



Columna
Cafetín de Buenos Aires
De chiquilín te
miraba de afuera...
Por el Lic. Patricio Pasman



Opinión
La necesidad
de una Política de
Medicamentos
Por el Dr. A. Sánchez de León



**Columna
Seguro de RC
Médica:
Doble cobertura**
Por el Dr. F. G. Mariona

Mé^{di}cos

La revista de salud y calidad de vida

Año XVI. N° 82. Setiembre 2014

OBRAS SOCIALES

Presente y futuro



30 años



GALENO

cuidamos tus viajes,
cuidamos tu mundo



ASISTENCIA AL VIAJERO



CALIDAD ISO 9001
universal-assistance.com

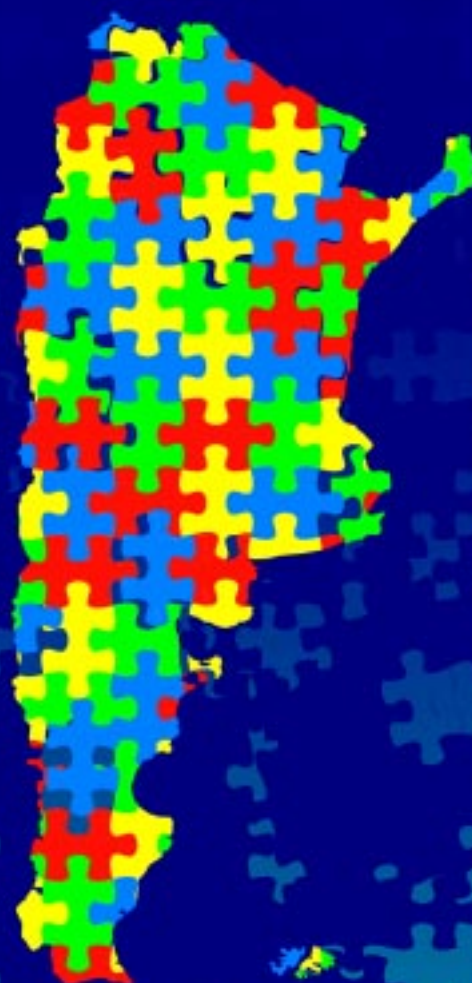
cuidamos tu mundo



La **red** de emergencias médicas
más grande del país

**Llegamos
donde
estés**

-  EMERGENCIAS
-  URGENCIAS
-  VISITAS DOMICILIARIAS
-  TRASLADOS PROGRAMADOS



Sifeme reunió
armoniosamente
a **cientos de**
empresas con la
mejor respuesta
y la mayor
confiabilidad en
todo el territorio
nacional.

www.sifeme.com

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

FELIZ CUMPLE VALEN FELIZ CUMPLE LUCÍA FELIZ CUMPLE ROMINA
 FELIZ CUMPLE MARÍA FELIZ CUMPLE LAURA FELIZ CUMPLE LUIS
 FELIZ CUMPLE PEDRO FELIZ CUMPLE ALICIA FELIZ CUMPLE GABRIEL
 FELIZ CUMPLE JIMENA FELIZ CUMPLE FEDE FELIZ CUMPLE VICKY
 FELIZ CUMPLE FACU FELIZ CUMPLE ANDREA FELIZ CUMPLE MIRNA
 FELIZ CUMPLE ANTO FELIZ CUMPLE LAUTARO FELIZ CUMPLE FRAN
 FELIZ CUMPLE MARU FELIZ CUMPLE ANGIE FELIZ CUMPLE CECILIA
 FELIZ CUMPLE NICO FELIZ CUMPLE VALERIA FELIZ CUMPLE MANU
 FELIZ CUMPLE PAOLA FELIZ CUMPLE GUADALUPE FELIZ CUMPLE PÍA
 FELIZ CUMPLE NACHO FELIZ CUMPLE FERNANDO FELIZ CUMPLE RAFA
 FELIZ CUMPLE FACUNDO FELIZ CUMPLE ALEJO FELIZ CUMPLE IAN
 FELIZ CUMPLE LUDMILA FELIZ CUMPLE BENITO FELIZ CUMPLE MATEO
 FELIZ CUMPLE CRISTIAN FELIZ CUMPLE XIMENA FELIZ CUMPLE FEDE
 FELIZ CUMPLE JUAN FELIZ CUMPLE IGNACIO FELIZ CUMPLE ALEJO
 FELIZ CUMPLE VALENTÍN FELIZ CUMPLE LUCÍA FELIZ CUMPLE ROMI
 FELIZ CUMPLE MARÍA FELIZ CUMPLE LAURA FELIZ CUMPLE LUIS
 FELIZ CUMPLE SANTI FELIZ CUMPLE MARINA FELIZ CUMPLE VIRGINIA
 FELIZ CUMPLE MARÍA PÍA FELIZ CUMPLE LAURA FELIZ CUMPLE LUIS
 FELIZ CUMPLE NORMA FELIZ CUMPLE SONIA FELIZ CUMPLE HÉCTOR
 FELIZ CUMPLE MECHI FELIZ CUMPLE NÉSTOR FELIZ CUMPLE FABIOLA
 FELIZ CUMPLE MARIANO FELIZ CUMPLE JOSÉ FELIZ CUMPLE ARIEL
 FELIZ CUMPLE JULIETA FELIZ CUMPLE VERO FELIZ CUMPLE ROCO
 FELIZ CUMPLE EDU FELIZ CUMPLE MELISA FELIZ CUMPLE BENITO
 FELIZ CUMPLE DAIANA FELIZ CUMPLE NATI FELIZ CUMPLE CLAUDIO
 FELIZ CUMPLE LOURDES FELIZ CUMPLE DAVID FELIZ CUMPLE TADEO



42 AÑOS QUE SON TAN TUYOS COMO NUESTROS.

Confíenos la salud de sus afiliados mientras viajan.



La asistencia al viajero número uno del mundo.

Avalados por más de 42 años de experiencia y especialización en servicios para el **Sector Salud**.

Brindamos **ayuda inmediata, en el idioma del viajero**, 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
divisionosalud@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
- ✦ Informes estadísticos y de consumo
- ✦ Auditoría y validación on-line de recetas
- ✦ Centro de patologías crónicas
- ✦ Trazabilidad: Auditoría y Gestión

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



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
- ✓ 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 (C.A.B.A.)
SEDE BELGRANO: Sucre 1523/25 (C.A.B.A.)
SEDE FLORES: Carabobo 825 (C.A.B.A.)

TELÉFONOS:
C.A.B.A. Y GBA: **[011] 4363 7400 / 7499**
DESDE EL INTERIOR: **0810 333 7048**

RED DE PRESTADORES EN TODO EL PAÍS
www.heliossalud.com.ar

Seguinos en Facebook:  / HeliosSaludArg



Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

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

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

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Yamila Bêgné
(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., Arazo de Lamadrid 1920, Cap. Fed. Tel.: (54-11) 4303-2007/2008.

GRAGEAS 12

COLUMNA

Entornos de extrema turbulencia
Por el Dr. Antonio Angel Camerano 18

OPINIÓN

Salud Corporativa: Cobertura médica post retiro
Por el Dr. Héctor Barrios 20

COLUMNA

Ver y prevenir
Por el Dr. Ignacio Katz 22

OPINIÓN

La necesidad de una Política de Medicamentos en la Argentina
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León 24

SEGURIDAD SOCIAL

¿El futuro de las Obras Sociales? 26

PHARMASOFT Y SALUDSOFT

Tecnología para la gestión 32

VOCES

El financiamiento de los jubilados en la Seguridad Social
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar 34

COLUMNA

Cafetín de Buenos Aires
De chiquilín te miraba de afuera...
Por el Lic. Patricio Pasman 36

COLUMNA

Estar o no estar (enfermo)... ésa no es la única cuestión
Por el Dr. Esteban Lifschitz 38

COLUMNA

Promesas en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer:
Hallazgo de la estructura de una nueva proteína que podría ser de utilidad.
Por el Dr. Enrique L. Sánchez 40

COLUMNA

Seguro de RC Médica:
Doble cobertura
Por el Dr. Fernando G. Mariona 41

LA MEDICINA EN EL CINE

¿Virus de la rabia o Virus "Krippin"?
Soy leyenda 42

OPINIÓN

Recuperar y Proteger el Sistema de Salud
Por el Dr. Jorge Gilardi 44

COLUMNA

Enfermedades raras o comunes
Salud y decretos reglamentarios
Por el Dr. Floreal López Delgado 46

OPINIÓN

Brújula mirando al Sur
Por el Lic. Víctor N. Cerasale 48

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

MÁS TECNOLOGÍA, MÁS SERVICIOS TODO EN UN MISMO LUGAR

Ampliamos la Guardia de Diagnóstico por Imágenes
del **Centro de Emergencias del Sanatorio de la Trinidad Quilmes**



Toda la Tecnología en un solo lugar. Un Centro que nació para brindar tranquilidad. Contamos con una imponente estructura edilicia que brinda respuesta inmediata al paciente, con un nivel de excelencia médico tecnológico único en el país. A la excelencia médica del **Centro de Emergencias Quilmes**, ahora se suma la Nueva **Guardia de Diagnóstico por Imágenes** siendo el más moderno e innovador de la zona Sur. Este Centro está equipado con la última tecnología en diagnóstico por imágenes para todas las especialidades.

2 Salas de rayos totalmente digitalizadas para la visualización de imágenes en computadora y escritorios médicos a través del sistema Impax. 1 Sala con Seriógrafo Digital, marca General Electric, para estudios contrastados dinámicos • Tomógrafo Computado, Volumétrico, Cardíaco de 128 canales de Baja Dosis (Optima CT660) • Tomógrafo Computado Multicorte de 16 Canales de Baja Dosis • 1 Tomógrafo Helicoidal High Speed • Resonador Magnético Óptico de Túnel Amplio de 1,5 Tesla de 32 canales con Tecnología GEM y Silent Scan • Resonador magnético Optima MR450w1.5T • 8 Shock Room de recuperación. Servicio de Cardiología y Medicina Nuclear (Discovery NM 630) • Cámara Gama Digital, Cuarto tibio, Cuarto caliente • Ergometría • Ecodoppler Cardíaco • EcoStress • Cardiología Clínica • Electrocardiografía • Holter/Presurometría. Densitómetro Digital de última generación con indicador de masa corporal • Mamógrafo Digital con imágenes de Alta Definición Marca Philips • Modernas salas de ecografía y ecografía 4D • Amplia sala de informes médicos • 8 Modernas Endosuit para internación de guardia, equipadas con baño privado • Cama Stryker totalmente automática a control remoto • Mesitas automáticas con resinas sanitarias.

Carlos Pellegrini 545, Quilmes | 0810.777.2583

www.e-galeno.com.ar

 **GALENO** | **30 años**

IMPORTANTE ACUERDO EN EL SECTOR SALUD



Europ Assistance División Salud Argentina, incorpora en su cartera de clientes a SanCor Salud, una de las más importantes instituciones de salud en el país.



SanCor Salud cuenta con 40 años de vida institucional, se distingue por su cobertura de Salud, Turismo, Subsidio por Fallecimiento y Sepelio y Ayuda Económica.

Desde Agosto los beneficiarios de SanCor Salud contarán con la asistencia al viajero Regional (Países Limítrofes) o Internacional (Resto del Mundo) como parte de sus amplios beneficios, según el plan que posean.

Europ Assistance División Salud Argentina se enorgullece de contar con tan prestigioso cliente. ■

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.

Fundado en 1963, se afirmó en el mercado internacional como el precursor 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 el creador 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. ■

www.europ-assistance.com.ar



Nueva incorporación en Europ Assistance División Salud

En su 51 aniversario y con el fin de continuar con el crecimiento de su División Salud, la compañía creadora del Servicio de Asistencia en el mundo, incorpora como Ejecutivo de Cuentas al Sr. Leonardo Szusterman.

Leonardo, se ha desarrollado en empresas del sector de la Asistencia al Viajero durante varios años.

Europ Assistance apuesta seguir creciendo y expandiendo el mercado del sector con su División Salud, Direccionada a Nivel Regional por Daniel R. J. Piscicelli y Gerenciada a Nivel Nacional por Ariel Pierini.

Europ Assistance División Salud Argentina le da una cálida bienvenida y le desea el mayor de los éxitos en esta nueva posición. ■

JORNADA PARA DEJAR DE FUMAR DE *andar*

En los últimos días del mes de junio se llevó a cabo en la sede Central de la Obra Social *andar* una charla motivacional abierta y gratuita para todas aquellas personas que estuvieran interesadas en dejar de fumar.

Las disertantes fueron las doctoras Débora Serebrisky (Ex presidente del Capítulo de Drogodependencia, Alcoholismo y Tabaquismo de la Asociación de Psiquiatras Argentinos) y Juliana Mociulsky (Médica endocrinóloga y Jefa de Sección diabetes en Clínica Cormillot).



El Tabaquismo es una enfermedad crónica y recurrente, sostenida por una triple dependencia química, psicológica y social. Se trata de una adicción -no una elección- que afecta a la tercera parte de la población mundial y es hoy en día la principal causa de muerte evitable.

Aunque algunas personas pueden dejar de fumar solas, la mayoría necesita ayuda para conseguirlo. Por eso es importante acercar información a la gente y poner a su disposición todas las herramientas posibles para que puedan lograrlo.

En la primera parte de la charla la Dra. Serebrisky echó por tierra varios mitos y puso en evidencia cuáles son los verdaderos efectos que el humo del tabaco genera en nuestro organismo, y en la segunda mitad la Dra. Mociulsky brindó consejos útiles para dejar de fumar "y no engordar en el intento".

La Obra Social *andar* realiza todos los años un ciclo de charlas informativas orientadas a la comunicación y a la difusión de pautas preventivas para el cuidado de la salud. Las jornadas son abiertas y totalmente gratuitas. ■

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

MÁS TECNOLOGÍA, MÁS SERVICIOS TODO EN UN MISMO LUGAR

GALENO inauguró el 2 de setiembre la “Nueva Guardia de Diagnóstico por Imágenes” del Centro de Emergencias del Sanatorio de la Trinidad Quilmes.



Toda la Tecnología en un solo lugar. Un Centro que nació para brindar tranquilidad. Cuenta con una imponente estructura edilicia que brinda respuesta inmediata al paciente, con un nivel de excelencia médico tecnológico, único en el país. A la excelencia médica del Centro de Emergencias Quilmes, ahora se suma la “Nueva Guardia de Diagnóstico por Imágenes” siendo el más moderno e innovador de la zona Sur.

Este Centro está equipado con la última tecnología en diagnóstico por imágenes para todas las especialidades:

2 Salas de rayos totalmente digitalizadas para la visualización de imágenes en computadora y escritorios médicos a través del sistema Impax. 1 Sala con Seriógrafo Digital, marca General Electric, para estudios contrastados dinámicos □ Tomógrafo Computado, Volumétrico, Cardíaco de 128 canales de Baja Dosis (Óptima CT660) □ Tomógrafo Computado Multicorte de 16 Canales de Baja Dosis □ 1 Tomógrafo Helicoidal High Speed □ Resonador Magnético Óptico de Túnel Amplio de 1,5 Tesla de 32 canales con Tecnología GEM y Silent Scan □ Resonador magnético Optima MR450w1.5T □ 8 Shock Room de recuperación. Servicio de Cardiología y Medicina Nuclear (Discovery NM 630) □ Cámara Gama Digital, Cuarto tibio, Cuarto caliente □ Ergometría □ Ecodoppler Cardíaco □ EcoStress □ Cardiología Clínica □ Electrocardiografía □ Holter/Presurometría. Densitómetro Digital de última generación con indicador de masa corporal □ Mamógrafo Digital con imágenes de Alta Definición Marca Philips □ Modernas salas de ecografía y ecografía 4D □ Amplia sala de informes médicos □ 8 Modernas Endosuit para internación de guardia, equipadas con baño privado □ Cama Stryker totalmente automática a control remoto □ Mesitas automáticas con resinas sanitarias.

Desde hace 30 años GALENO está comprometido con la salud con la misión de dar siempre lo mejor. Comprometido en seguir brindando un servicio de excelencia, acompañado de la mayor responsabilidad médica y un sólido respaldo tecnológico. Cuenta con la mayor infraestructura sanatorial propia y un equipo de prestigiosos profesionales comprometidos con la vida para sentirse cuidado desde el primer momento. ■



MEJORANDO LAS EXPERIENCIAS DEL PACIENTE EN EMERGENCIAS MÉDICAS



La evolución en el sector salud y las nuevas tecnologías han elevado el nivel de calidad esperado por los pacientes. En el sector de emergencias médicas, históricamente el rápido arribo de la ambulancia y la estabilización del paciente eran suficientes, hoy las personas esperan más de sus prestadores. El cómo se atiende al paciente tanto desde el punto de vista médico como humano pasa a tener una mayor importancia.

El debido cumplimiento de protocolos médicos, conductas terapéuticas apropiadas, transferencia adecuada del paciente a los centros médicos y un correcto registro en la historia clínica de todo lo actuado es primordial. Esto contribuye al mejoramiento del cuadro, evita males mayores futuros para paciente y facilita el

tratamiento posterior.

La contención del paciente y sus acompañantes en un momento tan crítico es fundamental. No sólo reduce su angustia, también facilita la relación y comunicación médico paciente permitiendo realizar en forma más tranquila y rápida la evaluación del paciente y aplicar las soluciones necesarias.

