



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



OPINIÓN
La atención centrada
en las personas (o cada
cosa en su lugar...)
 Por el Dr. Rubén Torres



COLUMNA
La enfermería:
Indispensable instrumento
del Sistema de Salud
 Por el Dr. Ignacio Katz

Mé^odicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XVI. N° 83. Noviembre 2014

MEDICINA PREPAGA PANORAMA INCIERTO



30
 años



GALENO

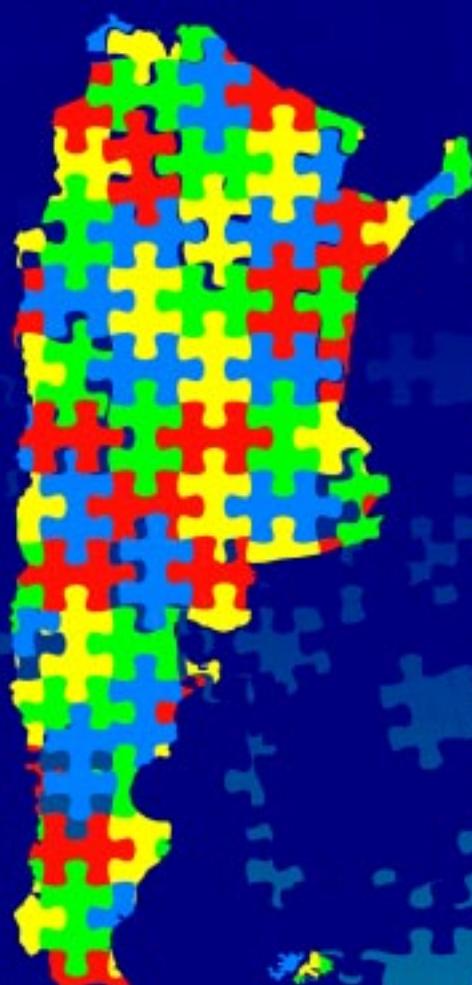
siempre
 pensando
 en vos
www.e-galeno.com.ar



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. 6º piso. Capital Federal
Tel./fax: +54 (011) 4394-7288
e-mail: info@sifemesa.com.ar



FELIPE CON "F" DE
FUERZA

NOS INSPIRAMOS
EN CADA PERSONA



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

ESTAS PRESTACIONES OBLIGATORIAS DE COBERTURA MÉDICA ASISTENCIAL, INFORMESE DE LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE INTERNET WWW.OSDE.COM.AR O LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD TENDRÉ HABILITADO UN SERVICIO TELEFÓNICO GRATUITO PARA RECIBIR DESDE CUALQUIER PUNTO DEL PAÍS CONSULTAS, RECLAMOS O DENUNCIAS SOBRE IMPROBIDADES DE LA OPERATIVIDAD. TRAS PASO EL MISMO SE CUELLENTA HABILITARE DE LUNES A VIERNES, DE 10 A 17HS, LLAMANDO AL 0 800 22 54 11 07 592 - WWW.OSDE.COM.AR - FAXES: 4 2080 0196 / 4 2080 1108.

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
divisionsalud@assist-card.com

 **ASSIST CARD.**
ANYTIME, ANYWHERE, ANY REASON



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



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



Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**
Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:
www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:
gerencia@revistamedicos.com.ar
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:
Ricardo Llosa y Yamila Bègné
(Redacción),
Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLOS
TECNOLOGICOS
EN INTERNET:**
SFANET, Av. J. B. Alberdi 1233,
2 Piso Of. 6 (1406)
Tel/fax.: 4433-2398 y rotativas
E-mail: info@sfanet.com.ar
www.sfanet.com.ar

ASESORES LEGALES:
López Delgado & Asociados
Estudio Jurídico
Tucumán 978 3º Piso
Tel.: 4326-2102/2792 - Fax: 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Preimpresión e impresión: Solprint S.A., Araoz de Lamadrid 1920, Cap. Fed. Tel.: (54-11) 4303-2007/2008.

