser atendido personalmente y sería una imprudencia profesional severa tratarlo a la distancia", explica el Lic. Schujman y resume con un concepto más que claro: "siempre debemos preguntarnos si vamos a poder cuidar al paciente de la misma manera que bajo el espacio presencial".



2014

ExpoMedical

12da. feria INTERNACIONAL de PRODUCTOS,
EQUIPOS y SERVICIOS para La salud

13^{AS} JORNADAS DE
CAPACITACIÓN
HOSPITALARIA



Nuevos pabellones
200 empresas expositoras
15.000 visitantes profesionales
10.000 m² de superficie

1 al 3 de octubre 2014

CENTRO COSTA SALGUERO BUENOS AIRES

Media Partner:

TEMAS HOSPITALARIOS
Guía Anuario  ExpoMedical.

Organiza

MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54-11) 4791-8001

Skype: expomedical

info@expomedical.com.ar

www.
expomedical
com.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