La rapidez en la asistencia en casos de riesgo de vida es fundamental. Esto se ha complicado en los últimos años en ciudades como Buenos Aires donde el parque automotor es intenso y ello va en detrimento del pronto arribo de los móviles. La estratégica distribución de las bases y el uso de un moderno software para el despacho y seguimiento de las ambulancias se vuelve esencial.

Desde su conformación, la misión de Acudir Emergencias Médicas fue brindar un servicio con el más alto estándar de calidad requerido por las principales prepagas, obras sociales y empresas.

Para lograr una rápida asistencia médica, construyó la estructura operativa más grande de la Ciudad de Buenos Aires. En Setiembre 2014 abrió su décima base, duplicando el número de las mismas en un año. Esto fue acompañado por la incorporación y capacitación de médicos y paramédicos, así como la compra de nuevas ambulancias de alta complejidad y moderno equipamiento que permite tratar todo tipo de emergencia.

Las bases, con un mínimo de 160 m², cuentan con todas las comodidades para los médicos y paramédicos, lo cual junto con otras políticas de recursos humanos motivan al personal a moverse en un ámbito con alta pertenencia a la empresa.

Los equipos de médicos y paramédicos reciben una estricta y continua capacitación en técnicas de atención de emergencias y urgencias médicas, así como cursos teórico-prácticos de manejo defensivo en el CESVI para los conductores de ambulancias, entre otros.

Acudir promueve un ambiente laboral distendido y agradable, basado en el respeto y la comunicación abierta y franca en todos los niveles. Esto se refleja en una cálida y eficiente atención al paciente, características que destacan a Acudir en el mercado.

La importante inversión en estructura y recursos humanos, junto al trabajo de mejora continua que viene realizando Acudir en los últimos 6 años, le permite a esta empresa satisfacer las cada vez más altas expectativas que los usuarios tienen en este tipo de sistemas de cobertura. ■



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

ASSIST CARD acompañó a Luis Pasteur en el evento del Día del Niño

El 10 de agosto, la Obra Social Luis Pasteur ofreció para el día del Niño un espectáculo gratuito en el Teatro Coliseo.

Dicho evento contó con el auspicio de ASSIST CARD y la actuación de Libertablas, cooperativa teatral independiente.

Fue una obra llena de color basada en los "Cuentos de la Selva" de Horacio Quiroga.

El teatro estaba repleto. ¡Y los niños todos contentos!



Equipo Negocios Corporativos

El equipo de Negocios Corporativos de ASSIST CARD, liderado por Sara Muzzio, atiende el mercado de Empresas, Brokers y Licitaciones.

Altamente profesionalizado y comprometido con brindar el mejor servicio a los clientes, asesora sobre la manera más conveniente de proteger a los ejecutivos en sus viajes de negocios. ■

IOMA CUMPLIÓ 57 AÑOS Y HUBO ANUNCIOS

El auditorio de IOMA fue el escenario del acto conmemorativo, donde se homenajeó con entrega de medallas a los flamantes jubilados y a quienes cumplieron 25 años de servicio en la institución.

En su discurso, el presidente de IOMA, Antonio La Scaleia, anunció la creación de un área de diagnóstico, control y planificación de circuitos administrativos. La nueva dependencia estará integrada por egresados del ISEI y tendrá como objetivo garantizar la calidad de los procesos.

En un salón colmado y luego de los tres temas tocados por el Grupo Ensamble Musical -integrado por personas con discapacidad-, el presidente del IOMA, Antonio La Scaleia, expresó la satisfacción que significa "estar todos juntos para compartir esta fiesta de los trabajadores", a quienes agradeció su presencia, como así también a las autoridades y representantes gremiales. Respecto a la labor de quienes sostienen con su trabajo esta organización, La Scaleia señaló que "nuestra función no es una tarea más, nuestro día a día es un servicio a nuestros compañeros de la administración pública en temas tan delicados como la salud. El trabajo que hacemos es muy importante porque quien tiene un problema de salud sabe que cuenta con una obra social solidaria. Eso es un gran alivio".



"Desde cada lugar que nos toque ocupar en la institución, debemos trabajar por el bien común. Como dijo Perón el 2 de julio de 1952 en un mensaje a los agentes de la administración pública: 'el hombre trae sus pasiones, virtudes y sus defectos a la organización'. Debemos poner lo mejor que tenemos en el trabajo diario". En ese sentido el funcionario felicitó y agradeció a quienes se jubilaron y dejaron su impronta para hacer de IOMA un mejor organismo. Destacó la trayectoria de los que llegaron a 25 años de antigüedad y dijo que "estamos dispuestos a escucharlos, recibir sus aportes y experiencia. Anímense, propongan nuevos desafíos. Renueven el optimismo y esas ganas de cuando ingresaron".

Apoyando su discurso en un mapa de la provincia, La Scaleia describió, a través de algunos ejemplos, la respuesta prestacional de 2013: 11.143.028 consultas ambulatorias; 108.449 recetas

MEPPES y 7.426.524 ambulatorias; 21.547 partos; 301.256 internaciones; 725.676 ecografías; 101.321 TAC (Tomografía Axial Computada); 155.946 RMN (Resonancia Magnética Nuclear), y desde su implementación tenemos 164 nacimientos por Fertilización Asistida.

Respecto a la prevención, La Scaleia indicó que "son las políticas públicas planteadas las que le cambian la vida a la gente" y destacó la puesta en marcha, el año pasado, del programa 12/20 para adolescentes. Además, brindó los resultados del Programa de Salud Renal, IOMA Más Cerca, Cuidarte, Ser y Mami.

De cara al futuro, el presidente del IOMA anunció el proyecto de georreferenciación, una herramienta sanitaria que ubica a todos los prestadores de IOMA en el mapa, permitiendo conocer sus perfiles y plantear un mapa epidemiológico. También comunicó que este año se lanzará el programa de detección temprana de cáncer de colon, se realizará la jerarquización de los Hospitales Municipales y se declararán los edificios de IOMA Libre de Humo. ■



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

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

Plan Médicos

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

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

 **SMG**
SEGUROS

Entornos de extrema turbulencia

Por el Dr. Antonio Angel Camerano (*)



Inspirado en una ponencia de Xavier Gimbert de principios de año denominada *"Gestión estratégica en entornos de extrema turbulencia. El caso de las empresas argentinas"*, surgen en el marco de la administración de los diferentes sistemas y servicios de salud, una interesante tormenta de ideas para reflexionar ya sea desde el entorno del financiador como del prestador, independientemente del subsector de la salud que se encuentre. ⁽¹⁾

Tras más de 30 años de escuchar el hablar de crisis (que significa cambio); De la incertidumbre que siguiendo a Ortún Rubio: es una falla de tipo positivo, que equivale a la falta de información, y entre otras a la asimetría de la misma. ⁽²⁾ Hoy suena al lego como una nueva cosmovisión o cambio paradigmático el contexto de extrema turbulencia para definir la situación actual.

Sin entrar en consideraciones político partidarias y sí sanitarias, nuestro análisis debe girar en un principio en torno a las empresas argentinas que sobrevivieron al cerco padecido hace unos años, sino que salieron reforzadas de él. Estructurando el texto histórico, económico y social del país, y comparando sus semblanzas y divergencias con la situación económica mundial a modo de ejemplo.

Es de mucha utilidad tener presente los modelos estratégicos a seguir y, por último, tener en cuenta que estos contextos pueden hacer que nuestro emprendimiento sanitario salga reforzado del entorno descripto, no por una especulación, sino por una gestión estratégica aprehendida.

Para contextualizar el momento económico mundial la mayoría de los economistas ratifican que «nunca más dejaremos de estar en momentos turbulentos», refiriéndose al estado de cambios, rápidos e impredecibles, en el que viven las empresas actualmente. Para sufragar las turbulencias es clave quedarse con poca información, que sea clave y que esté bien interrelacionada.

Esta información por medio de los modelos estratégicos, que analizarán variables como el entorno, el análisis interno o las posibles alternativas... nos llevará al camino que se debe seguir. Aquí se debe poner énfasis en la misión de las empresas: *"La misión"*, ⁽³⁾ es decir, a qué nos dedicamos, es indispensable para tener éxito. De ella dependerá a qué sector nos dirigimos y qué público tenemos como target". De esta manera, la importancia de un buen análisis de mercado, pues, conociendo sus segmentos, se consigue discriminar las estrategias de mercado erróneas. "Hay una estrategia de mercado por segmento. Si nosotros nos dirigimos a dos segmentos del mercado, deberemos determinar

dos estrategias distintas". Esto nos recuerda a la estrategia de Marco Lógico donde El fin es uno o único por marco lógico y además tiene la característica de que no se cumple en un período corto y no depende exclusivamente de nuestras acciones. ⁽⁴⁾

Por último, para ejemplificar el caso de las empresas argentinas, volviendo a la exposición de Xavier Gimbert tomamos el ejemplo: *"Empresas argentinas como IBM tomaron reforzadas de un contexto turbulento por tomar estrategias y acciones adecuadas."*

Amerita el desarrollo de un modelo de gestión pensado y posteriormente aplicarlo a una situación de extrema turbulencia; tomando las decisiones estratégicas y organizacionales de las empresas que no solamente superaron un contexto previo, sino que mejoraron ostensiblemente su posición competitiva a partir del momento de extrema dificultad. La experiencia debería aportar ideas a las compañías del mundo para afrontar las dificultades del presente. Surgen dos propósitos:

1. Tratar de describir algunos rasgos de un posible escenario de la organización de los sistemas de salud que resulta de tendencias ya observables, y las características del ejercicio de la función de dirección que este exige;
2. Provocar algunas reflexiones en torno al papel del directivo que, como tal, es y será responsable, en una buena medida, de ese futuro. □

1. pasado 22 de enero 2014, ESADE Alumni organizó una sesión del Programa de Continuidad titulada "Gestión estratégica en entornos de extrema turbulencia. El caso de las empresas argentinas", a cargo de Xavier Gimbert (MBA 86 / PhD 07), profesor titular del Departamento de Dirección General y Estrategia de ESADE.
2. ANALISIS DE LOS MERCADOS Y DEL MARCO REGULATIVO DEL SECTOR SALUD, Vicente Ortún Rubio, Doctor en ciencias económicas de la Universidad de Barcelona, vicepresidente de la Asociación Española de Economía de la Salud.
3. wobi.com No existe estrategia efectiva sin propósito poderoso. Marcelo Tedesco. 2013. Expert in strategic planning and business transformation.
4. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Edgar Ortégón, Juan Francisco Pacheco, Adriana Prieto. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Área de proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, julio del 2005.

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



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 I VIDA I ACCIDENTES PERSONALES
RESPONSABILIDAD CIVIL I PRAXIS PROFESIONAL



TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com



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

Salud Corporativa: Cobertura médica post retiro

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



Corría el mes de setiembre de 2008, más precisamente era el día 15 de ese mes. No iba a ser un día cualquiera en Wall Street: el banco de inversión Lehman Brothers pediría protección crediticia ante la ley, declarándose oficialmente en bancarota; casi simultáneamente, el banco de inversión Merrill Lynch era adquirido por el Bank of America a mitad de su valor real. La prensa estadounidense comenzó a catalogar la situación como de "pánico financiero", "crisis económica en el país" y de "colapso". Se estaban viviendo los peores momentos de la crisis financiera que luego impactaría a la economía mundial.

Unos meses después, en marzo de 2009, no eran pocas las empresas que trataban de sobrevivir al colapso. Una de ellas era General Motors, la que fuera la mayor empresa de los EE.UU. y un modelo organizativo para el mundo. Luego de profundos estudios económico-financieros la compañía le propuso al sindicato crear un fideicomiso ofreciendo una inversión de u\$s 20.400 millones. ¿El objetivo del fideicomiso? Que se hiciera cargo de los gastos de salud de medio millón de trabajadores retirados y de los de sus cónyuges. Este acuerdo le permitiría a General Motors reducir en u\$s 46.700 millones (sí, leyó bien amigo lector) sus pasivos contables.

Simple: la compañía gastaba en el año 2004 la "módica" cifra de u\$s 5.200 millones para financiar los gastos médicos y una parte importante de ese monto correspondía a sus ex empleados. Esa cifra trepó a u\$s 5.800 millones en 2005 y continuó creciendo anualmente en porcentuales de dos dígitos. Ya en 2005 General Motors tenía una deuda acumulada de gastos médicos de más de u\$s 57.000 millones.

El sistema nació fantástico: usted trabajaba en GM, la mayor empresa del país. Y qué menos puede hacer la compañía por usted que cubrirle de por vida su salud y la de su esposa cuando se retire.

Claro que nació fantástico, hasta que alguien dijo: "Bueno si es un compromiso, es una deuda y si es una deuda hay que reflejarla en el Balance de la compañía". Así nació en EE.UU. en el año 1984 la Norma FAS (Financial Accounting Statement) 81 de aplicación obligatoria en los Balances. El objetivo fue buscar que las compañías transparentaran su posición financiera respecto de los beneficios que ofrecen a sus empleados y ex empleados.

Esa norma se perfeccionó luego con la actual FAS 106 de uso a nivel mundial con distintas denominaciones.

Naturalmente, cuando se comenzaron a hacer los cálculos, la deuda era relativamente reducida, pero los nuevos trabajadores que se retiraban acumulaban rápidamente más deuda. Además la vida se alargaba, las nuevas tecnologías y medicamentos sumaban más gastos...y terminó mal.

En la Argentina pasó algo bastante parecido, aunque

naturalmente en una dimensión muchísimo más reducida. No fueron pocas las compañías que brindaban este tipo de beneficio. Bancos, automotrices, empresas tecnológicas, laboratorios, entre otras, tuvieron este tipo de iniciativas. Sin embargo, la recesión que vivimos en la segunda parte de los noventa, más la crisis del 2001 hicieron extinguir el beneficio. "Los que están... están, pero aquí se termina", dijeron en casi todas las compañías.

Alguna de estas empresas "compró el beneficio". Un mecanismo simple: le dijo a la prepaga que le brindaba la cobertura que le calculara actuarialmente el costo y se lo pagó al contado.

En otros casos, donde la cantidad de beneficiarios superaban las 1.000 personas, el monto total era de un impacto tan significativo que optaron por seguir abonando mensualmente el costo de las cuotas.

Otras empresas dijeron simplemente "no podemos seguir financiando esto" y propusieron compartir el gasto en algunos casos y en otros, trasladarlo en su totalidad a los jubilados –o por lo menos a quienes pudieran pagarlo–. Naturalmente hubo casos en que los beneficiarios tenían este beneficio documentado y no les alcanzó la restricción.

A mitad de camino entre ambas situaciones están las empresas que negociaron con la prepaga un valor preferencial de cuota que les es facturada a la misma empresa y ella, a su vez, se encarga de cobrarle –total o parcialmente– a sus jubilados. Claro que en la práctica, la mayoría de las veces esas cuotas tienen un subsidio oculto, ya que si bien para la prepaga la cuenta es una sola: pero una cuota más baja para los jubilados significa una cuota más alta para los activos. De hecho, refiriéndose al tema, el Director Comercial de una de las prepagas más importantes del mercado nos comentaba: "para mí, hay una sola cuenta".

Ahora bien, cada vez que sale el tema dentro de las empresas, es casi unánime la opinión de que se trata de un tema crítico al que sería interesante encontrarle una solución.

Sin abrir juicios de valor sobre el Pami, resultan obvias las diferencias y por ende las expectativas, de quien ha tenido cobertura del primer nivel de mercado corporativo como Galeno, Medicus, Omint, o Swiss Medical en medicina prepaga o en Ase-Medifé, Hope, Osde, Osdipp o Pasteur en materia de Obras Sociales de Dirección.

Para cumplir con las referidas expectativas, podemos decir que el mercado está próximo a recibir de parte de los operadores un producto que cambiará, probablemente para siempre, el curso de la cobertura médica de los retirados. En nuestra próxima entrega, contaremos el "cómo". □

PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PRAXIS MEDICA

COMO SIEMPRE
PRUDENCIA
Seguros



Ver y prevenir

“Negar la necesidad de comprender
es expulsar la comprensión misma”

Theodor Adorno

Por el Dr. Ignacio Katz



La prevención es más barata y además funciona. Esta debería ser la idea rectora de una verdadera política sanitaria moderna, integrada, racional y solidaria. Invertir en prevención de enfermedades y en investigación médica es social y económicamente más “rentable” que incrementar permanentemente recursos para la cura de afecciones, que es cuando el mal ya se ha instalado en las personas. Por supuesto, el nuevo paradigma, basado en prevenir, implicaría “producir salud”, lo que encierra fomentar conductas saludables en la sociedad, algo muy diferente de estimular el “consumo de asistencia médica”. De esta manera, el primer modelo necesariamente reduciría de contenido el segundo, que es el vigente. A mayor cantidad de personas que evitan enfermarse, menor número de aquellas atrapadas en el rol de “consumidores” de servicios asistenciales y medicamentos.

Claro que para prevenir, se necesitan numerosos cambios culturales y organizacionales. Por caso, se hace imprescindible la creación y el desarrollo de un organismo, que monitoree la salud de la población. ¿Y cómo haría ese seguimiento? A través de otra herramienta que urge crear: la informatización de las historias clínicas de todas las personas. En los países con manifiesto crecimiento económico, aumenta sí o sí la expectativa de vida, ante lo cual y dado el porcentaje cada vez mayor que representarían las personas ancianas en relación a la población total, obliga a un monitoreo de la salud a través del relevamiento del historial médico personal. Este es un insumo imprescindible para establecer políticas activas de prevención y de diagnóstico precoz. Cabe aclarar que este último término no es homologable al hecho de prevenir, sino que se trata de asegurar una mayor rapidez en la detección de enfermedades, para que el cuadro de las mismas sea encarado a tiempo. A modo de ejemplo, recordemos que, con motivo del Día Mundial contra la Hepatitis, el pasado 28 de julio, los medios publicaron que en la Argentina, el 80 por ciento de quienes tienen esa enfermedad, no lo sabe.