GRAGEAS	10
OPINIÓN <i>La atención centrada en las personas (o cada cosa en su lugar...)</i> Por el Dr. Rubén Torres	16
OPINIÓN <i>Salud Corporativa: Cobertura médica post retiro II</i> Por el Dr. Héctor Barrios	18
COLUMNA <i>La enfermería: Indispensable instrumento del Sistema de Salud</i> Por el Dr. Ignacio Katz	20
VOCES <i>La llamada Judicialización de la Salud</i> Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar	22
OPINIÓN <i>La salud en las Cuencas: Una nueva perspectiva en salud</i> Por el Dr. Adolfo Sánchez de León	24
MEDICINA PREPAGA <i>Reflexiones privadas</i>	26
COLUMNA <i>De Las Enfermedades Raras (A propósito del balde de agua fría)</i> Por el Dr. Antonio Angel Camerano	30
SEGURIDAD SOCIAL <i>Apostar a la solidaridad</i>	32
EL SANATORIO GÜEMES SIGUE CRECIENDO	34
COLUMNA <i>¿Para qué sirven las Mediaciones?</i> Por el Dr. Fernando G. Mariona	36
COLUMNA <i>La tecnología interactiva llega a los consultorios</i> Por Santiago Troncar	38
MEDIFÉ, REALIZÓ LAS II JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL	40
LA MEDICINA EN EL CINE <i>Anatomía del cine negro y del psicoanálisis aplicado</i>	42
COLUMNA <i>Asoma un nuevo agente potencial para el tratamiento del Alzheimer</i> Por el Dr. Enrique L. Sánchez	44
OPINIÓN <i>Trabajar para erradicar la Violencia en los Hospitales</i> Por el Dr. Jorge Gilardi	45
COLUMNA <i>Obligaciones del Paciente y su incumplimiento</i> <i>Precauciones para los profesionales</i> Por el Dr. Floreal López Delgado	46
OPINIÓN <i>Integrales e Integradas (parte 1/3)</i> Por el Lic. Víctor N. Cerasale [MBA R&D]	48

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

30
años

2 MILLONES DE PERSONAS
CONFÍAN EN NOSOTROS

siempre
pensando
en vos



GALENO ART

SANATORIOS DE LA
TRINIDAD

GALENO
fundación



GALENO

GRAGEAS



NUEVA ALIANZA: ASSIST CARD - SWISS MEDICAL MEDICINA PRIVADA

Nos complace informar que ASSIST CARD incorpora a su cartera de clientes una de las más prestigiosas instituciones de salud en el país, SWISS MEDICAL MEDICINA PRIVADA.

A partir del mes de diciembre, la prepaga contará con los productos de Asistencia al Viajero de ASSIST CARD para sus socios.

SWISS MEDICAL MEDICINA PRIVADA, una de las instituciones más importantes en el mercado de la Salud, con 840.000 afiliados y 25 años de trayectoria en la Argentina, inicia una nueva etapa junto a ASSIST CARD.

De esta manera ASSIST CARD, empresa líder con más de 42 años de trayectoria, se consolida como la Asistencia al Viajero de las Empresas de Salud líderes del país. ■



Nerina Ramos, Subgerente de Productos y Segmentos de Swiss Medical, Enrique Boschetti, Gerente Comercial de Swiss Medical y Sara Muzzio, Gerente de Negocios Corporativos de ASSIST CARD.

CLINICA MONTE GRANDE inauguró formalmente su Instituto Cardiovascular Buenos Aires - Sur

Clinica Monte Grande, institución prestadora de servicios de asistencia médica de alta complejidad inauguró oficialmente el Instituto Cardiovascular Buenos Aires – SUR.

Con sede en Yrigoyen 246, la nueva sede se encuentra operativa desde el martes 14 de octubre y se inauguró formalmente el 24 del mismo mes, con un cocktail en el que participaron las autoridades de la Clínica y el equipo médico.

Liderado por el Dr. Gabriel Barrera Oro, Jefe de Servicio, cuenta con un prestigioso equipo de profesionales compuesto por los Dres. Gerardo Méndez, Lisandro Pérez Valega, Leonel Degenhardt, Verónica Marchesi Olid, Silvia Caramés, Adrián Rossini, Lucio Marino, Gustavo Porcile, Matías Fernández, Enrique Retyk y los cirujanos Dres. Roberto Sánchez y Cristián Vita. El Dr. Carlos Santoro, Socio y CEO de la Clínica Monte Grande, recordó que la apertura de la sede del Instituto Cardiovascular, forma parte del Plan Estratégico de Obras de ampliación 2014 y alineado con la premisa de brindar una mejor calidad de atención a los pacientes.

En esta primera etapa, la nueva sede de Yrigoyen 246 cuenta con una amplia sala de espera, 5 consultorios y una sala ECG. Se proyecta en una segunda etapa la incorporación de nuevos consultorios y el área específica para rehabilitación cardiológica. ■



ASSIST CARD PRESENTE EN ACAMI 2014



ASSIST CARD estuvo presente como sponsor en el XVII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD, evento anual organizado por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI).