De lo que se trata, entonces, para prevenir, es el poder visualizar: información, datos, procesos, estados. Y, dado que la mirada parece ser el sentido privilegiado por Occidente desde hace cientos de años, qué mejor que desarrollar un Observatorio Nacional de Salud que “mire” el estado actual del campo sanitario. Dicho organismo, que cumpliría un rol de Agencia Sanitaria, debería ser un centro nacional de base

virtual, que tenga el propósito de realizar observaciones integrales e informar en forma sistemática y continua sobre aspectos relevantes de la salud de la población y de los “sistemas de salud”, dándole significado a lo expresado por William Blake: “no se ve con los ojos, sino a través de ellos”.

Ese Observatorio serviría para apoyar –de un modo eficaz y basado en la evidencia– la toma de decisiones y acciones para el desarrollo de políticas, planes y programas en salud pública y en sistemas de salud. El fin último sería contribuir a la preservación y al mejoramiento de la salud de la población, incluyendo la reducción de desigualdades. El funcionamiento de este dispositivo que permite mirar y ver, observar y reflexionar, conocer y comprender, se basaría en los pilares de la ciencia, para superar la irracionalidad que conduce únicamente al despilfarro y al mantenimiento de estructuras obsoletas. Sin un ente que centralice esa función de observación, las políticas se desarrollan a tientas.

Por supuesto, existen dificultades con que tropiezan las nuevas ideas para penetrar en la realidad osificada por la inercia del modelo actual, desgastado pero en operación. Es la miopía de aquellos que participan del campo sanitario pero que no evalúan los beneficios de los cambios, los que bloquean las nuevas iniciativas. Pero si la “casta de las rémoras” nos amedrenta, y se salen con su objetivo, seguiremos gastando el 93% del presupuesto en curación y solo el 7% restante en prevención y rehabilitación. No sólo se trata de un cambio de asignación de recursos, sino también y conjuntamente de una planificación estratégica que sustente –mediante una lógica racional– la distribución del presupuesto abarcando no solo la curación sino también la prevención, la rehabilitación y la investigación clínica.

La prevención e información son las claves básicas para evitar riesgos en las poblaciones vulnerables. Esta noción se refuerza con lo señalado por René Thom, quien planteó “la modelización de los sistemas complejos” no mediante sus variables de estado (imposible de captar en los estados complejos) sino a través de la necesidad de centrar la acción en las variables de control, es decir en las que limitan la dinámica del sistema.

Focalicemos nuestra mirada en el Observatorio de Salud. Dicho organismo fortalecería los sistemas de información que contribuirían a mejorar la calidad y la

eficiencia de los servicios sanitarios. Además, integraría los sistemas de información, monitoreo y vigilancia de salud existentes, produciendo una visión panorámica, coherente y sólida; y por otro lado, recolectaría datos y también desarrollaría y aplicaría herramientas; capacitaría recursos humanos y difundiría reportes y recomendaciones. Por último, incidiría e influiría gradual y eficazmente en la elaboración de políticas públicas del campo sanitario.

Otro aspecto central del Observatorio es que podría construir un mapa sanitario regional veraz en términos de estructura sanitaria, de procesos y resultados. Por otra parte, entre sus objetivos, podría reunir, comparar, integrar y analizar información proveniente de los distintos efectores de salud locales y sistemas de información, vigilancia y monitoreo existentes. A su vez, posibilitaría la identificación de las brechas faltantes en la generación de información; monitorear las tendencias de la salud y la enfermedad, señalando posibles áreas de acción prioritaria. Así mismo, suministraría el soporte técnico para mejorar la calidad de los indicadores, tanto los teóricos referidos a los problemas a resolver, como los indicadores críticos, que son aquellos que nos señalan las alteraciones a evitar (nos hablan de perturbaciones preclínicas u omisiones en la detección de enfermedades) y devolver información y recomendaciones de acción sobre los servicios de salud, a las autoridades y proveedores involucrados.

¿Cuál es otro valor agregado del Observatorio de Salud? Que desarrollaría una herramienta integrada de gestión para el apoyo de las acciones políticas de alto nivel en salud pública y sistemas sanitarios. Aportaría una visión panorámica del campo de la atención médica y promovería una cultura de gestión para buscar y usar información para la toma de decisiones políticas. Por último, algo altamente significativo: el Observatorio de Salud se plantearía como un espacio de integración en crecimiento que utiliza las nuevas tecnologías.

Las políticas públicas deben estar apoyadas en el conocimiento de la realidad que se pretende modificar. En ese sentido, sin información de primera mano, sistematizada y ordenada con criterios racionales, y analizada por los representantes de las instituciones idóneas para intervenir en el campo de la salud, será imposible lograr disminuir la tasa que más nos tendría que preocupar: la de sufrimiento, que padecen desde hace décadas tantos argentinos. Un dispositivo como el Observatorio es esencial para un nuevo sistema sanitario nacional.

Queda claro que sabemos que quienes sienten pasión por aferrarse a lo conocido y quienes por miedo al enfrentamiento sólo son capaces de llevar adelante cambios superficiales, no pueden contarse como aliados. Como dijo Novalis: *"El hombre no sólo debe vivir, sino ver"*. En los tiempos que corren, y, sobre todo, en los que vendrán, "ver" (en un sentido profundo), el estado actual de la salud de la población, es una parte complementaria del "vivir". Y más particularmente, del "vivir" de una manera más digna. □

Ignacio Katz Doctor en Medicina (UBA).
Director Académico de la Especialización en Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud Universidad Nacional del Centro (UNICEN).
Autor de: *"Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud"* (Eudeba, 2012).

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 | Discap. Res. N° 1813/08 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. Ali. 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 necesidad de una Política de Medicamentos en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)



El consumo de medicamentos constituye un aspecto muy importante en la vida cotidiana de las personas. Cada argentino compra en promedio 13 envases de medicamentos por año y el gasto en medicamentos representa el octavo rubro en importancia en la economía familiar. También constituye un sector muy importante en el aparato productivo del país siendo, la industria farmacéutica, la 2ª actividad de importancia en el valor agregado y la 8ª en el monto de facturación.

Pero fundamentalmente y más importante, afecta (para bien o para mal) la salud de la población.

Pese a esta trascendencia, nuestro país no cuenta con una política destacada de medicamentos y las medidas adoptadas generalmente (y a pesar de grandilocuentes declamaciones) tienen un fuerte componente de interés económico y no de concepción del medicamento como bien social.

Veamos algunos aspectos importantes por el que se requiere de una verdadera política de medicamentos:

EL MEDICAMENTO COMO BIEN DE CONSUMO EN LA ARGENTINA

Se estima que el gasto en medicamentos en nuestro país representa alrededor del 32 % del gasto total de salud o sea más de 95 mil millones de pesos. De esa erogación el 20 % es gasto de bolsillo lo que indica la importancia en la economía familiar. Tengamos presente que en general los países gastan menos del 15 % del gasto total de salud en medicamentos.

El mercado de medicamentos que más creció fue el de la Argentina (un 23% en el 2013 comparado con datos de 2012) superando ampliamente al resto de los mercados como Europa (creció un 1.4%) América del Norte (1.2%) y Japón (3.1%).

Pero en venta de unidades la Argentina muestra una desaceleración. En 2013 se vendieron en nuestro país solo un 4,1% más de medicamentos en volumen respecto del año anterior, mientras que para 2014 la estimación es directamente de estancamiento.

O sea que el principal factor de crecimiento en la Argentina fue el incremento de precios, lo cual es claramente regresivo.

El incremento en el precio de los medicamentos produce un impacto directo en las economías familiares, pero de manera muy agravada en la de los grupos más vulnerables. La población de menores recursos

es la que destina un mayor porcentaje de sus ingresos a los medicamentos en comparación a la población de mayor poder adquisitivo. El gasto directo en medicamentos es totalmente regresivo. Cualquier aumento de precios disminuye el acceso a ellos o restringe la proporción de ingresos destinados a otros rubros como transporte, alimentos, vestimenta, etc.

Según el propio INDEC, en el primer bimestre de este año los medicamentos lideraron los aumentos con un 21,7 por ciento. Lejos de bajar, en mayo y siempre según el INDEC, volvieron a convertirse en uno de los rubros que más aumentó.

EL MEDICAMENTO COMO APARATO PRODUCTIVO

La producción de medicamentos es una actividad valor agregado intensivo. En efecto mientras el valor agregado representa el 28,4% del valor bruto de producción para el conjunto de la industria manufacturera, para la industria farmacéutica se ubica en el 41,3%. Prácticamente 50% superior al del conjunto industrial.

El país cuenta con más de 200 compañías farmacéuticas, 6.000 representantes médicos, 690 supervisores, 11.765 productos, 24.509 presentaciones, 250 mayoristas y 12.000 farmacias, pudiendo estas últimas ser aún más, en función del modo en que sean consideradas. Los empleos que esta industria genera son 120.000, de los cuales 20.000 serían directos y 100.000 indirectos. El 80% de los laboratorios se ubican en la Ciudad y en la Provincia de Buenos Aires.

EL MEDICAMENTO COMO PROBLEMA SANITARIO

Según el Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos, 8 de cada 10 argentinos se automedican y el 50 por ciento de la población toma los medicamentos de forma incorrecta, lo que genera más de 60 muertes por día.

Se calcula que 162.000 personas necesitaron internarse también como derivación de la problemática, mientras que la mitad de la población ingiere los medicamentos de forma incorrecta.

Las aspirinas, el paracetamol, el ibuprofeno, el clonazepam y el viagra están en la cima de las sustan-

cias farmacológicas que los argentinos utilizan de manera absolutamente descontrolada, causando un verdadero problema sanitario. Se calcula que durante 2012 fallecieron 22.700 personas, a un promedio de un caso cada 23 minutos, a causa del mal uso o abuso de medicamentos.

LA NECESIDAD DE UNA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

El tema medicamentos es muy complejo y presenta diferentes aristas que impactan en la vida cotidiana de las personas. Hemos mencionado sólo algunos aspectos que justifican la necesidad urgente de una política integral de medicamentos.

Sin embargo el Estado aparece como ausente ante tamaño complejidad y cuando actúa lo hace mal y a destiempo. Recientemente el gobierno apeló en forma algo desprolija, a desempolvar dos viejas iniciativas: la denominada comúnmente ley de prescripción de medicamentos por su nombre genérico y la producción pública de medicamentos a fin de intentar controlar los precios. Ninguna de estas estrategias tendrá el impacto esperado en el control de precios y asistiremos nuevamente a una frustración de dos iniciativas correctas y positivas.

Los motivos por el cual fracasarán estas iniciativas en el control de precios de los medicamentos son variados pero fundamentalmente tienen que ver con el actual contexto político y económico, con la falta de credibilidad hacia el equipo de gobierno tanto económico como de salud y con la mencionada ausencia de una Política Integral. Ambas iniciativas deben ser políticas de Estado a largo plazo y requieren de una gestión adecuada y prolongada en el tiempo y no ser utilizadas como políticas cortoplacistas cuando se tiene la soga al cuello.

La lucha por el precio de medicamentos se debe insertar en primer lugar en una política coherente que ataque las causas reales de la inflación. De lo contrario ninguna medida específica para ese sector tendrá éxito.

En segundo lugar el tratamiento de este tema debe dejar la órbita de la secretaría de comercio para pasar a la de salud desde donde debe diseñarse una verdadera política nacional de medicamentos coherente, que incluya al menos la creación de una agencia de evaluación de tecnología, la elaboración de protocolos basados en evidencia de cumplimiento por parte de todos los financiadores, la regulación de la propaganda comercial, un accionar permanente sobre la prescripción, el control de la venta libre, la creación de un seguro de enfermedades denominadas catastróficas para toda la población y una política de investigación y desarrollo agresiva. Recién entonces las iniciativas desempolvadas por el gobierno, correctamente gestionadas, aportarán una contribución al complejo mundo de los medicamentos. □

(*) 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.



UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

H+B Hospital Británico

NUEVA CARRERA

Licenciatura en Enfermería

DURACIÓN
2 AÑOS

LUGAR DE CURSADA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL BRITÁNICO

REQUISITOS DE INGRESO

- Título habilitante de Enfermera/o otorgado por Universidades públicas o privadas o Escuelas de Enfermería terciarias no universitarias, dependientes de Organismos Estatales o privados, reconocidas por autoridad competente, que presenten una carga horaria igual o superior a las 1314 horas. Con una duración de 3 años.
- Presentar matrícula habilitante para el ejercicio de la enfermería; expedida por Ministerio de Salud, Nacional o Provincial. Según Ley del Ejercicio de la Enfermería N° 24004 o Ley N° 298 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

INFORMES E INSCRIPCIÓN

DEPARTAMENTO DE INGRESO
Y ESTUDIOS PRE-UNIVERSITARIOS

Edificio Santa María - Av. Alicia M. de Justo 1300
Pto. Madero, Ciudad de Bs. As.
Tel.: (54-11) 0-810-333-4647 - Fax: (54-11) 4349-0294
E-mail: ingreso@uca.edu.ar
Horario de atención: Lunes a viernes 9 a 20 hs.

¿El futuro de las Obras Sociales?

La actualidad de la Seguridad Social, sus desafíos, deseos y posibilidades integran la agenda de discusión y generan reflexiones de los distintos actores del arco político sindical. En agosto pasado representantes de las conducciones técnicas de las Obras Sociales se dieron cita en la Universidad Isalud para delinear los horizontes posibles. *Revista Médicos* les cuenta en este informe, algunos de los aportes que surgieron del encuentro.

Cuando hablamos de Seguridad Social, en general pensamos en historia: es que el subsector de las Obras Sociales, tiene, en nuestro país, muchos años de logros y éxitos. Pero, ¿qué pasa con el futuro? Esa es la pregunta que, por estos días, circula en el ámbito de la salud. ¿Qué desafíos les esperan a las Obras Sociales, qué cambios, qué continuidades? Para proveer reflexiones que acerquen una respuesta a dichos interrogantes, fueron muchos los representantes del sector que aunaron sus perspectivas en el ciclo “La Protección Social del Mañana”, organizado por la Universidad Isalud. “Queremos generar un espacio de diálogo para discutir esta situación de la que todos somos responsables,” adelantó el doctor Rubén Torres, rector de la Universidad, y así, abrió paso a la jornada.

HACIA UN FUTURO SUSTENTABLE

Para reflexionar sobre las perspectivas de la Seguridad Social desde el punto de vista de la sostenibilidad económica, el doctor Gabriel Lebersztein, Director Médico de OSECAC, y el doctor Carlos Espelt, Director Médico de Construir Salud, afrontaron un panel que llevó por título “¿Cómo veo a mi Obra Social mañana?” “Para ver el futuro tenemos que sobrevivir al presente”, señaló Espelt, y fue con ese lema en



Dr. Carlos Espelt

mente que expuso sus argumentos. Luego de recordar que las Obras Sociales cubren al 38% de la población, Espelt aclaró que, además, “tienen un financiamiento diferente al de otras organizaciones, que tienen menos beneficiarios y más recursos.” En el caso específico de Construir Salud, señaló Espelt, la Obra Social recibe \$ 522 por grupo familiar. También remarcó que la evolución de su población de beneficiarios “dibuja una onda palúdica, por lo que resulta muy difícil ser previsible. Hay muchas contingencias que nos hacen menos previsibles”: se refería el doctor al constante aumento de coberturas sin contraprestación y al trío fertilidad-salud mental-amparos.

Claves para lograr un cambio

**Dr. Carlos Espelt
(Construir Salud)**

- Tener una firme decisión política.
- Tener en cuenta los diferentes factores de cada OS:
 - Población Beneficiaria.
 - S.S.S. (Sistemas de Servicios de Salud).
 - Megatendencias Sociales.
 - Cambios del Paradigma de Salud.

Más adelante, el doctor Espelt presentó las aristas más sobresalientes que un nuevo modelo de gestión en salud debe integrar. “Se necesita desarrollar una red nacional de atención primaria, hacer foco en la medicina familiar, incorporar el recurso humano adecuado y coordinar el primer nivel de atención con los niveles II y III.” Espelt presentó también los componentes de la red prestacional de su organización que, a 2012, contaba con el Sanatorio Victorio Franchín, 46 Cemas, dos Centros Médicos Móviles, 438 Localidades con servicios y 1.228 Prestadores Externos. “Nuestro propósito está puesto en el servicio preventivo, dirigido a la población sana, a la mujer y al niño”, expuso el doctor. Con un modelo de atención médica basado en cuatro pilares, “el médico, el administrativo, la enfermera y el delegado de obra”, Construir Salud se concentra en sus programas de salud, dirigi-

dos al eje materno-infantil, medicina familiar y prevención.

En la lista de dificultades que la entidad afronta por estos días, señaló Espelt, se encuentran el déficit en la prestación a monotributistas y domésticas, los coseguros desactualizados, con diez años de atraso, y el aumento del endeudamiento. “Hoy, los sindicatos están ayudando, con aportes, a que las Obras Sociales resuelvan su situación actual.” “El día que resolvamos estos temas habremos llegado a donde queremos estar.”

El doctor Lebersztein, por su parte, se enfocó en señalar “lo que no queremos que pase.” Luego de mostrar dos videos que ilustran lo que no sería deseable que ocurra en nuestro país (uno sobre la Ley colombiana de salud y otro en el que se pudo apreciar la creciente segmentación de la cobertura en Latinoamérica), Lebersztein listó los escenarios probables del contexto próximo.

En primer lugar, señaló que “van



Dr. Gabriel Lebersztein

a aparecer agencias reguladoras y eso va a ser muy positivo para el sistema de salud.” Por otra parte, advirtió que va a haber un incremento del uso de tecnología, como así también de sus costos: “En este sentido, una agencia de evaluación

Estrategias propuestas al Consejo Directivo de OSECAC

Doctor Gabriel Lebersztein

- Integración vertical con extensión geográfica.
- Abrirse a ser prestadores de otros financiadores.
- Extender la historia clínica electrónica.
- Propender a negociaciones extendidas directas con los proveedores de tecnologías de alto costo.
- Modificar la contratación en el segundo nivel de atención.
- Participar en discusiones sobre el cambio.
- Formación y capacitación del recurso humano.
- Integración de servicios clásicamente tercerizados.

de tecnología podría aportar más transparencia.” Según el doctor, nos enfrentaremos también a una crisis de calidad estructural en los prestadores de segundo nivel, a



www.sanidad.org.ar

Seguridad Social

muchas dificultades para sostener los honorarios y a un aumento de los proyectos tendientes a la concentración del financiamiento.

¿CAMBIOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL?

Más adelante, fueron el doctor Luis Scervino, Director Médico de Obra Social de Obras y Servicios Sanitarios y el doctor Mauricio Klajman, Director Médico de la Obra Social de Televisión (TV SALUD), los que se refirieron a los posibles cambios en la Seguridad Social. Scervino comenzó repasando las definiciones más básicas de obra social para aclarar luego que “todos quieren hacer algo con las obras sociales sindicales”, y, al contrario, las obras sociales provinciales y las correspondientes a las Fuerzas Armadas, Congreso y Universidades parecen nunca entrar en las discusiones.

Una de las perspectivas de cambio en la Seguridad Social, según Scervino, se dará en el marco de las

expectativas de los usuarios: “La línea que divide el territorio entre la demanda potencial y la necesidad es la accesibilidad”, enfatizó. “Tenemos que bucear en la demanda potencial y en la necesidad de nuestra población”, agregó. En su entidad, el 50% de los reclamos ante la SSSalud, entre 2012 y 2013, se debieron a afiliaciones; en causantes de quejas, le siguen prestaciones, discapacidad y medicamentos.

La ecuación de equilibrio entre la satisfacción del usuario y la sustentabilidad económica del sistema, señaló Scervino, será uno de los desafíos a afrontar, especialmente en lo que a la opción de cambio se refiere. En el período 1998-2014, comentó el doctor, fueron 5.370.284 titulares los que ejercieron la opción y, si bien se ha verificado una evolución en los ingresos de los beneficiarios, lo que ayuda a equilibrar la ecuación, “la pérdida de los salarios más importantes y el ingreso de los monotributistas actúan en contra.”

El doctor Klajman comenzó verificando la fragmentación del sistema sanitario a través de un análisis de la distribución porcentual de los aportes en su entidad. Ante este escenario, no obstante, el doctor aclaró que “no se puede seguir negando el derecho a la libre elección.”

Para seguir con su presentación, Klajman acudió a varias definiciones de salud para dejar en claro qué núcleos conceptuales la Obra Social de Televisión toma para sí y para sus 54 mil beneficiarios. Se trata de los conceptos de eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad. En cuanto al perfil de su población y las políticas a seguir, “como se registran sueldos importantes, siempre pensamos que teníamos que competir con calidad profesional.” “Pensamos la salud como un bien social y nuestro trabajo es defender al beneficiario de la perversidad del sistema”, especificó.

OBRAS SOCIALES SINDICALES Y OBRAS SOCIALES DE DIRECCIÓN

Para reflexionar específicamente sobre el panorama de las Obras



Dr. Mauricio Klajman

Claves de TV SALUD Doctor Mauricio Klajman (Obra Social de Televisión)

- No olvidarse nunca que el sistema es solidario.
- Profundizar continuamente la calidad prestacional.
- Dar servicio.
- Sistemas de control eficientes
- Distribución geográfica adecuada pero sostenible.

A través de...

- Detección temprana de pacientes y familias de riesgo.
- Seguimiento de pacientes de riesgo.
- Plan de prevención de adicciones.
- Plan de prevención y control del beneficiario sano.
- Planes de prevención de ley y Plan de prevención del síndrome cardiometabólico.

Sociales Sindicales y las de Dirección, se dieron cita el doctor Horacio Martínez, Presidente de OSIM, y el doctor Tomás Sánchez de Bustamante, Gerente General de OSDE. Martínez comenzó destacando que ciertos aspectos del escenario actual se convierten en preocupaciones para el sector: la ampliación constante de los planes médicos sin acceso a fondos de financiación, el contexto de judicialización y el poco uso de protocolos para las prestaciones. “En este escenario, se desvirtúa el concepto de acceso equitativo en favor de la rapidez y la

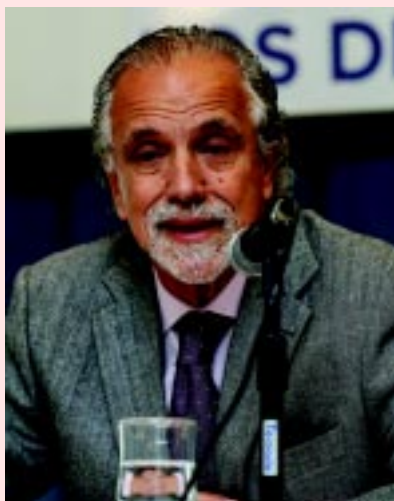
Desafíos futuros para la Seguridad Social

Doctor Luis Scervino
(Obra Social de Obras y Servicios Sanitarios)

- Generar equilibrio entre solidaridad y libertad.
- Replantear el modelo financiador actual.
- Aumentar el aporte del trabajador.
- Regular la opción de cambio.



Dr. Luis Scervino



Dr. Horacio Martínez

eficacia”, advirtió Martínez. Si a esto se suma el contexto inflacionario y la economía cíclica, el alto porcentaje de trabajo informal y la tendencia a creer que la solución es la medicina pensada como evidencia absoluta, “en este escenario no hay ningún sistema de salud que pueda cumplir su objetivo.” Es en esta línea que el doctor vio con buenos ojos que se le dé más lugar a la discusión académica para estos temas: “El aporte académico podría potenciarse y generar sinergia para una solución.”

“Las Obras Sociales de Dirección y las sindicales saben que la inequidad en el acceso y la ineficiencia van de la mano”, remarcó Martínez. En este sentido, según el doctor, el desafío de ambas es mantener el modelo solidario con accesibilidad,

buena calidad y financiamiento. “En eso las obras sociales sindicales y las de dirección están hermandadas.”

Los problemas del sector, señaló el doctor, van más allá de la situación nacional: “Se trata de un problema estructural, que no tiene que ver solamente con problemas coyunturales del país: hay que ver qué está pasando en el resto del mundo y para esto la acción de la academia es fundamental.”

En el marco de leyes que amplían sin financiación el PMO, según Sánchez de Bustamante, la problemática del sector gira en torno a

La Problemática del FSR Doctor Horacio Martínez (OSIM) y Doctor Tomás Sánchez de Bustamante (OSDE)

“El Fondo Solidario le debe 40 millones de pesos a OSIM, que se adeudan desde 2009. Es evidente que la forma en que está planteado esto no sirve: hay que buscar otros mecanismos más ágiles y la discusión para lograrlos excede al ámbito de la salud.” (Dr. Martínez)

“El APE y el SUR, como están planteados, no sirven. A OSDE le deben 600 millones de pesos. El problema es que tienen demasiados pasos administrativos y requisitos formales. Por eso, es necesario un régimen más transparente, menos burocrático y más rápido.” (Dr. Sánchez de Bustamante).



Dr. Tomás Sánchez de Bustamante

cómo hacer funcionar una ecuación: “¿Cómo hacemos para compaginar el concepto de derecho a la salud y la idea de que el financiamiento cae del cielo?” “No se ha profundizado la discusión en torno a estas leyes; ni siquiera se ha dado una discusión ética”, que, por ejemplo, sería más que necesaria en el caso de la Ley de Fertilidad.

Sánchez de Bustamante estimó, además, que el escenario próximo traerá consigo las problemáticas del envejecimiento de la población y del aumento de las nuevas tecnologías. “Hace falta un diálogo para ver cómo podemos reorganizar el esquema que nos está regulando.” En todos los casos, siempre se trata de encontrar el equilibrio entre las distintas perspectivas: “Está la justicia del que padece y la justicia del que ha



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

Seguridad Social

aportado durante muchos años a su sector: la cuestión es cuál es el punto de encuentro”, subrayó el doctor.

EL FUTURO DE LA LIBRE OPCIÓN

Hacia el final, llegó el turno del doctor Alfredo Stern, Director Médico de la Obra Social de Sanidad, y del doctor Benjamín Surace, Gerente de Planeamiento de la Obra Social de la Unión de Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina (O.S.U.T.H.G.R.A.). El doctor Surace distinguió, para su presentación, cuatro ejes de problemáticas para la Seguridad Social: la opción de cambio, la incorporación del monotributo, la transferencia del Fondo Solidario y la Gestión de expedientes del SUR.

El profesional se refirió centralmente a la opción de cambio. “Fue en 1993 que, por primera vez, un decreto citó la opción de cambio pero la presión sindical hizo que no se hiciera efectiva hasta 1998.” En 2001, recordó, ya se hablaba del efecto descreme para las obras sociales: “Los salarios más altos se iban de la Seguridad Social.” Para extender su análisis al presente, Surace presentó un cálculo simple pero esclarecedor: “Si tomamos como criterio que un salario alto es de 15 mil pesos por mes, son mil seiscientos millones de pesos por mes los que se van del sector de la Seguridad Social hacia el sector de las prepagas”, subrayó.

En relación a la incorporación del monotributo, Surace señaló que, si en noviembre de 2004 el ingreso

promedio por cotizante era de 78.9 pesos, la incorporación de los monotributistas, ese mismo año, hizo bajar el promedio ya que éstos entraron al sistema con un aporte de 22 pesos. Para el tercer eje de problemas, el Fondo Solidario, el doctor remarcó que en noviembre de 2013, y según datos de la AFIP, ascendía a 787 millones de pesos el monto del Fondo, un total de 9.500 millones por año.

Stern también hizo foco en la problemática de la libre opción de cambio: “En salud, es un hecho cuestionable que alguien elija lo que le parece mejor porque esto puede ser pernicioso para sí mismo y para el conjunto social, toda vez que esto impacte económicamente”, advirtió de entrada el doctor.

Pero, ¿por qué la gente quiere cambiar?, se preguntó Stern. Puede ser, según indicó, por una disconformidad con el servicio, por presión de ventas o incluso por acuerdos comerciales. En todo caso, el tema gira en torno al descreme, “que es algo así como sacar la parte rica del café y quedársela”, señaló. A las organizaciones, describió el doctor, les conviene tener en su población a los que más aportan y a los que menos enfermos están: “Esto rompe con el principio de solidaridad, que es la base de la seguridad social”, enfatizó. Además, este proceso lleva también a una caída del volumen de la cartera de las obras sociales que, entonces, se quedan con menos medios para enfrentar riesgos de ocurrencias catastróficas. “Todo lleva a una pérdida de cartera, a una transferencia de los recursos entre los subsectores y a un desfinanciamiento del conjunto.”

En definitiva, delineó Stern, hay



Dr. Alfredo Stern

Nuevas reglas para el traspaso

**Doctor Alfredo Stern
(Obra Social de Sanidad)**

- Rediseñar el monto económico a traspasar:
 - El promedio de la obra social de origen.
 - El promedio de la cápita del sistema de OOSS.
 - Una suma fija definida por la S.S.Salud.
 - Alguna otra cifra...
- Fijar tope de afiliados “Externos” para obras sociales “Captadoras”.
 - Período de permanencia en la Obra Social de origen.

Otras medidas para la Seguridad Social

- Mejorar la calidad percibida por los Afiliados.
- Ampliar la oferta prestacional del 2° Nivel.
- Favorecer la integración intersectorial.
 - Promover la mejora del sector estatal.



Dr. Benjamín Surace

Gestión de Expedientes del SUR: Discapacidad, 2014

**Doctor Benjamín Surace
(OSUTHGRA)**

- 1.661 expedientes iniciados en 2013.
- 5.700 prestaciones.
- 39.243 facturas (15752, de CABA, el resto, del interior).
- 3.300 facturas por mes.
- 2.017 prestadores.

quienes pierden y quienes ganan. “Pierde la Seguridad Social, pierden las obras sociales que no desregulan y los beneficiarios que se quedan porque sus obras sociales tienen menos disponibilidad económica.” Ganan las obras sociales captadoras: “Hay doce obras sociales que reciben el 60% de los traspasos que hoy se producen”, señaló. Ante la pregunta de si se puede volver atrás, Stern remarcó que “se trata de derechos adquiridos: es poco probable, por no decir imposible, que se produzca una vuelta atrás.” □

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
(C1019ABG) Capital Federal



GLC
CERES
2011

**TU SALUD,
NUESTRO COMPROMISO**
Estamos siempre

OSPAT
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

Florida 15 Piso 6º
Tel: 4342-6111 / 4343-6171
LÍNEA GRATUITA- 0-800-999-1654
WWW.OSPAT.COM.AR

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepagada
9800 - 022-5414311/229821 www.mssalud.gov.ar 16.16 C.S. 445.1-0170-01

PharmaSoft y SaludSoft

Tecnología para la gestión

¿Cómo puede la información aportar claves para el control del gasto, la fidelización de los clientes y la gestión integral en el ámbito de la salud? PharmaSoft junto a Saludsoft, brindan un sistema integrado que permite, a cada organización, optimizar su rendimiento. *Revista Médicos* entrevistó a Alicia Suárez, Gerente de PharmaSoft, y a Ramiro Ibáñez, Gerente Comercial de HMS, quienes detallaron la importancia del uso de estas herramientas.

Se escucha en cada congreso del área: la innovación tecnológica llegó para quedarse al ámbito de la salud. Además de avances en materia prestacional y de atención, la tecnología también ha alcanzado a la gestión de las organizaciones de salud, que desean controlar sus gastos y mejorar su eficacia. En este sentido, la empresa PharmaSoft, compañía asociada de HMS Health Management Solutions, provee servicios especialmente pensados para la gestión del medicamento. La empresa, surgida en 1993, comenzó realizando auditorías para Pami y, rápidamente, se encontró trabajando para la industria farmacéutica hasta llegar a tener más de cincuenta contratos con entidades del sector salud.

Alicia Suárez, Gerente de PharmaSoft, detalla que, en los inicios, “el negocio era más lineal porque consistía, simplemente, en la captura del dato de la receta y la verificación del beneficiario.” El terreno de acción fue creciendo con el tiempo y la empresa comenzó a realizar un análisis mucho más fino de los gastos y desvíos. “Hoy la realidad económica del país nos lleva a ser cada vez más finos en el análisis; con el consumo del medicamento ya preautorizado, hoy estamos dando un paso adelante: hacemos auditoría en tiempo real,” indica Suárez. Esta nueva modalidad de la auditoría, que permite saber en el mismo minuto de pedido del medicamento si el beneficiario está en condiciones de consumirlo, se une a los procesos de auditoría *expost*: “La auditoría posterior no se puede obviar porque siempre puede haber errores formales”, aclara Suárez.

Una de las fuerzas que impulsa a las empresas de salud a optar por aplicar las soluciones integrales que ofrece PharmaSoft es la creciente preocupación por el gasto. Y, si hablamos de gasto, el porcentaje que se destina a medicamentos es

altísimo: “Además, el nivel de fraude que permite el medicamento es mucho mayor que el que permite la práctica médica”, explica Suárez, por lo que tener un sistema que ayude a controlar y auditar los procesos que involucra el medicamento se torna clave para controlar el gasto.

Es, justamente, para poder realizar un análisis del consumo y del gasto que las empresas incorporan también la solución Saludsoft Business Intelligence. “Todos quieren tener más datos y, en medicamentos, no resulta tan fácil armar valores de referencia porque no son tablas de consumo internacionales.” Así, tal como señala Suárez, valores de consumo en medicamentos que resultan válidos para el norte del país aparecen como inviables en el sur; o los que operan en verano no son los mismos que rigen en invierno. “Lo que nosotros hacemos es aportarle a las instituciones la asistencia necesaria para que formen sus propios indicado-

res, que surgen de la captura de la información”, subraya la Gerente de PharmaSoft.

¿Cómo se traduce esa información en la gestión o en el gasto de las empresas?