En dicho evento, el cual fue presidido por el licenciado Hugo Magonza, se analizaron y discutieron las problemáticas actuales que plantean los sistemas de salud.

Se llevó a cabo el pasado 11 de setiembre en la ciudad de Tucumán en el Hotel Sheraton y contó con la presencia de los más destacados especialistas del ámbito nacional e internacional. ■



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

Europ Assistance - División Salud se hizo presente en el XVII Congreso Argentino de Salud



Europ Assistance División Salud, se hizo presente en el XVII Congreso Argentino de Salud, "ACAMI", bajo el lema "Salud Como Política de Estado". Dicho evento se llevó a cabo en la provincia de Tucumán, en el mes de septiembre y contó con la presencia del Gerente de División Salud Argentina, Lic. Ariel Pierini y el Director Regional de División Salud, Sr. Daniel Piscicelli, entre otras importantes figuras del sector de la Salud.

Europ Assistance División Salud, sorteó entre todos los asistentes al Congreso un viaje en crucero de la flota más grande del mundo, con teatros, piscinas cubiertas, discoteca, canchas de tenis, etc, para dos personas durante 8 días a Brasil, tocando los puertos más importantes de este país. Entre estos beneficios se incluyó la asistencia médica tanto a bordo como en tierra por supuesto de Europ Assistance.

La ganadora de este premio, fue la Dra. Liliana Perozziello, Gerente General de Obra Social Luis Pasteur. Un año más EUROPE ASSISTANCE y su División Salud acompañan a ACAMI en este XVII Congreso Argentino de Salud. ■



Sr. Daniel Piscicelli (Europ Assistance), Sr. Guillermo Chillado Biaus (Osde) y Lic. Hugo Magonza (Pte. Acami).



Dra. Liliana Perozziello, Sr. Daniel Piscicelli, Lic. Ariel Pierini y Lic. Hugo Magonza.

Europ Assistance - División Salud participó del XX Congreso de RAS



Europ Assistance División Salud, participó del XX Congreso Nacional de la Red Argentina de Salud, bajo el lema "Por un sistema Nacional de Alta Complejidad", que se llevó a cabo en la ciudad de Mar del Plata y contó con la presencia del Gerente de División Salud Argentina, Lic. Ariel Pierini. Fue una jornada de 2 días

en la que disertaron personalidades muy importantes del sector.

Agradecemos a la Red Argentina de Salud y a su presidenta la Dra. Griselda Aquino de Cabrera por habernos hecho partícipes de tan importante evento. ■

Lic. Ariel Pierini (Europ Assistance) y Dra. Griselda Aquino de Cabrera (Pte. Red Argentina de Salud).



ACUDIR INAUGURÓ NUEVA SEDE

"En el mes de octubre Acudir Emergencias Médicas inauguró una nueva base en la Av. Las Heras, en el barrio de la Recoleta.

Esta incorporación permitirá a la empresa continuar optimizando los tiempos de cobertura de los servicios en toda el área de influencia (Centro, Retiro y Barrio Norte).

Con Recoleta Acudir cumple con el objetivo propuesto de duplicar el número de bases en un año, convirtiéndose así en la empresa de emergencias médicas con la mayor estructura operativa en la Ciudad de Buenos Aires". ■



Europ Assistance a beneficio de la Fundación Dr. Enrique Rossi



Europ Assistance División Salud Argentina, participó en la Torneo de futbol "Copa Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi, a beneficio en el Club Modelo de Deportes Claudio Marangoni.

El evento contó con la presencia de 16 equipos de empresas de 1ª línea, que pudieron disfrutar de una entretenida jornada en el campo de juego. Entre los equipos, se encontró el de Europ Assistance, con sus funcionarios como integrantes. Los fondos recaudados durante este evento solidario se destinaron a la compra de un ecógrafo, para el Hospital Materno Infantil "Dr. Carlos Gianantonio".

Una vez más Europ Assistance, la compañía de asistencia integral con más de 51 años de trayectoria, presente en los grandes acontecimientos y y eventos relacionados con la salud. ■



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN

**CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN
MÉDICA INFECTOLÓGICA**



✓ **CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS**

✓ **ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE VIH**



✓ **LABORATORIO**

✓ **VACUNAS PARA ADULTOS**



✓ **HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA**

✓ **ÁREA PSICOSOCIAL**



✓ **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

facebook/HeliosSaludArg



¡Despidiendo a un amigo!

“24 de octubre 2014: una fecha para no olvidar”.

Estimado Amigo, tu inesperada partida me ha tomado por sorpresa, por lo que en este momento me resulta difícil enumerar las cualidades que te distinguían tanto como ser humano, como por tu profesionalidad, que por cierto son difíciles de enumerar en estas pocas líneas.