Ramiro Ibáñez, Gerente Comercial de HMS, comenta: “Nosotros siempre trabajamos con el entendimiento de que las organizaciones no conocen el detalle de sus gastos. Si lo conocen, no lo saben interpretar. Las obras sociales y las prepagas carecen de la posibilidad de convertir el dato en información. La falta de planificación y la dificultad en el acceso a la información son problemas que tienen una misma raíz: la falta de conversión del dato en información. Desde HMS, brindamos una propuesta para superar estos problemas. Nos concentramos en la captura del dato, en la interpretación y en la liberación de indicadores del comportamiento del gasto, para que cada empresa sepa qué líneas sigue su gasto. El módulo de Business, por su



Alicia Suárez, Gerente de PharmaSoft, y Ramiro Ibáñez, Gerente Comercial de HMS.

parte, nos permite hacer cortes transversales de la información, por departamentos. Además, trabajamos también con un módulo basado en el marketing predictivo: utilizamos la información en virtud del comportamiento que la empresa quiera inducir en su población, para lograr una mejora de la rentabilidad.

¿Qué ejemplos concretos se pueden mencionar del impacto de sus soluciones integrales en una organización de salud?

Suárez nos da algunos ejemplos: "Para uno de nuestros clientes, nos saltaba un consumo altísimo de antibióticos en una zona específica. Empezamos a analizar el tema y a hacer seguimientos hasta que nos dimos cuenta de que se trataba de una zona avícola. A través de nuestro análisis, descubrimos que los que consumían los antibióticos eran nada más y nada menos que los pollos. Los productores compraban en la farmacia, con su credencial y a su nombre, todos los antibióticos que luego ponían en el alimento de los pollos. Se trata de un indicador absolutamente zonal que hubiera sido imposible de detectar sin nuestros sistemas integrales. Por supuesto, este cliente ahora opera con requerimiento de autorización previa".

Además, indica Suárez, la información acumulada le permite a cada organización realizar campañas especialmente orientadas a sus necesidades. Para ilustrarlo, la Gerente aportó otro ejemplo esclarecedor. "En una zona con bebés de bajo peso, se estableció que los pediatras repartieran leches especiales a las madres, pero los bebés seguían con bajo peso." Lo que ocurría, se descubrió, era que, en una zona de bajos recursos, en las farmacias las madres cambiaban las latas de leche por otros productos. "Con esta información, se pudo diseñar una nueva acción para corregir ese hábito: los pediatras empezaron a entregar abiertas las latas de leche, para que fueran consumidas en el momento."

Si de fidelización se trata, la solución de marketing predictivo, indica Ramiro Ibáñez, acerca una clave para las organizaciones. "Entendimos que logrando campañas de reconocimientos y bonificaciones para los beneficiarios sanos, se lograba una mayor pertenencia y también mayor permanencia. Ahora las empresas comenzaron a entender que tienen que trabajar sobre la fidelización de los afiliados más sanos también." "Fue el mismo mercado el que empezó a requerir de este tipo de soluciones integrales", enfatiza Ibáñez, "y hoy pode-

mos decir que la de HMS es una oferta única en su tipo."

Pero, ¿qué tipo de recepción tienen estas nuevas tecnologías de la información en las organizaciones de salud? ¿Se utilizan para revertir los problemas de fondo?

Según Suárez, la primera reacción de las empresas muchas veces es la incredulidad. "Pero cuando empiezan a ver los primeros datos les cambia la cabeza: con una persona o dos que miren inteligentemente el dato, se logra revertir una situación adversa." Según Ibáñez, no obstante, este tipo de soluciones integrales son útiles sólo en aquellas organizaciones en que haya voluntad vertical para generar una gestión integrada: "No se puede trabajar hacia un modelo de excelencia si la organización no está alineada verticalmente con este tipo de proyecto."

Es que, como comenta Suárez, hoy por hoy la economía afecta de igual manera a todas las empresas. Y todas, por eso mismo, necesitan controlar sus gastos. "Nosotros, en definitiva, capturamos el dato, lo convertimos en información, ponemos esa información a disposición de la empresa y los ayudamos a elaborarla de manera tal que les sirva para la toma de decisiones", sintetiza Ibáñez. □



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

El financiamiento de los jubilados en la Seguridad Social



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

En números anteriores publicamos sendos artículos en esta revista: "FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN" y "FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN. Segunda parte", en los cuales hablamos del financiamiento de la seguridad social. En el último de estos artículos anunciamos que escribiríamos sobre el financiamiento de la cobertura médico-asistencial de los jubilados.

EN ESTE ARTÍCULO DESARROLLAREMOS ESTE TEMA

Aproximadamente, 4.400.000 de los jubilados y pensionados del régimen previsional nacional reciben prestaciones médico-asistenciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante, el Pami).

A su vez, numerosas obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud también brindan este tipo de cobertura a jubilados de la seguridad social.

Originariamente, el Pami celebraba convenios individuales con las obras sociales en donde se establecían cápitas para la atención de jubilados. Con esta modalidad algunas obras sociales celebraron acuerdos privilegiados respecto de otras, y obtenían –en algunos casos– beneficios que superaban el doble del valor por idénticas prestaciones.

Con el fin de eliminar esa distor-

sión, se emitió el decreto N° 292/95.

Dicha norma creó el Registro de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud Para la Atención Médica de Jubilados y Pensionados en el ámbito de la Administración Nacional del Seguro de Salud (actual Superintendencia de Servicios de Salud).

En este Registro deben inscribirse las obras sociales que manifiesten su voluntad social de recibir como parte integrante de su población atendida, a los jubilados y pensionados, debiendo especificar, a su vez, si recibirán sólo a los jubilados y pensionados de origen o a los provenientes de cualquier obra social del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Los beneficiarios de este régimen pueden optar por afiliarse al Pami o a cualquier otra social inscripta en este registro.

Las obras sociales registradas, a su vez, están obligadas a recibir a los beneficiarios que opten por ellas, a sus respectivos grupos familiares y adherentes, no pudiendo en ningún caso condicionar su ingreso por patología médica o ninguna otra causa.

El art. 13 del decreto en análisis estableció que los Ministerios de Economía y Obras y Servicios Públicos, de Trabajo y Seguridad Social y de Salud establecerían, por resolución conjunta, el monto de las cápitas que la Administración Nacional de la Seguridad Social (actual Superintendencia de Servicios de Salud) debía transferir automática-

mente a las obras sociales inscriptas, de los recursos que legalmente le corresponda percibir al Pami.

En la práctica, la actualización periódica de estas cápitas constituía un trámite por demás engorroso tanto desde el punto de vista administrativo como desde el político. Administrativamente, pues no resulta sencillo conseguir la aprobación de una resolución que contiene un expediente que debe circular por distintas dependencias de tres ministerios de la Administración Pública Nacional. Políticamente, porque el interés de los ministerios para conseguir la aprobación de esta resolución era inequívocamente diferente. El expediente lo originaba la Superintendencia de Servicios de Salud, que lo elevaba a su Superior, el Ministro de Salud. Tanto este ministerio como el de Trabajo impulsaban con mayor convicción la actualización de las cápitas, porque recibían la presión de las obras sociales sindicales y de las asociaciones sindicales, respectivamente. Sin embargo, el Ministerio de Economía tenía numerosas prioridades anteriores antes que la de ocuparse de este tema.

Por esa situación, los suscriptos, cuando ocupamos distintas funciones en la Superintendencia de Servicios de Salud, impulsamos la actualización automática de esta cápita por parte de una norma superior a una resolución conjunta emitida por tres ministerios.

El art. 1º de la resolución conjunta 705/2012, 1047/2012 y 1941/2012, emitida por los Ministerios de Economía y Finanzas Públicas, de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y de Salud, estableció que el valor de la cápita que transfiere el Pami a las obras sociales inscriptas en el Registro de Atención a Jubilados, es el establecido por el decreto 488/2011 para las cotizaciones mínimas mensuales de la Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo. Es decir, la cápita de los jubilados quedó establecida en la suma de \$ 192,00.

El espíritu de esta norma, compartido por nosotros, fue la de equiparar la situación de los jubilados del Pami y el de las obras sociales.

Desde ese momento, noviembre de 2012 a la fecha, esta cápita no ha sufrido modificaciones en sus valores de asignación.

Ello quiere decir, que hace casi dos años que la cápita que el Pami le transfiere a las obras sociales para la atención de sus jubilados se encuentra sin actualizar.

Está claro que nuestra convicción de obtener una actualización periódica de la cápita que transfiere al Pami a las obras sociales que les brindan cobertura a jubilados, por vía del dictado de una norma superior, fue ingenua; pues la actualización quedó atada a la actualización de los valores establecidos por el decreto N° 488/2011 (SUBSIDIO AUTOMATICO NOMINATIVO DE OBRAS SOCIALES "SANO"); y lo que se obtuvo en la práctica es la cristalización de esos valores durante casi dos años.

Queremos señalar otras dos cuestiones que, a nuestro criterio, distorsionan el adecuado financiamiento de los jubilados de la seguridad social.

La primera de ellas es la emisión del decreto 1369, del 11 de setiembre de 2013.

Entre otros temas, que ya fueron tratados por nosotros en núme-

ros anteriores de esta revista, este decreto instituyó el SUBSIDIO PARA MAYORES DE SETENTA AÑOS (SUMA 70), destinado a complementar la financiación de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud con relación a los afiliados de SETENTA (70) o más años mediante la distribución automática de una parte del Fondo Solidario de Redistribución. En otras palabras, con dinero de los activos.

Con respecto a este tema, el considerando pertinente del decreto afirmó:

“Que resulta necesario fortalecer económicamente a los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud que brindan prestaciones a esta población”.

Si bien compartimos toda mejora en el financiamiento que pueda producirse en el sistema, nos parece que ello debería derivar de mecanismos genuinos.

El financiamiento de la cobertura de los jubilados surge del dinero aportado por los activos por una doble vía:

1. por los aportes que realizan por aplicación del art. 8 de la ley 19.032; y
2. por aplicación de este decreto N° 1369/13.

La otra cuestión que queremos destacar es la cápita que el Pami reconoce a los prestadores propios para sus poco más de 4.400.000 millones de afiliados.

Si bien no existe una cápita única y el nuevo modelo del Pami consiste en el financiamiento de la cobertura por pago por prestación y no por cápita, el monto que abona de prome-

dio por jubilado es notoriamente superior a los \$ 192 que reciben las obras sociales por este tipo de atención.

En este sentido, es importante destacar que, de acuerdo a la última estadística publicada por el organismo recaudador del Estado Nacional, en el mes de diciembre de 2013, el monto que recibió el Pami por parte de la AFIP asciende a la suma de MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS DOSCIENTOS PESOS (\$ 1.836.242.000). Si dividimos esta suma por la cantidad aproximada de jubilados que atiende el Pami, tenemos que a cada afiliado le correspondería la suma de PESOS CUATROCIENTOS PESOS CON TREINTA Y DOS PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS (\$ 417,33), a aquella fecha. Si tomamos en consideración el aumento que alcanzó la recaudación y la consecuente suba del monto transferido al Pami, podemos estimar que, en la actualidad, a cada afiliado le corresponde un poco más de PESOS SEISCIENTOS (\$ 600,00), de la suma recaudada por el Instituto.

Como corolario, celebramos la decisión del gobierno nacional de haber dotado al sistema de mayor financiamiento por vía del SUMA, SUMARTE Y SUMA 70. También, como dijimos al comienzo de esta nota, reconocemos que el decreto N° 292/95 significó un avance en la equidad del financiamiento de la atención de los jubilados.

Sin embargo, entendemos que todos los jubilados de la seguridad social, tanto los que reciben cobertura del Pami como los que la reciben por parte de las obras sociales, deben obtener prestaciones por el mismo valor.

Por ello, sugerimos unificar el valor de la cápita de los jubilados de las obras sociales con las de Pami, pues la prioridad debe ser la cobertura igualitaria y solidaria de esta población. □

Su salud en las mejores manos

Estados Unidos 2863
(1227ABU) Ciudad de Buenos Aires
Call Center 0800-333-3313



Cafetín de Buenos Aires

De chiquilín te miraba de afuera...

Por el Lic. Patricio Pasman

patricio@pasman.com.ar



Ya no miro de afuera a esos maravillosos bares porteños, donde en mesas de café, sabiondos y suicidas, conversaban y debatían acaloradamente sobre todo tipo de temas. Roberto Fontanarrosa se enojaría si leyera que solo le atribuyo a Buenos Aires la exclusividad de los mismos. Me disculpo ante el extraordinario genio rosarino, y sumo a los bares de todo el país.

Sin embargo, reconozco que me gustaban mucho más cuando los miraba de afuera. Lamentablemente de a poco están perdiendo su atractivo. En el siglo XXI, contemplo que la mayoría de las mesas están ocupadas con una o dos personas a lo sumo y lo que es peor aún, todos mirando las pantallas de los múltiples televisores que cuelgan de las paredes o con los ojos clavados en sus computadoras y "smartphones".

Lejos de formar parte del grupo de personas que permanentemente pregonan con lamentos que todo tiempo pasado fue mejor, debo reconocer con tristeza, que en este aspecto hemos involucionado. Cómo extraño esas mesas, donde un grupo nunca menor a cuatro personas debatían largo rato si el puntero izquierdo titular de aquel glorioso equipo de Tigre del año 79 era Greco o el "Tano" Ianuzzi. Lo maravilloso también era, que alguno de otra mesa cercana, podía sumarse desde su lugar al debate, sin que nadie se enojara al respecto. En algunas confiterías frente a la plaza de algunos pueblos del Interior, por suerte algo de esto se conserva.

Como dice mi primo Rafael: *"Internet y los malditos buscadores como el Google, han sido un arma letal para los 'charlatanes de feria' como nosotros. Hoy cualquiera en un minuto y medio te saca la variación del PBI anual de Noruega, después de la devaluación de Namibia en 1972 y su impacto posterior en la bolsa de Tokio. Han matado las discusiones de bar, pero no contentos con eso, peor, nos han matado a nosotros, los bocones. Cualquier leyenda que uno quiere soltar, con los matices de exageración que le dan color a todas las historias, son refutadas en unos segundos por tipos que del tema quizás no tienen idea, pero sí saben cómo usar un buscador"*.

Días atrás luego de un seminario en la Universidad ISaIud, fui a un lindo bar por la zona a tomar un café y revisar mis correos electrónicos. Luego de un rato de estar sentado, mientras recordaba aquello que decía mi primo Rafa, noté sorpresivamente que en una mesa cercana, conversaban muy animadamente cuatro personas sin ninguna pantalla que interfiriera en el diálogo.

Mi interés creció cuando el tema en cuestión era la libre elección de obra social. Inmediatamente cerré mi computadora y escuche el siguiente diálogo:

"Escucháme bien", decía un hombre de campera negra y barba incipiente, *"la desregulación rompió con la solidaridad del sistema"*. *"Las prepagas se han llevado a todos los afiliados de altos ingresos, el descrome hizo estragos"*.

¿De qué solidaridad me hablas?, preguntó el único que llevaba corbata en la mesa.

"Te hablo de la solidaridad que teníamos en las obras sociales antes de que en los malditos 90 comenzará la desregulación", respondió el que estaba sentado de espaldas a mi mesa vestido con una chomba azul.

¿A qué te referís?, contestó con ironía el cuarto hombre del grupo a quien le quedaba muy poco cabello en su cabeza y vestía con saco sin corbata, *"a lo solidario que son los pilotos con los empleados rurales, donde el aporte por cápita de los primeros debe ser como 5 o 6 veces que el de los otros"*. Doblando la apuesta siguió con la ironía, *"o a lo mejor hablas de la solidaridad de los empleados de la AFIP o los petroleros con los obreros de la construcción..."*.

"Vos sabes bien a que me refiero, ¿o me vas a decir que antes el sistema no era más solidario?", retrucó el de campera negra.

Poniéndose serio el hombre de corbata comenzó a explayarse, *"es cierto que era un poco más solidario, pero a costa de una cautividad que no incentivaba en lo más mínimo a dar calidad de servicio a los beneficiarios. No me podes negar, que muchas obras sociales en los últimos años, implementaron muchas mejoras para retener a sus afiliados. La competencia siempre es buena. Con la libre opción ganó la gente"*.

El hombre de chomba azul, más moderado que el de campera negra, comentó en un tono muy coloquial, *"en eso tenes razón, pero la libre opción era entre obras sociales y no para las prepagas"*.

Pero si la gente quiere cambiarse a una prepaga, ¿por qué no puede hacerlo? Salvo que no te importe la gente, comentó ofuscado y en forma tendenciosa quien vestía saco sin corbata y tenía un "corte" de cabello a lo "Brujita Verón".

"Claro que me importa la gente, por eso no quiero que se pasen a las prepagas, que son mercaderes de la salud y que solo buscan ganar plata!!" retrucó el de campera negra.

Intentando bajar los ánimos y llevar la conversación

a un debate civilizado, el hombre de corbata dijo “se llevarían una sorpresa muchos dirigentes, si supieran que de las 10 Entidades de Medicina Prepaga líderes, que concentran el 80% del mercado, 6 de ellas son entidades sin fines de lucro. Es decir que el 60% de las 10 primeras son Cooperativas, Fundaciones u Asociaciones Civiles como las obras sociales sindicales”.

Siguiendo el tono cordial de la conversación el hombre de chomba azul continuó diciendo, “como suele pasar, toda generalización es injusta y seguro que existen prepagas que hacen muy bien las cosas y hay otras que le han hecho muy mal al sector, por eso la opinión pública en general no las quiere”.

“Lamentablemente eso es cierto”, comentó el hombre de saco y corbata, “sucede lo mismo con las obras sociales sindicales, no todas son iguales. Hay muchas obras sociales que dan un muy buen servicio a los afiliados mejorando día a día las prestaciones médicas que brindan y la cobertura a veces es superior a la que brindan las prepagas”.