Gustavo Cesar Mammoni, me despidió de ti con un hasta siempre y no puedo dejar de agradecer tu amistad incondicional, tu infinita colaboración en todas las ocasiones en que te necesité.

Tu compromiso con *Revista Médicos* siempre fue mayor al que uno podía desear y esperar, siempre estuviste y estarás en estas páginas así como en cada *“Quo Vadis Salud”* donde siempre te recordaremos.

Deseo que donde estés, que seguramente será un buen lugar porque te lo mereces... puedas leer estas líneas.

Mi mayor reconocimiento a un ser humano increíble.

¡Descansa en paz, amigo!

Jorge Sabatini

PRUDENCIA SEGUROS ENTREGÓ LOS PREMIOS DE SU SEGUNDO CONCURSO FOTOGRÁFICO



El fotógrafo Hans Müller, de la Ciudad de Buenos Aires, recibió el primer premio del Segundo Concurso Fotográfico Virtual organizado por Prudencia Compañía de Seguros, en el que 249 autores profesionales y aficionados de todo el país, presentaron 764 obras del único motivo del certamen, referido a la temática “El Riesgo”. En el acto de premiación, directivos de la compañía le entregaron al ganador el premio consistente en \$ 15.000, mientras que Daniel Ricardo López, también de la Ciudad de Buenos Aires, recibió el segundo premio (\$ 10.000) por su obra “La última llamada”, e Ignacio Gugliel-

mi, de Vicente López, el tercer premio (\$ 5.000), por su pieza “Madre distraída”. Se entregaron además cinco Menciones de Honor y cinco Menciones del Jurado.

El concurso contó con el Auspicio del Foto Club Buenos Aires (FCBA) y de la Cámara Argentina de Aseguradoras de Riesgo Ambiental (CAARA) y adhesiones de los medios especializados Tiempo de Seguros, Todo Riesgo y Seguro en acción. En el acto de premiación, el Coordinador General de Prudencia Seguros, Sr. Jorge E. Furlan, señaló que los concursos fotográficos promovidos por la compañía “tienen el objetivo de abrir nuevas oportunidades, desde la cultura, para una mayor vinculación con la comunidad”.

La elección del tema, “el riesgo”, elegido para este concurso fue enten-

dido cabalmente en las presentaciones que se efectuaron y lo tradujeron en una muestra abrumadora de talento, de exquisitez técnica, de sensibilidad artística, y de calidad humana. Asimismo, la amplitud, la versatilidad, la creatividad de las obras recibidas han superado las expectativas del concurso y dejan enseñanzas en torno al riesgo, circunstancia que ha existido desde siempre para cualquier forma de vida animal o vegetal así como para los materiales.

En esta ocasión actuaron como jurados integrantes del cuerpo permanente de Jurados de la Federación Argentina de Fotografía (FAF) y del FCBA, Horacio Magrino (AFIAP-AFAF-MHFCBA), Jorge Martín (MHFCBA), Ricardo Maciel (AFAF-DFAF), Federico Pérez (DFAF-MHFCBA-MHSFIAP) y por Prudencia Seguros, Carlos A. San Martín. ■

Se realizó la XIV Conferencia Argentina de Educación Médica

Bajo el título “Calidad en la formación de recursos humanos en salud” se realizó del 27 al 29 de octubre la XIV Conferencia Argentina de Educación Médica - CAEM 2014 en la Universidad Católica Argentina.

Participaron de la misma, destacados profesionales especializados en educación médica, con transmisión por teleconferencia de las ponencias centrales y paneles, permitiendo su llegada a todo el país. Se realizaron mesas redondas, paneles, foros y talleres, con presentación de comunicaciones orales y trabajos bajo la modalidad de posters y workshops de simulación clínica en grado y posgrado, abriendo un espacio para la reunión de docentes especializados con estas técnicas de enseñanza. Con la presencia de prestigiosos invitados internacionales se contextualizó el trabajo a la luz de las tendencias mundiales en educación médica.

Los ejes temáticos fueron: Sistema de admisión, diseños curriculares, modelos educativos, políticas y gestión Institucional, Práctica Final Obligatoria (PFO), Evaluación, Posgrado, Impacto de los RRHH en el sistema de atención, experiencia de alumnos.

El Prof. Dr. Miguel Angel Schiavone, Presidente de CAEM 2014 y Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCA afirmó “Esta convocatoria, como todas las que realizó AFACIMERA en estos últimos años, fue un punto de encuentro abierto a docentes y estudiantes para el intercambio de experiencias e innovaciones curriculares y pedagógicas».