“Con respecto a la opinión pública”, siguió el hombre de saco sin corbata, “la supuesta mala imagen de las prepagas tiene más que ver con el valor de las cuotas y los aumentos, que con el servicio. Según una encuesta muy seria realizada hace poco, los afiliados a las prepagas eran los que más satisfechos estaban con su cobertura y servicio médico”. “Es esperable que la gente que paga una prepaga y a su vez soporta una presión impositiva de países desarrollados, se enoje. La prepaga debiera ser un complemento a la cobertura pública y no un sustituto de ésta”.

“Los jóvenes solteros de buen salario no debieran poder llevarse todo su aporte a otra obra social dejando al resto de los beneficiarios con un menor ingreso por cápita”, comentó ya en un tono muy coloquial el de campera negra. “Antes que me lo digan ustedes, reconozco que para esto el afiliado deja entre un 15 o 20% de su aporte en el Fondo Solidario de Redistribución y que con instrumentos como el SUMA y el SANO (Subsidio Automático Nominal de Obras Sociales), se compensan estas diferencias, pero debemos construir un sistema aún más solidario”.

“El SANO era un excelente programa. El problema es que al no actualizar los valores como debieran, pasó de distribuir de más del 60% de los recursos del Fondo a un 2 o 3% actualmente”. Agregó quien vestía saco y corbata.

El debate afortunadamente continuó por estos carriles, comprometiéndose todos a trabajar en conjunto para generar un sistema que mantenga la libertad de opción, pueda ser más solidario y brinde mejores respuestas a todos los afiliados.

En un momento me distraje hablando con el mozo que me traía otro café y cuando levanté la vista, la mesa

de al lado estaba vacía. Las sillas estaban todas bien prolijas arrinconadas a la mesa. No quedaban restos de nada que hiciera pensar que había estado ocupada por cuatro personas unos segundos atrás. No entendía como en tan poco tiempo hubieran podido pagar la cuenta, retirarse del bar y que el mozo haya podido acomodar y limpiar todo. Con la duda si todo lo sucedido había sido producto de mi imaginación, me levanté y confundido volví a mi casa.

A la noche, durante la cena familiar con mi mujer y mis cuatro hijos, donde por suerte hemos podido instalar la norma de dejar todo tipo de celular o pantalla fuera de la mesa, mis hijos varones de 9 y 12 años respectivamente, comentaban que cuando comenzaron a coleccionar figuritas del Mundial, el kiosco del barrio vendía el paquete a \$5,50 c/u. Afortunadamente la librería que está a pocos metros del kiosco, comenzó también a vender también pero a \$5. Tanto ellos como todos los chicos del barrio empezaron a comprarlas ahí.

El kiosco a los pocos días bajó el precio y comenzó a vender también a \$5 al igual que la librería, pero este no solo bajó el precio, sino que implementó un nuevo servicio que era vender figuritas sueltas, de modo que podían comprar la que les faltaba en el álbum. Muchos chicos volvieron a comprar al kiosco.

Con su relato, mis hijos volvían a confirmarme las ventajas de la competencia en la economía. Con un ejemplo sencillo, ratificaban aquello que Adam Smith desarrolló cientos de años atrás con la metáfora de “la mano invisible”, que expresa en economía la capacidad autorreguladora del libre mercado. Hoy sabemos con certeza que esta teoría no funciona en el 100% de la economía y es necesaria la participación del Estado cuando existen monopolios, oligopolios o en bienes y servicios públicos por ejemplo. Sin embargo, también sabemos con certeza que la intervención estatal tampoco nos garantiza el éxito.

Lamentablemente, ha crecido en los últimos años, quienes se empeñan en negar la veracidad de esta “mano invisible” y sus ventajas. Aunque algunos pretenden derogarla, nos seguimos rigiendo por la ley de la oferta y la demanda, le escuché decir una vez a un economista.

Por suerte muchos bienes y servicios que se comercializan en el mercado compiten sanamente y los que ganamos, como en el ejemplo de las figuritas del mundial, somos los usuarios o consumidores. □



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

Estar o no estar (enfermo)... ésta no es la única cuestión



Por el Dr. Esteban Lifschitz

Médico especialista en Clínica Médica
Consultor en políticas sanitarias

“Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar”

Arthur Bloomfield

Salud y enfermedad parecen ser las únicas caras de la moneda pero en realidad está lejos de ser una situación de tipo blanco/negro o si/no.

A diferencia de la dicotomía planteada por Shakespeare en Hamlet, en salud existen momentos en los cuales intervenir a tiempo puede modificar los resultados. Uno de ellos se da cuando el paciente está enfermo pero no lo sabe. El sentido común recomendaría enfocarse en detectar la enfermedad en la etapa asintomática. Ahora bien, ¿todas las enfermedades ameritan ser rastreadas proactivamente? La respuesta es rotundamente no. Son muchas las ocasiones en las que se plantean situaciones como “Dr. pídamelo todo” o “vengo por un chequeo completo”. Representa un desafío que aquellas enfermedades con evidencia científica para ser buscadas proactivamente en etapas asintomáticas, efectivamente lo sean. Pero es un desafío tan o más importante que no se implementen otras tantas que cuentan con evidencia en contra de realizarlas. Parece un juego de palabras, pero no lo es.

¿QUÉ ENFERMEDADES AMERITAN UNA CONDUCTA PROACTIVA DE RASTREO?

Sin entrar en ejemplos concretos, sobre todo porque las verdades en medicina suelen serlo temporalmente, ciertas características descriptas por Frame y Carlson⁽¹⁾ convierten a una enfermedad en atractiva para su búsqueda en etapas asintomáticas.

- Que sea frecuente y con impacto clínico (morbimortalidad).
- Que pueda ser detectada y tratada en etapa asintomática.
- Que se cuente con test diagnósticos efectivos, seguros y aceptables.
- Que el tratamiento temprano resulte superior al de la etapa de diagnóstico habitual.
- Que el daño potencial de la intervención sea menor que el del tratamiento no precoz.

Tan negativo como no rastrear enfermedades con criterio para serlo (situación conocida como subutilización inadecuada), resulta buscar proactivamente patologías sin evidencia que lo avale o incluso ésta sea contraria a realizarlo. Esta situación, en la cual el paciente accede a más prestaciones de las que necesita, se denomina sobreprestación inadecuada y no está exenta de generar eventos adversos.

Asistimos actualmente a un debate profesional y ético, en el marco de la denominada prevención cuaternaria⁽²⁾, respecto a qué medidas se deben implementar para evitar o atenuar las consecuencias de intervenciones innecesarias que generamos los médicos. Hemos ido tan lejos que debemos prevenir la prevención innecesaria. La prevención cuaternaria debiera ser una prioridad para que pueda aplicarse un principio básico de la medicina, “primum no nocere” (primero no dañar).

¿CÓMO ADECUAR EL PROCESO DE RASTREO A LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA?

La tarea no resulta sencilla pero las estrategias debieran apoyarse en dos pilares fundamentales, educación y normatización:

- Que los médicos conozcan qué enfermedades requieren ser rastreadas y cuáles no.

“Habiendo evidencia suficiente para optimizar el abordaje de la prevención en medicina, ¿por qué nos cuesta menos continuar haciendo cosas que no cuentan con evidencia que lo sustente, que dejar de hacer otras tantas cuya evidencia recomienda en contra de llevarlas adelante?”

- Que las conductas médicas se basen más en la evidencia y sea cada vez menor el espacio para “cada maestrillo con su librillo”.
- Que tanto médicos como pacientes entiendan que “más no siempre es mejor”⁽³⁾. Es probable que cuantas más prácticas se soliciten más chances haya de obtener un falso positivo, un resultado compatible con “enfermedad” aun cuando la persona no padezca la misma. Ante ese resultado, probablemente la conducta no sea revisar la verdadera necesidad del estudio sino que aparecerán en escena repeticiones del mismo e incluso estudios más invasivos, tan innecesarios como el que se solicitó inicialmente.

Habiendo evidencia suficiente para optimizar el abordaje de la prevención en medicina, ¿por qué nos cuesta menos continuar haciendo cosas que no cuentan con evidencia que lo sustente, que dejar de hacer otras tantas cuya evidencia recomienda en contra de llevarlas adelante?

¿Será por la formación que recibimos en el pregrado?, ¿por qué se valora más cantidad que calidad?, ¿por las presiones que recibe el médico de diferentes actores del Sistema de Salud?, ¿Será acaso simplemente por usos y costumbres?

Probablemente obedezca a la combinación de todos ellos y muchos otros pero está claro que debemos implementar medidas que tiendan a optimizar aquello que hacemos por la salud de los pacientes. Mirar para otro lado no parece ser la manera más adecuada de ayudarlos. □



Bibliografía

1. Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 1: Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. *J Fam Pract.* 1975; 2(1):29-36. Part 2: Selected endocrine, metabolic and gastrointestinal diseases. 2(2):123-9. Part 3. Selected diseases of the genitourinary system. 2(3):189-94.
2. Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de García L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *Actualización en Medicina de Familia* 2012; 8: 312-7.
3. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med.* 2003;138:288-98.

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



Promesas en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer: Hallazgo de la estructura de una nueva proteína que podría ser de utilidad.⁽¹⁾

Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)



Es sabido que no existe cura para la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia, pero estamos ahora un paso más adelante para encontrar un tratamiento.

Bioingenieros de la Universidad de Washington han diseñado la estructura de un péptido que puede detener los perjudiciales cambios de las proteínas normales que las convierten en un estado vinculado con enfermedades tales como el Alzheimer, el Parkinson, las cardiopatías, la diabetes de tipo 2 y la enfermedad de Lou Gehring. La nueva molécula sintética bloquea estas proteínas en el momento en que cambian su estructura normal por una forma plegada anormalmente, teniendo como diana una fase tóxica intermedia. El descubrimiento de un bloqueante proteico podría conducir a formas de diagnóstico y eventualmente a tratar una amplia franja de afecciones que pueden ser de difícil detenimiento en su progreso y que raramente tienen cura.⁽²⁾

Según la eminente autora Valerie Daggett⁽³⁾, profesora de bioingeniería de la mencionada universidad, si se puede capturar y neutralizar la versión tóxica de estas proteínas, se podría llegar a evitar el daño corporal. Añade que lo que es crítico para esta situación y que nunca se ha hecho antes es que una simple secuencia peptídica actuará contra las versiones tóxicas de una serie de diferentes proteínas y péptidos amiloides, independientemente de su secuencia de aminoácidos o de su estructura 3-D.

Más de 40 afecciones conocidas como enfermedades amiloides –de las cuales algunas son el Alzheimer, el Parkinson y la artritis reumatoidea– están vinculadas a la construcción de proteínas después de haberse transformado en formas plegadas anormalmente, a partir de su estructura normal y biológicamente activa a formas anormalmente plegadas, denominadas fibrilas o placas, proceso que se produce naturalmente a medida que envejecemos, y que se produce hasta cierto punto porque nuestros cuerpos no degradan las proteínas tan rápido como se requiere, provocando mayores concentraciones en algunas partes del organismo.

Cada enfermedad amiloide presenta una única proteína o péptido anormalmente plegado, pero a menudo tales enfermedades no son correctamente diagnosticadas porque los síntomas pueden ser similares y la determinación de cuál es la proteína involucrada generalmente no se hace hasta después de la muerte, en una autopsia. Como resultado, muchas demencias son erróneamente diagnosticadas como Alzheimer sin prue-

bas definitivas, y otras enfermedades pueden no ser diagnósticas y mal tratadas.

La estructura molecular de una proteína amiloide puede ser sólo ligeramente diferente de una proteína normal y puede transformarse a su forma tóxica con bastante facilidad, razón por la cual las enfermedades amiloides son tan prevalentes. Los investigadores construyeron una estructura proteica denominada “hoja alfa” que complementa la estructura tóxica de las proteínas amiloides que descubrieron en simulaciones computarizadas. La hoja, efectivamente, ataca el estado intermedio que la proteína atraviesa durante su transición de una forma normal a una anormal.

Las estructuras podrían ser modificadas según necesidad además de ligarlas específicamente con las proteínas de ciertas enfermedades, lo que podría ser útil para lograr las terapias específicas.

Los investigadores esperan que sus compuestos especialmente diseñados puedan ser empleados para diagnosticar las enfermedades amiloides y como fármacos para tratar dichas afecciones o al menos para demorar su progresión.

Daggett ha dicho que los pacientes podrían ser sometidos a una prueba inicial para ver si presentan una enfermedad amiloide y continuar luego con la determinación de las proteínas presentes para tratar de identificar la enfermedad específica.

Hasta el momento, este grupo de trabajo ha patentado un compuesto y han presentado una solicitud de patente para toda la clase de compuestos relacionados.

Esta investigación comenzó una década atrás en el laboratorio de Daggett cuando un estudiante, Roger Armen, descubrió esta nueva estructura secundaria, por medio de simulaciones computarizadas. El equipo de Daggett pudo probar su validez en los últimos años por medio del diseño de compuestos estables y por la prueba de su capacidad para ligarse a las variantes tóxicas de diferentes proteínas amiloides en el laboratorio.⁽³⁾ □

Fuentes:

1. Ma, M. New protein structure could help treat Alzheimer's. Published on Research & Development (<http://www.rdmag.com>).
2. <http://www.rdmag.com/news/2014/07/new-protein-structure-could-help-treatalzheimer%E2%80%99s?location=top>.
3. <http://www.washington.edu/news/2014/07/28/new-protein-structure-could-help-treat-alzheimers-related-diseases/>

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

Seguro de RC Médica: Doble cobertura

Por el Dr. Fernando G. Mariona

Abogado - Director de TPC
Compañía de Seguros



Es frecuente que un médico tenga más de una póliza de seguro de responsabilidad civil médica, con distintos aseguradores. Ello significa que si la cobertura fuera de \$ 100.000 con cada asegurador, y hubiera que pagar una indemnización de ese monto, no se le podrá cobrar el mismo importe a cada asegurador, porque sería un delito. Lo que si quiere decir es que, al contratar ambos seguros, el profesional ha evaluado que su patrimonio podría verse comprometido frente a un reclamo indemnizatorio mínimamente en \$ 200.000. Si así fuera, cada asegurador contribuirá al pago de dicha indemnización con el 100% de cada suma asegurada contratada. Pero también puede ocurrir que las sumas aseguradas contratadas sean distintas: por ejemplo en una aseguradora \$ 200.000 y en la otra \$ 400.000. Ello significa que el profesional ha evaluado que su patrimonio podría verse comprometido hasta en \$ 600.000. Dicha evaluación ha sido realizada analizando los actos médicos de su especialidad que con mayor frecuencia realiza, identificando los riesgos inherentes a ellos, y la probabilidad de la extensión de los daños que podrían producirse en el caso de algún acontecimiento inesperado, complicación, error involuntario por la falla de una barrera adecuada que lo hubiera impedido, así como el conjunto de bienes que integran su patrimonio. En caso que el reclamo indemnizatorio fuera de \$600.000, no existiría problema alguno. Cada aseguradora concurrirá al pago con el 100% de sus sumas aseguradas. Pero, ¿qué pasaría si la suma reclamada y definitivamente acordada como indemnización fuera menor? Imaginemos \$ 60.000. En tal caso, y siendo que el patrimonio que habría que mantener indemne es de \$ 600.000, pero sólo se ha visto afectado en un 10% de dicho valor, al pago de los \$ 60.000 concurrirán el asegurador "A" de \$ 200.000 con un 33,33% y el asegurador "B" de \$ 400.000, con un 66,66%. Es decir que llegado el momento de pagar la indemnización, el asegurador "A" pagará \$ 19.998 y el "B" \$ 40.002. Es la misma proporción con la que entre ambos aseguradores concurren a darle cobertura a los \$ 600.000. A esta

situación técnicamente se la denomina "Pluralidad de Seguros" o "Seguros Múltiples" o "Cúmulo de garantías" o "Cúmulo de prestaciones", y está descripta en los textos de póliza, y generalmente es la copia del Art. 67 de la Ley de Seguros N° 17.418. Las características más salientes están dadas por las siguientes circunstancias: que sea el mismo riesgo, el mismo interés económico, el mismo asegurado, que en algún momento de la vigencia del contrato con dos o más aseguradores, ellas coincidan, y durante dicha coincidencia ocurra el hecho generador del daño. ¿Qué debe hacer el médico o la institución médica asegurada de esta forma para que la cuestión de la "pluralidad de seguros" ocurra? Para ello el asegurado debe cumplir con una carga establecida en el artículo de la ley de Seguros ya mencionada, y seguramente del contrato de seguro (póliza), y por lo tanto se trata de una carga de fuente legal. Es la carga de informar a la totalidad de los aseguradores involucrados en este seguro acumulativo, la existencia de dos o más coberturas. Ello significa que quien asegure el mismo interés y el mismo riesgo (el médico o la Institución) por segunda o por las veces que sea, debe anotar a todos los aseguradores la existencia del primero, segundo o más seguro. La notificación debe identificar la suma asegurada y el nombre del o los aseguradores. El efecto derivado de no cumplir con esta carga de informar es el de la caducidad de los derechos del asegurado. Y desde otra visión, al ocultar la pluralidad de seguros, el asegurado podría obtener un cúmulo de indemnizaciones en las que, sumados los valores garantizados por cada póliza, el resultado excedería notablemente su crédito. En general cuando concurrimos a las reuniones de Mediación advertimos estas situaciones, y al comentarlas con los profesionales nos damos cuenta del desconocimiento del funcionamiento del contrato de seguro. Nada mejor que tomarse un tiempo cuando el Productor-Asesor de Seguros los visita, y aclarar todas las dudas que se les puedan plantear. Al fin y al cabo, la protección del patrimonio a través de un seguro de RC Médica, no es ni más ni menos que poner a resguardo el fruto de la tarea profesional. □



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

LA MEDICINA EN EL CINE

¿Virus de la rabia o Virus “Krippin”?