Según manifestó el Dr. Schiavone el lema asignado para este año fue el de Calidad en la formación de recursos humanos en salud, en la medida que la calidad debe ser un valor deseado sobre el que se programe y evalúe la práctica docente. “Definida la calidad educativa como el conjunto de atributos que debe reunir una Escuela de Medicina para egresar profesionales competentes, encontramos un primer punto de reflexión: la interpretación del concepto de calidad; que varía según la visión del docente, del alumno, de los organismos acreditadores, del sistema que emplea al recurso humano y también desde la óptica del paciente asistido por nuestros egresados, todo lo que seguramente será motivo de debate en este evento” sostuvo Schiavone. ■



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

CALIFICACIÓN

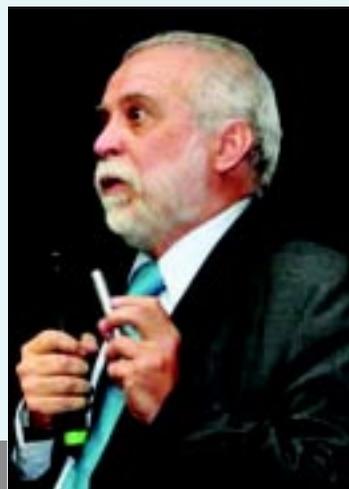


TPC

COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

La atención centrada en las personas (o cada cosa en su lugar...)



Por el Dr. Rubén Torres

Como muchos de Uds. saben, en los últimos 8 años, me he desempeñado en distintos cargos en la Organización Panamericana de la Salud. Desde allí, se trabaja con fuerte compromiso para cambiar progresivamente la vida de todas las personas en el mundo. Y la labor central, está hoy orientada en la cobertura universal de salud, la atención centrada en la persona y la prestación de servicios integrados.

La cobertura universal de salud, en una de sus tres dimensiones principales, refiere al volumen de pago de bolsillo que cada ciudadano debe hacer frente para acceder a las prestaciones, en la intención de que ya nadie necesite preocuparse de que la enfermedad se lleve sus ahorros o conduzca a la bancarrota a su familia.

Con cuidado centrado en las personas, la intencionalidad va dirigida a que cada uno sea tratado no simplemente como un caso médico, sino respetado como persona en su dimensión integral, un tomador de decisiones con la responsabilidad de su propia salud (incluida la propia participación en las decisiones de tratamiento). Y que definitivamente haya que dejar de correr por la ciudad para ver todos los especialistas que dan diferentes opiniones –y nuevas pastillas– viendo los diferentes problemas de salud de forma aislada, o, a veces en contradicción. Esta última aseveración forma parte también de la idea de prestación de servicios integrados, incluyendo las recomendaciones de dieta, ejercicio, estilo de vida saludable, etc.

La idea finalmente es, que, dentro de los próximos años, la cobertura universal de salud permita a todas las generaciones futuras obtener atención centrada en la persona y una salud integral asequible y de calidad dondequiera que vivan, e independientemente de su condición laboral o económica.

Y el sistema de salud tiene que adaptarse a estas realidades, no al revés. La disputa de algunos días atrás, con la amenaza de cobrar copagos a los afiliados de la medicina prepaga por parte de los prestadores de servicios constituye un magnífico ejemplo de la inversión de esta lógica, ya que más allá de la razonabilidad económica financiera que pudiera asistir a la medida,

no resulta razonable que el ciudadano sea colocado en el centro de la disputa. Mucho menos cuando un elevadísimo porcentaje de los afiliados a esas entidades son beneficiarios del sistema solidario de la seguridad social, y cuando es el propio Estado el responsable de la regulación y control de ambos subsistemas.

Ello, deja de manifiesto, que debe consolidarse el proceso de regulación de la medicina prepaga y otros prestadores privados; que eventualmente, podría existir una regulación específica para el subgrupo de medicina prepaga que participa de la competencia por cápitales de la seguridad social; y no quedan dudas respecto a que las medidas regulatorias no deben repetir la fragmentación propia del sistema, sino que deben estar estrechamente vinculadas, en dirección a obtener un acceso equitativo en términos de calidad y oportunidad.

Mientras cada sector de la población tenga derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades y ubicación en el mercado de trabajo, la fragmentación de derechos será fuente de inequidades e ineficiencias que reclaman reformas importantes tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas y difícilmente puedan lograrse avances sustantivos en la organización del sector en la medida en que la lógica de intervención surja de un marco regulatorio que repite la fragmentación del mercado y esté ausente la visión integradora.

Para lograr cobertura universal, los países deben avanzar en por lo menos tres dimensiones: ampliar los servicios prioritarios, incluir más personas, y reducir los pagos de bolsillo. Sin embargo, en cada una de estas dimensiones, los países se enfrentan a una elección crítica: ¿Qué servicios ampliar primero, a quién incluir en primer lugar, y cómo pasar de pago de bolsillo hacia prepago?

El compromiso con la equidad y la preocupación por el respeto al derecho de las personas a la necesidad de atención médica debe orientar a los países en la toma de estas decisiones.

Pero queda claro que la atención de los sistemas debe estar centrada en un único lugar: en las personas (que son su razón de ser), las restantes discusiones están fuera de este lugar. □



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA



Fundación H. A. Barceló
Posgrados

CARRERAS DE POSGRADO

Doctorado en ➤ CIENCIAS DE LA SALUD Res. (ME) N° 835	2 AÑOS
Maestría en ➤ GERONTOLOGÍA CLÍNICA Res. CONEAU N° 213/09	2 AÑOS
Maestría en ➤ NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA Res. CONEAU N° 584/09	2 AÑOS
Especialización en ➤ NUTRICIÓN Res. CONEAU N° 618/08	2 AÑOS
Especialización en ➤ MEDICINA LEGAL Res. CONEAU 761/09	2 AÑOS

Además: Diplomaturas y Cursos *(presenciales y a distancia)*

Informes e inscripción:

Sede Buenos Aires

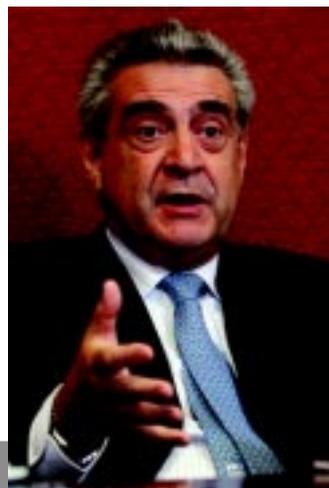
Av. Las Heras 2191

Tel./Fax: (011) 4800 0200 int. 242/249

informesba@barcelo.edu.ar



Salud Corporativa: Cobertura médica post retiro II



Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson

En nuestra nota anterior en la Revista contamos algunos hechos que afectaron, tanto en los Estados Unidos de América como en la Argentina, la existencia y el desarrollo de los seguros médicos post retiro.

En la práctica, todo lo relacionado con la cobertura médica del personal activo de las empresas reviste particular interés para las organizaciones. De hecho, en la última encuesta global de Towers Watson referida al análisis de la Propuesta de Valor al Empleado, surgen cifras concluyentes: nueve de cada diez empleadores consideran al beneficio médico como una parte importante de dicha propuesta. Es más, el 60% de los CEOs y CFOs de las empresas están involucrados directamente en las decisiones que se toman con relación a la cobertura de salud.

Esa misma encuesta nos muestra importantes cambios, sobre todo en USA, relacionado con la cobertura médica de los empleados activos, y de los retirados. Al igual de lo ocurrido años atrás con los Planes de Pensión, se percibe una tendencia migratoria de los actuales esquemas de beneficios definidos a nuevos modelos de contribución definida. Es decir que hay una tendencia a dejar de garantizar un beneficio específico, dando paso al compromiso de asegurar solamente una contribución monetaria determinada, con la que el empleado contará para adquirir el beneficio.

Obviamente esta migración persigue como objetivo tanto el control del gasto en cobertura médica por parte de las empresas, como también lograr que el empleado/retirado sea un activo participe en la definición del beneficio médico.

Ahora bien, ¿cuál es la tendencia en nuestro mercado? En principio podemos decir sin duda alguna que en la Argentina el plan médico corporativo es uno de los beneficios más difundidos y de los más valorados por los empleados. En esa dirección podemos decir que es un beneficio perfectamente "estabilizado" y que a la luz de un análisis respecto del futuro, hay consenso que una problemática de relevancia a resolver, es la cobertura médica post retiro.

Actualmente, esta cobertura no es una práctica habitual en las empresas y que si bien podemos encontrar algunos planes en el mercado, éstos no están abiertos a nuevos participantes. De hecho, la solución parcial que adoptan algunas empresas, es negociar la continuidad y el precio con el prestador médico.

De cara al futuro, digamos que el nuevo modelo contribuiría en tres aspectos de importancia:

1) Mejoraría substancialmente la Propuesta de Valor al Empleado.