Soy leyenda

SINOPSIS

A partir de la película *Soy leyenda* (2007), se repasa la infección por virus de la rabia, dado su gran parecido con la enfermedad ficticia creada en esta película producida por el denominado “virus Krippin”. Se presenta una revisión de la historia, las características del virus, transmisión del virus, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico, la mortalidad, el tratamiento y la prevención, contrastándose con lo presentado en la película. ⁽¹⁾

Robert Neville es un científico que fue incapaz de detener la propagación de un terrible virus que fue hecho por el hombre y es incurable. Inmune, Neville es ahora el último superviviente humano que queda en la ciudad de Nueva York y quizás del mundo. Durante tres años, Neville ha enviado regularmente mensajes de radio diarios, desesperado por encontrar a más supervivientes que pudieran estar allí. Pero no está solo. Víctimas mutantes de la plaga (los infectados) se esconden en las sombras observando cada movimiento de Neville y esperando que cometa un error fatal. Tal vez la última y mejor esperanza de la humanidad, Neville es impulsado hacia la única misión que le queda: encontrar la forma de revertir los efectos del virus utilizando su propia sangre inmune. Pero él sabe que está en inferioridad numérica y rápidamente se está acabando el tiempo. ⁽¹⁾

EL FICTICIO VIRUS KRIPPIN

En la película *Soy leyenda* y en algunos comics relacionados se brindan algunos datos sobre el ficticio virus Krippin. Se trata de un virus sintético, creado por la Dr. Alice Krippin modificando genéticamente el virus del sarampión a fin de que sirviera como cura contra el cáncer. ⁽¹⁾

Inicialmente se logra el propósito deseado, aunque con el tiempo el

virus Krippin sufre una mutación que lo vuelve sumamente mortífero. La letalidad es del 90% y es capaz de transmitirse por vía aérea. Los casos iniciales se presentaron en Manhattan y se diseminó por el planeta, matando a 5.4 mil millones de personas. Unos 600 millones sobrevivieron a este virus, dividiéndose en 2 grupos: los que se infectaron (588 millones) y aquellos que tuvieron inmunidad natural (12 millones). Esto corresponde a menos del 1% de la población inicial ^(2,3). El virus no causa una “zombificación” del huésped, es decir, no lo mata y lo revive. Se trata de sujetos infectados y no deben denominarse como “muertos vivos” ⁽³⁾.

La transmisión se realiza según el tipo de cepa: una que se transmite en el aire, y otra por contacto con sangre o saliva. Una vez que se transmite el virus, el huésped humano presenta datos de infección en el transcurso de 12-48 horas. Los datos clínicos son fiebre, sangrado de ojos, hematemesis y cam-

bios en el comportamiento del enfermo. Esta última es su característica primordial, pues el sujeto muestra agresividad intensa, además de sed por sangre. Otros síntomas notorios son el albinismo, la pérdida de cabello y las pupilas permanentemente dilatadas. Su piel es intolerante a la radiación ultravioleta, pudiendo producirles quemaduras graves e, incluso, la muerte. Finalmente, hay una liberación continua de adrenalina, lo que hace que el huésped se torne más fuerte y más ágil, además de acelerar el metabolismo (aumento de temperatura, taquicardia, taquipnea) ⁽²⁾. Aparentemente conservan emociones y la suficiente inteligencia como para idear trampas que han visto previamente ⁽³⁾.

El virus Krippin parece infectar a otros seres vivos, como perros y ratas. En ellos, los síntomas se desarrollan en cuestión de horas. No parecen susceptibles al virus los pájaros, ciervos, lobos y leones ⁽²⁾. Hasta aquí, los datos que pueden ser extraídos del filme y algunos comics relacionados.

Ficha técnica

Título: *Soy leyenda*.

Título original: *I am legend*.

País: Estados Unidos.

Año: 2007.

Director: Francis Lawrence.

Productor: David Heyman, Akiva Goldsman, Neal Moritz, Erwin Stoff.

Guión: Akiva Goldsman, Mark Protosevich. Basada en la novela homónima de Richard Matheson.

Música: James Newton Howard.

Fotografía: Andrew Lesnie.

Intérpretes: Will Smith (Dr. Robert Neville), Alice Braga (Anna), Dash Mihok (Ethan), Emma Thompson (Dr. Alice Krippin), Salli Richardson (Zoe Neville), Willow Smith (Marley Neville), Dash Mihok (Macho Alfa Infectado), Joanna Numata (Hembra Alfa Infectada), Darrell Foster (Mike).

Duración: 101 minutos.

Género: Ciencia-ficción, acción.

Distribución: Warner Bros.

EL CONTRASTE DEL CINE Y LA REALIDAD

En *Soy leyenda*, se presenta el virus Krippin, el cual, como se ha dicho, es un virus sintético producido a partir de la modificación genética del virus del sarampión. Las únicas relaciones entre el virus Krippin y el virus del sarampión son que este último sirvió para crearlo, y la forma de contagio inicial del virus Krippin. El virus del sarampión y el virus Krippin pueden transmitirse por vía aérea. En adelante, el virus Krippin tiene mayor semejanza con el virus rábico que con el virus del sarampión. ⁽¹⁾

La primera semejanza viene con una de las formas de transmisión del virus, que es mediante la mordedura de algún enfermo. En el virus Krippin puede ser un animal susceptible (rata, perro, humano), mientras que para la rabia hay diversos mamíferos (murciélago, perro, gato, zorro, coyote, etc.). El período de incubación es sumamente inverosímil: 12 a 48 hs, incluso más rápido en animales. En la rabia, se requieren al menos 20 días, que es el tiempo requerido para que el virus viaje centripetamente desde la periferia al SNC. Por lo tanto, el virus Krippin viaja en los axones neuronales (suponiendo que ese sea su medio de transporte) unas 10 a 40 veces más rápido que el virus rábico. También se supone que afecta el SNC, debido a que el afectado presenta alteraciones en el comportamiento, además de la implicación de la piel y las glándulas adrenales. ⁽¹⁾

En su forma furiosa, el virus rábico produce agitación, hiperactividad, desorientación y alucinaciones en el enfermo, desencadenados por estímulos visuales, auditivos y táctiles. A este cuadro se intercalan períodos de calma y lucidez. En el virus Krippin, la agitación e irritabilidad es constante y sólo disminuye en el día, cuando los infectados se resguardan de la radiación ultravioleta de la luz solar. La mayoría de los infectados por virus Krippin murieron, unos cuantos sobrevivientes vivos que permanecen perma-

nentemente afectados. No mueren por la infección ni parece haber progresión de la enfermedad. En la rabia, el destino final es la muerte en la totalidad de los afectados.

Aunque no hay lesiones neuronales de importancia en la rabia, sí parece haber alteración en algunos neurotransmisores, con alteración del metabolismo neuronal y finalmente agotamiento de las reservas metabólicas. ⁽¹⁾

Lo contrario sucede en la infección por el virus Krippin, donde se



mantiene un estado de hipermetabolismo (manifestado con la fiebre, la taquicardia y la taquipnea) a fin de brindarles fuerza y rapidez a las criaturas infectadas.

Esto no resulta lógico, pues un estado así tendería a agotar al organismo y a conducirlo más rápidamente a la muerte. En la rabia puede haber respiración dificultosa e hiperventilación, pero éstas están relacionadas con un mioclonus respiratorio que interrumpe una respiración rítmica. En los infectados vivos por virus Krippin, todos parecen manifestarse igual. En la rabia también existe un cuadro que afecta a un tercio de los aquejados, que es la rabia paralítica. No se observa en la película la evolución a largo plazo de la infección por virus Krippin, pero

puede suponerse que los infectados permanecen vivos por mucho tiempo, incluso años. En la rabia, la muerte sobreviene después del estado de coma que aparece al final del período neurológico, lo cual ocurre en un par de semanas.

El diagnóstico evidentemente clínico en el virus Krippin, en la rabia es clínico y de laboratorio, con diferentes opciones. No hay tratamiento adecuado una vez instaurada la rabia clínica (salvo casos anecdóticos). En *Soy leyenda* se hace mención al final sobre una cura encontrada por el Dr. Neville. Sin embargo, pareciera tratarse más de un suero hiperinmune que un verdadero antídoto. De ser más real, no habría realmente una cura para estos enfermos, sino únicamente medidas de profilaxis (vacunas, suero hiperinmune). El pronóstico es malo para la rabia clínica, pues es invariablemente mortal, pero en la película los infectados son mantenidos vivos a fin de preservar la trama.

En la rabia, tras la mordedura de algún animal sospechoso o con rabia hay opciones de tratamiento (limpieza de la herida, vacuna, inmunoglobulina, etc.) que evitan adecuadamente el desarrollo de la rabia. No existe esa opción con el virus Krippin pues todo mordido es transformado. La inmunidad natural frente al virus Krippin de cierta porción de la población podría compensarse en la rabia con la aplicación de vacunas que protegen a sujetos expuestos al virus rábico. □

REFERENCIAS

1. Camacho Aguilera J F. *Soy leyenda: Comparación de la infección por el ficticio virus Krippin y el virus de la Rabia*. Rev Med Cine 2014; 10(1): 26-36
2. Krippin Virus. I Am Legend Wiki. Consultado el 5 de setiembre de 2013. Disponible en: http://imlegend.wikia.com/wiki/Krippin_Virus.
3. Krippin Virus. Zombiepedia. Consultado el 5 de setiembre de 2013. Disponible en: http://zombie.wikia.com/wiki/Krippin_Virus

Recuperar y Proteger el Sistema de Salud



Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

La Asociación de Médicos Municipales es, como todos saben, una entidad con una vasta experiencia en la salud pública y en la defensa de los derechos de los médicos; desde allí remarcamos constantemente la necesidad de que exista una política pública de salud de Estado que sea concreta y efectiva y que, en definitiva, ataque los problemas en su origen, en lugar de obrar meramente como un paliativo del cuadro agudo.

Con todo, hemos advertido, y además manifestado, que en los últimos tiempos notamos una falta de políticas claras para el buen funcionamiento de los hospitales públicos, y desde el Ministerio saben que los protagonistas en este marco no son los médicos sino los pacientes, receptores finales de nuestro trabajo.

En tal sentido, nos vemos en la obligación de reclamarle a aquellos que deben conducir y planificar las mejores estrategias y medidas para garantizar una verdadera política pública, que lleven adelante su tarea con plena conciencia del rol fundamental que la salud juega en la vida individual y de la sociedad entera.

Nos preocupa la inexistencia de prioridades, así como de políticas firmes para hacer frente a las distintas problemáticas que deben enfrentar los hospitales del sector constantemente. Día a día los médicos debemos sortear infinidad de obstáculos para poder brindar una atención digna y de calidad, ya que, hoy por hoy, el sostén del funcionamiento de los hospitales es el profesionalismo del recurso humano, de colegas que trabajan en condiciones muy complejas, acosados por la creciente violencia social, soportando condiciones y medio ambientes de trabajo poco favorables.

Demoras en la autorización de los concursos de los cargos vacantes de estructura, repetidos intentos de desfinanciación de jefaturas, cargos de guardia y áreas críticas son ejemplos que podemos citar para dar cuenta del preocupante escenario con el que debemos lidiar constantemente. Enfrentarnos a la desagradable noticia de que una partida del presupuesto viene desfinanciada no sólo es un golpe durísimo para aque-

llos que emplearon su tiempo, se capacitaron y esperaron meses para llegar, por ejemplo, a un concurso, sino también una falta absoluta de interés hacia los miles de ciudadanos que día a día se acercan a los hospitales en busca de la atención sanitaria.

Dentro de estas dificultades es inevitable señalar la deficiencia edilicia que atraviesan varios de nuestros hospitales. Un solo caso vale de muestra para todo el sistema: el abandono del pabellón Cobo del hospital Rivadavia se convirtió en el paradigma de la desidia y el olvido. Hace años se inició una refacción en el pabellón que quedó inconclusa y que trajo aparejado su cierre; como consecuencia, se desactivaron ocho quirófanos y varias salas de internación. Más tarde se presentó un plan master, es decir un proyecto superador, pero la obra nunca se concretó y el hospital se quedó sin el área crítica y sin el plan master. Hasta se incumple una Ley de Reparación Histórica, que nuestra filial proyectara y que incluso fuera aprobada por unanimidad en la Legislatura porteña. Definitivamente, una clara muestra de la falta de proyección a futuro.

Las residencias son otro tema que merece un párrafo aparte. Los residentes siguen sin cobrar en tiempo y forma y las vacantes se deciden sin ningún criterio claro, utilizando partidas de médicos para especialidades que están por fuera de nuestra carrera profesional. Con esto no queremos plantear una necia disputa de presupuestos entre nuestros compañeros de trabajo, pero hace tiempo que llegó el momento de que las acciones sean ejecutadas con criterio y el presupuesto volcado en las áreas que corresponde.

Como médicos sabemos bien que los tratamientos no brindan en todos los casos resultados instantáneos y, por lo tanto, resulta necesario ampliar el horizonte temporal de nuestras expectativas, analizar, estimar, hacer un seguimiento cuidadoso del proceso.

De la misma manera, podríamos decir que ningún gobierno que quiera velar por la salud de su población puede darse el lujo de abandonar la posibilidad de proyectar a largo plazo en salud pública. □



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

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



OSDO
OBRA SOCIAL EMPRESARIAL

www.osdo.com.ar

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

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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

Enfermedades raras o comunes Salud y decretos reglamentarios

Por el Dr. Floreal López Delgado

Abogado y asesor sanatorial



LAS LEYES Y SU REGLAMENTACIÓN

Tendemos a creer que una vez que “sale la ley” es exigible ante los tribunales.

No siempre es así, a veces es necesario que el poder ejecutivo las reglamente.

Existen tres tipos básicos:

1. Las que no la necesitan, por ejemplo: los Códigos Penal, Civil, Comercial y los de Procedimiento.

2. Las que pueden serlo, pero si no lo son igual tienen vigencia (aunque remitan parcialmente a una reglamentación que nunca se dicte). En este grupo está casi todo el articulado de la ley de derechos del paciente.

3. Las que deben serlo como requisito indispensable de aplicación, como la que dispone la creación de un organismo del poder ejecutivo: si el presidente no dicta el decreto y le asigna funciones y presupuesto no adquiere vigencia real.

Estos son los tipos puros.

Pero existen dos “impuros” o “no ortodoxos”:

1. Puede ser muy útil para subsanar problemas “de técnica” de la ley (ocurrió con la de derechos del paciente).

2. Y otro muy previsible: la ley no reglamentada influye en los fallos judiciales.

LAS ENFERMEDADES POCO FRECUENTES

Recientemente fue lanzada una campaña para promover el tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) que mató al muy querido “Negro” Fontanarrosa y padece, con un tiempo de supervivencia llamativo, Stephen Hawking.

Y puso al descubierto un déficit legal: la enfermedad ya tiene su ley desde hace tres años: la N° 26.689 de enfermedades poco frecuentes (EPF) que comprende la ELA, junto con la fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactocemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, chagas, sífilis y cualquiera otra que afecte a menos de 1 a 2.000 personas (a la que adhirió la Ciudad de Buenos Aires mediante la ley 4307).

Pero no tiene “reglamentación” por lo que no resultaría (el condicional es adrede) exigible.

LEYES SANITARIAS Y REGLAMENTACIÓN

La reglamentación puede considerarse conveniente debido a que el sistema de Obras Sociales y Medicina

Prepaga son controladas por el Poder Ejecutivo mediante la Superintendencia de Servicios de Salud y el Congreso prefiere que la incorporación al PMO quede a cargo de quien la aplicará. Y porque la atención por los sistemas públicos, son de jurisdicción provincial.

Por eso “instruye” a la “autoridad de aplicación” a incluirla entre las prestaciones mínimas obligatorias. Y al Ministerio de Salud a “coordinar” con las autoridades provinciales.

Y aquí comienzan los problemas.

¿Qué ocurre si el Poder Ejecutivo no acata la directiva del Legislativo?

En los hechos nada, o muy poco, más aún: algún diputado opositor se lo echará en cara al jefe de gabinete de ministros cuando asista al congreso.

Las “soluciones constitucionales” son inviables:

Promover juicio político y destituir a la presidente por “mal desempeño” al no acatar las directivas del congreso.

O disponer la intervención federal a una provincia (o a la ciudad de Buenos Aires) si no las atienden por el sistema público.

EN QUE CUESTIONES ES IMPRESCINDIBLE LA REGLAMENTACIÓN Y ¿EN CUALES NO?

La cuestión de las jurisdicciones es constitucionalmente clara: la administración de la salud es considerada “facultad no delegada” por las provincias y por ello el Congreso nacional no puede imponerles conductas, sólo sugerirles “coordinar” con el Ministerio de Salud.

Pero para la aplicación a las obras sociales y prepagas podría incorporar las enfermedades directamente a las prestaciones mínimas, tal como lo hizo con las de discapacidad en el art. 28 de la ley 23.661 y en la gran mayoría de los derechos del paciente.

¿Porque el Congreso no lo hace si tiene el mecanismo apropiado?