2) Facilitaría el recambio generacional.

3) Brindaría una clara solución a un tema que siempre se presenta como urgente en la búsqueda de resolver de alguna forma el retiro de personal que ocupaba los niveles altos de la organización.

El nuevo modelo se generaría a partir de la construcción de un Plan de Ahorro con el fin de acumular el capital necesario al momento del retiro para así financiar la cobertura médica ofrecida por alguno de los operadores en la materia. Digamos que la contribución se establece en base a un precio de referencia acordado con el prestador médico, precio al cual naturalmente se le hacen revisiones anuales, ya que en el marco inflacionario que sufre la economía argentina, todo precio fijo sería imposible de ser sostenido.

Este modelo de acumulación se haría en una cuenta personal -"Saving Account"- y se construye, en la mayoría de los casos, con el aporte conjunto del empleado y de la empresa, lo que se conoce técnicamente como "matching".

La idea es que al momento del retiro -que puede o no coincidir con el momento de la jubilación- la persona haya alcanzado el capital suficiente para que su rendimiento permita su cobertura médica y la de su cónyuge.

Naturalmente, el sistema se construye bajo la figura jurídica del Fideicomiso, que es el vehículo financiero que lo lleva adelante.

Estos Fideicomisos, definidos por la Ley 24.441, pueden ser los mismos que hoy administran los Planes de Pensión -exclusivos o multiempresas-, aunque en una cuenta separada- como también pueden ser nuevos, ya sea generados por las empresas o por el operador médico.

Cabe señalar que los bienes entregados al Fideicomiso constituyen un patrimonio de afectación específica, en este caso la cobertura médica del titular y su cónyuge, separado judicialmente del fiduciante -el empleador que cede la propiedad de ciertos bienes- y del fiduciario -el que administra los bienes cedidos- y fuera del alcance de cualquier acreedor.

En nuestra opinión amigo lector, estamos en los inicios de un modelo que, como ya señalamos, mejorará substancialmente la propuesta de valor a los empleados, que cambiará definitivamente el proceso de retiro de las personas de su actividad y asegurará una cobertura médica de primer nivel sin distinciones de capacidad económica de compra como ocurre hasta el presente. □

PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA

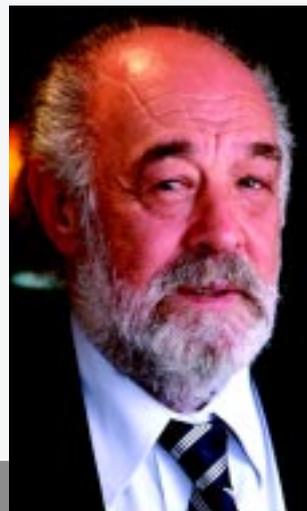
COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros 

La enfermería: Indispensable instrumento del Sistema de Salud

“No habría buena salud
sin buenas enfermeras”
Ramón Carrillo

Por el Dr. Ignacio Katz



Cecilia Grierson, la primera mujer en graduarse de médica en la Argentina en el año 1889, para entonces ya había desarrollado la primera escuela de enfermeras de América latina que funcionaba en el Círculo Médico de la Capital Federal. Cabe recordar que Grierson había diseñado esa carrera aun antes de recibirse de médica, al observar la necesidad imperiosa de esa labor en los distintos establecimientos sanitarios. También fundó la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios, y la Sociedad de Obstetricia Nacional.

“Res non verba”, la expresión en latín que significa “hechos, no palabras”, era el lema que ella había adoptado como guía para su profesión. Y qué mejor que retomar tanto esa consiga como el propio legado conceptual de Grierson para trabajar en nuestro presente, en espacios médicos ¡Tan despoblados de enfermeros!

Grierson siguió los pasos de Florence Nightingale, considerada una de las pioneras de la enfermería moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería. Ella sentó las bases de la profesionalización, estableciendo en 1860 su escuela de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres, primera escuela laica de enfermería en el mundo. Sus aportes fueron básicos para la planificación y organización hospitalaria y para la comprensión del concepto de asistencia médica. Es ella la que inspiró la Fundación de la Cruz Roja Internacional, que todavía otorga la Medalla Florence Nightingale para las enfermeras que han dado una atención excepcional a los enfermos y heridos en la guerra o en la paz.

En nuestro país, la desarticulación entre los actores del sistema sanitario, las bajas remuneraciones y las particularidades de la cultura local que privilegia la figura del médico, hace que en los eslabones fundamentales de la atención de la salud -como la prevención, curación y rehabilitación- no cuenten al presente con la participación cuantitativa y cualitativa que el rol de la enfermería requiere.