Supongo que considera correcto que quien en definitiva aplicará la ley, sea quien dicte las resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, que establezcan el listado de prestaciones específicas, las sanciones, formas de control, sistema de reclamos, y maneje la oportunidad económica, no olvidemos que toda prestación médica supone imponer egresos a los financiadores.

Por eso en el art. 3° de la ley “encomienda” a la autoridad de aplicación... “promover”, “propiciar”, “elaborar” “fortalecer” o “contribuir” a los 21 objetivos de

la norma y en el 6º limita las prestaciones a “las que determine la autoridad de aplicación”.

Es una ley 100% sujeta a reglamentación que a tres años de su sanción sigue sin reglamentar.

¿Y SI NO SE REGLAMENTA?

El razonamiento elemental dice “si no se reglamenta no entran en vigencia los derechos que establece”.

Pero no es un principio eficaz, sobre todo en materia de enfermedades cubiertas o no cubiertas.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación y la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal (competente en los amparos contra Obras Sociales y Prepagas) tienen dicho desde hace tiempo que el derecho a la salud es naturaleza constitucional por la incorporación del art. 75 inciso 22 a la Constitución de los tratados sobre derechos humanos que así tienen “jerarquía constitucional”: mayor que las leyes ordinarias y los decretos del poder ejecutivo.

Y que el PMO es “sólo el mínimo” de las prestaciones que están obligadas a prestar los financiadores.

En consecuencia cualquier otra prestación de salud que sea “necesaria” para preservar la salud y que tenga un cierto “respaldo científico” puede ser impuesta a los financiadores por vía del recurso de amparo.

Por esta vía debieron dar cobertura a la fertilización asistida, cirugía bariátrica, tratamientos nuevos para la diabetes y varios otros, mucho antes del dictado de las leyes especiales.

Con estos antecedentes es fácil inferir que si un paciente que sufre una EPF, por ejemplo ELA o cualquiera otra de la ley 26.689 interpusiera un recurso de amparo demandando su financiación: le sería concedido con el sólo requisito de demostrar

que se encuentra “en protocolo” y que el tratamiento que pide es científicamente correcto. En esos casos la ley 26.689 sería incorporada a los fundamentos aclarando que la vigencia efectiva del derecho a la salud no puede ser subordinada a la morosidad burocrática del Poder Ejecutivo.

REGLAMENTACIONES PENDIENTES

La ley de medicina prepaga tiene pendientes los sistemas de costos, el cuerpo de síndicos, auditores y veedores, el padrón, con la distribución territorial, datos patrimoniales, financieros, contables, estructura orgánico-funcional y los muchos otros que establece el artículo 5º.

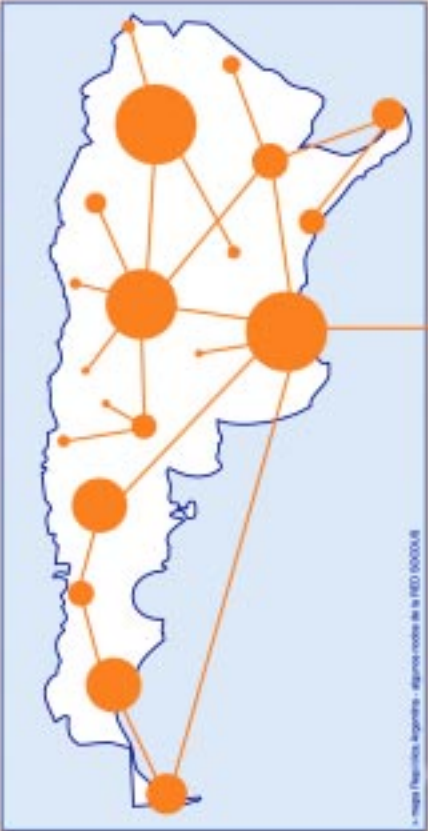
La de derechos del paciente, las nomenclaturas generales de las patologías para ser utilizadas en la documentación clínica pero, su técnica legislativa deficiente obliga a la Corte Suprema a aclarar por vía judicial los límites de la muerte digna no resuelta previamente por el paciente y quizás la prohibición de los representantes de rechazar tratamientos curativos.

Los enumerados no son los únicos, existen otros que por razones de espacio no mencionamos.

EXHORTACIÓN

Sr. Ministro de Salud y Sra. Superintendente de la Superintendencia de Servicios de Salud: por favor cumplan con su tarea reglamentaria con buena técnica legislativa y en un plazo razonable.

Los pacientes y el sector salud lo merecen. □



SOCODUS

Odontología para Sistemas de Salud

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

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

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

Consultorios Propios
Tel.: 4382-5765 (líneas rotativas)

Brújula mirando al Sur

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



Tal vez, sólo tal vez, sea hora de cambiar la manera de pensar... sea hora de modificar los criterios para abordar los problemas de fondo que acosan a los sistemas de salud, a sus actores, a sus servicios, a sus financiadores, a los públicos, a los privados, y por sobre todas las cosas, a los enfermos...

Viendo lo que está sucediendo en los mal llamados países del primer mundo (Europa), donde los pacientes y médicos, otrora ángulos intocables de un sistema basado en las equidades, se han convertido definitivamente en las variables de ajuste de un sistema perverso que impone condiciones y limitaciones tanto a las necesidades de los enfermos, como a los portadores de los conocimientos adecuados para resolverles los problemas... siendo que, además, el sistema estructural ha sido atacado sin piedad por inconsistencias políticas que han desmantelado lo que funcionaba mucho mejor de lo que lo hace ahora, después de los recortes justificados en la crisis, después de los atropellos a los equilibrios, arrasando definitivamente con el vínculo médico-paciente, y agregando costos ocultos y daños colaterales donde hasta hace mucho no los había.

Detrás de dicho escenario, los estados políticos se han convertido en malos lectores de las señales de cualquier realidad, y junto con ellos, la Industria Farmacéutica, cada vez más corporativa y cada vez más excluyente y disociativa, insiste con una estructura de costos propia del siglo XX, pero desproporcionada y peligrosamente inequitativa para los tiempos que corren, estableciendo un divorcio donde las partes compiten para ver quién toma ventaja de quién, produciendo un daño global en un universo cada vez mayor de gentes caídas del sistema económico, sin acceso a la más mínima consideración humana y/o ciudadana, conformando estadísticas marginales de las que no se ocupa nadie.

En dicha lectura, no debe dejarse de lado el hecho del mundo humano globalizado... ya que epidemiológicamente, todo el panorama planetario de la salud pública se ha visto modificado gracias a las contaminaciones de aguas, aires y cielos, los que además se han visto intoxicados por aportes indeseables del mismo hecho humano, agravado ello por el cambio climático que ha dispersado virus y bacterias, im-

niéndolos en una consideración global que, hoy por hoy, pocos tienen y menos asumen.

Traducido, la salud humana se ha convertido en una emergencia (mundial/global), donde muchos estados (la mayoría) niegan lo elemental, intentando preservar sus economías, sin darse cuenta que cada ahorro injustificado, derivará indefectiblemente en un impacto económico geométrico altamente destructivo ya no sólo de los presupuestos sociales, sino de las economías de las propias víctimas, dejándolas a merced de sus suertes. De hecho, existe una estimación global no ratificada, de que más del 60% de las indicaciones terapéuticas no se cumplen (sea por abandono, sea por salida del sistema laboral, sea por incapacidad financiera, o sea por la razón que se ajuste a lo dicho). Si dichas indicaciones no se corresponden con los tratamientos, indudablemente los problemas de salud de esas mismas personas, se acrecentarán, afectando a los enfermos y a cualquier sistema de salud y sus economías, de cara al futuro inmediato.

La pregunta del millón es... durante los noventa se hablaba de reconversión de los sistemas de salud, y ello derivó en inequidades y estrategias de exclusión sistemática y creciente, dando como resultado muchos menos recursos para muchos más abandonados... entonces, por qué no dar vuelta el criterio y comenzar a pensar en las personas, sus necesidades legítimas, sus demandas genuinas, y dar forma a un sistema que incluya masivamente en vez de excluir, intentando resguardar recursos que finalmente se malgastarán en urgencias, epidemias, y enfermedades no tenidas en cuenta?... entonces, por qué no dar un giro al pensamiento y tomar la iniciativa de empezar por las personas, para después hacerlo por las enfermedades, después por las terapias necesarias, luego por los servicios necesarios y adecuados, y finalmente por los recursos imprescindibles para brindar coberturas universales?... cómo es posible que las tecnologías diagnósticas que se superan día a día, sean pospuestas aduciendo razones de "economías" recortadas por los estados de crisis inducidas por impericias de partes, condenando a los pacientes a la incertidumbre de saberse librados a sus suertes, condenando a la mayoría de los médicos a ver cómo unos pocos disponen de accesos privilegiados a diagnósticos sofisticados, mientras que la

mayoría procede por adivinación?... cómo es posible que las políticas de salud no contemplen el imperio de los avances tecnológicos, en un mundo donde todo se ha vuelto “celular”...?

Insisto, los presupuestos de los estados ausentes están viciados de nulidad estructural, pero más allá, concomitante con lo antedicho, la estructura de costos aplicada a las tecnologías médicas están diseñadas para otra época, lo cual produce un daño desproporcionado a todo el sistema, imponiendo valores que condenan a la mayoría de los pacientes a quedar aislados de sus potenciales curas, obligándolos a judicializar sus enfermedades para obtener muy pobres resultados, ya que la mayoría de los veredictos no se cumplen y hasta son esquivados por las ausencias políticas consecuentes con ahorros imprudentes.

Una gran proporción de los pacientes crónicos de esta misma Europa, se han visto obligados a dejar de lado sus medicaciones para priorizar el comer... al tiempo que las gentes excluidas de cualquier cobertura médico-social son cada vez más y más... al tiempo que la globalización ha “globalizado” las enfermedades tanto como las carencias de recursos a la que los estados recurren para restar derechos y producir mentidos ahorros, desmantelando servicios, desplazando profesionales o condenándolos a emigrar a contextos más benévolos...

Los sistemas universales de coberturas sociales han cedido espacios a modelos limitados de servicios escasos y de condicionamientos mayores a las personas, lo que se traduce en un mayor gasto de bolsillo

personal, a cambio de ningún ahorro estructural cierto y verificable, tal se aduce... añadiéndose que todo aquello no atendido siguiendo el sentido de oportunidad clínica, determinará indefectiblemente que el gasto, como mínimo, se triplique.

Una vez más... primero las personas... construyendo un sistema social público y único, donde todos participan solidariamente en el equilibrio que sostiene al conjunto, obligándose a sí mismo para no avasallar el derecho del prójimo, hoy omitido, hoy olvidado o negado. De no ser así, las tecnologías se harán cada vez más exclusivas, al tiempo que los sistemas se harán cada vez más excluyentes, a tal punto que para no ahorrar nada, terminarán no dando ningún servicio, dando lugar a un modelo “inerte”, tal está sucediendo hoy. □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2014-07-27. 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 ▶ 153 millones de consultas reales ▶ 57 países registrados

SECCION SALUD

CONDUCTOR
CARLOS ABAD
LUNES 18:30 HS.
EN VIVO


CANAL 13
CABLEVISIÓN : MULTICANAL


artear


MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500

www.seccionsalud.tv

Google Glass en el quirófano

El ejercicio de la Responsabilidad Profesional en el marco de la incorporación de tecnología de vanguardia.



Cuando en septiembre del año pasado 300 universidades y hospitales de los cinco continentes participaron por primera vez de una intervención quirúrgica mediada por la tecnología de Google Glass, se

sentaron las bases de una nueva herramienta potencialmente útil para las prácticas quirúrgicas que hasta el día de hoy genera debates.

¿Cómo es esto? Mediante las Hangouts (videollamadas de Google+) y a través del sistema Glassters Streamer, se hizo posible transmitir masivamente una master class en tiempo real. "Con este experimento se crea un nuevo concepto, el quirófano único y global", afirmó el doctor Pedro Guillén cirujano a cargo de la experiencia.

El uso de los Google Glass ofrece una visión muy valiosa para cualquier estudiante de medicina o cirugía, que es la perspectiva del propio cirujano. Sin embargo, está claro que se abre una brecha de debate y nos ponemos frente a la tarea de analizar cómo preservar una labor Profesional Responsable, al tiempo que sacamos el mayor provecho a las potencialidades que la tecnología pone a nuestro alcance.

La compañía Google Inc., de hecho, ha lanzado ya una encuesta para medir la seriedad de las ventajas y limitaciones del uso de la aplicación Google Glass en telemedicina, a través de una encuesta que fue distribuida a más de 300 participantes. Si bien el dispositivo no ha llegado a la Argentina todavía, las polémicas ya se hacen escuchar. Por eso, RPNEWS-ONLINE entrevistó a dos referentes nacionales de la medicina y la responsabilidad legal.

¿Cómo es exactamente el dispositivo?

Google Glass es un dispositivo con sistema Android desarrollado por Google Inc. en la que una pequeña pantalla es incorporada a la montura de unos lentes, en el cuadrante superior externo del campo de visión. El dispositivo cuenta con conexión a Internet y con reconocimiento vocal mediante vibraciones. Esto permite al usuario mantener comunicaciones multidireccionales, y acceder a cualquier información online mientras realiza otra actividad con tan sólo dar órdenes verbales. El propósito inicial de Google Glass es fundamentalmente mostrar información disponible para los usuarios de teléfonos inteligentes sin utilizar las manos, de manera similar a lo que Google Now ofrece en dispositivos Android.

Responsabilidad médica legal

Hablamos con la Dra. Andrea Verónica Plazibat, abogada del estudio BP Abogados & Asociados, quien se pronunció de la siguiente manera al respecto: "Si bien en el futuro esta herramienta podrá hacer posible que los especialistas dirijan las operaciones a través del cirujano portador del Google Glass, por el momento debemos ser pacientes y cautelosos, y esperar que la tecnología termine su desarrollo. En la actualidad estos dispositivos sólo pueden y deben ser utilizados para la tarea docente y no para la medicina clínica, ya que no existen medidas de seguridad para resguardar los derechos del

paciente. En el futuro, es necesario trabajar en una versión que proteja la privacidad del paciente, evitando el riesgo que implica la subida de este tipo de imágenes a la nube. Por este motivo, los médicos deben abstenerse de su uso en medicina clínica, a los fines de evitar daños e incurrir en irresponsabilidades profesionales". Una postura de cautela que comparten quienes prefieren ver el desarrollo del tema, antes que sumarse a la movida internacional.

Una perspectiva profesional local

Como toda novedad tecnológica, pasado el momento de furor, es preciso analizar fríamente las ventajas, desventajas y posibles problemáticas aparejadas a la nueva herramienta. "Si yo fuera paciente, preferiría que mi cirujano preste toda su atención al campo quirúrgico y no que se distraiga dando una clase magistral en la que, no solo explica lo que está haciendo, sino que además contesta preguntas remitidas por e-mail a sus anteojos. Creo que se debería evaluar si realmente es necesario utilizar Google Glass para hacer docencia desde un quirófano, ya que desde hace muchos años existen otras herramientas que permiten hacer lo mismo sin distraer al cirujano", señala de manera tajante el Dr. Pedro Marín San Juan, especialista en Administración de Riesgo en Responsabilidad Profesional médica, y agrega que "además, el paciente debe ser cuidadosamente informado sobre el tema y debe firmar un consentimiento específico que permita demostrar que se le explicó acabadamente que es lo que está consintiendo".

Durante la experiencia desarrollada en España, el médico anestesiólogo que utilizó las Google Glass durante la intervención quirúrgica fue el Dr. Josep Rodier, quien luego del acontecimiento comentó que "poder consultar información crítica es muy útil para mejorar la seguridad del paciente". Al respecto, el Dr. Marín San Juan comenta: "no estoy de acuerdo en que Google Glass permita mejorar la seguridad del paciente en el quirófano. Hoy las mesas de anestesia y los distintos sistemas de monitoreo que se encuentran en todos los quirófanos son mucho más prácticos para controlar al paciente que la utilización del Google Glass. Además, desde el punto de vista de la seguridad del paciente, prefiero la información que brinda el cardioscopio, los monitores de presión oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial, etc., que indudablemente no pueden ser reemplazados por una pequeña pantalla de 4 cm x 3 cm".

"Intentan colocar en el mercado una innovación tecnológica que, en lo que hace a la intimidad del quirófano, no modifica lo que hoy ya es posible realizar utilizando otras herramientas que no necesariamente deben estar delante de los ojos del cirujano. Con el tiempo, y FDA mediante, es posible que se desarrolle un producto que resulte de utilidad en la medicina asistencial, pero lo que en este momento se está ofreciendo es, desde mi punto de vista, riesgoso para el paciente y para el médico en un quirófano, y su utilización actual estimo será muy acotada", enfatiza nuestro especialista consultado y, en resumen, podemos decir que la presencia de esta nueva herramienta es percibida por los especialistas focalizados en Responsabilidad Profesional Médica más como una estrategia mundial de marketing masivo, que como un real valor agregado o cambio de paradigma.

CDR incorpora el servicio de

CHEQUEOS PREVENTIVOS DE SALUD PARA PACIENTES DE OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS

en nuestra sede ESMERALDA 141



**CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**

"La excelencia en el Diagnóstico"

4011-8420
chequeosejecutivos@cdrossi.com
www.cdrossi.com



**La Calidad
es una actitud**

ACUDIR S.A.

Alte. F. Seguí 1350 - C1416BXF - C.A.B.A.

Teléfono: 0054 11 6009 3300

Fax: 0054 11 4581 8956

www.acudiremergencias.com.ar