Llegamos así al panorama actual que muestra que en la Argentina tenemos 5 médicos por cada enfermero, mientras que la Organización Mundial de la Salud

(OMS) establece como relación ideal 1 médico cada 3 enfermeros. Al mismo tiempo determina que es recomendable la relación de 1 médico cada 800 habitantes, mientras que en la Argentina tenemos 1 cada 320, con extremos como Capital Federal con 1 médico cada 113 personas, y en Formosa 1 cada 910. Estas cifras evidencian una desproporción muy acentuada del equipo asistencial, cuando lo que se necesita imperiosamente es un cuerpo de enfermeros capacitados, confiables y bien remunerados. La situación es extremadamente variable en todo el mundo. En primer lugar en términos cuantitativos, las últimas estadísticas de la OMS reflejan que en Canadá hay 90 enfermeros por cada 10.000 habitantes, en Australia, Finlandia, Alemania y Japón el número es de 100 y en España de 50, mientras que en la Argentina es de 5 cada 10.000 habitantes. Sin embargo, hay que tener cierta cautela al interpretar esas cifras porque la fiabilidad de estos datos ha sido cuestionada en varios países.

La baja retribución salarial determina que se tiña a la profesión de enfermería como poco calificada, con la consecuente desmoralización de estos profesionales. Este cuadro de poca retribución salarial se combina con una capacitación insuficiente, en particular dentro de las especialidades médicas. Todos estos elementos potencian la falta de incentivos para quien quiera dedicarse a la carrera de enfermería, y en el plano de quienes ya trabajan en ella, explican la escasez de personal como también la ineficiencia laboral provocada por la sobrecarga de tareas y por la necesidad de tener varios empleos, lo que dificulta su formación continua.

Si hacemos foco en su capacitación, observamos que apenas el 2% de quienes ejercen de enfermeros tienen la Licenciatura, el 29% son Enfermeros profesionales, casi el 58% Auxiliares, y el 11% es personal “empírico”, así llamados por haberse formado en la práctica. Estas debilidades formativas sin duda agravan el cuadro de escasez de personal de enfermería, ya que una parte significativa no tiene los niveles necesarios de capacitación y perfeccionamiento que la profesión necesita. En las zonas del país más alejadas de los

principales centros urbanos, se acrecientan los aspectos negativos y al marcado déficit de enfermeros se le suma un mayor porcentaje de personal auxiliar y "empírico".

Si bien en este texto nos centramos en los enfermeros, el marco actual del sistema sanitario también hace imprescindible hablar de otros sectores que componen el plantel de profesionales como anestesistas, terapeuta intensivos, neonatólogos, anatomopatólogos y emergentólogos que son especialidades en las que es muy manifiesta su llamativa falta.

Esta aproximación al nodo esencial – la disarmonía en el núcleo asistencial – sirve de orientación para concretar propuestas que transformen nuestra "realidad virtual" en una realidad auténtica y por lo tanto efectiva en el escenario de la salud.

El desafío sigue siendo construir un Sistema Federal Integrado de Salud en correspondencia al proyecto de Nación por medio de una planificación estratégica con un cronograma de agenda a cumplir y el presupuesto por programa que la sustente. También se hace imprescindible recuperar el rol del Estado, la Universidad y el Sector privado, para que en *articulación permanente*, cumplan las pautas de un plan integral que tienda a solucionar las distintas problemáticas que aquejan al campo sanitario argentino.

Resulta fundamental incluir al personal de enfermería en la formulación de las políticas de salud, elemento que aún no ha sido puesto en práctica. A no dudar, los enfermeros aportarían sus experiencias, observaciones y datos imprescindibles para rediseñar las políticas sanitarias. De ahí la importancia de que las enfermeras líderes se involucren en el desarrollo de programas para mejorar los servicios sanitarios, ya que ellas tienen el conocimiento práctico de cómo éste puede ser concebido, diseñado, coordinado e implementado. Un reciente estudio publicado por The Lancet mostró que el incremento del 10% del número de enfermeras con estudio universitario se traduce en un descenso del 7% en el riesgo de muerte.

Hoy estamos urgidos por contar con un mayor número de enfermeras profesionales, que tengan acceso a las múltiples especialidades y a los nuevos conocimientos que la tecnología aporta, y al mismo tiempo se diseñe una distribución geográfica nacional inteligente y equitativa que nos permita volver a expresar "res non verba", es decir "hechos, no palabras". □

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).

MAESTRÍAS, ESPECIALIZACIONES Y PROFESORADO 2015

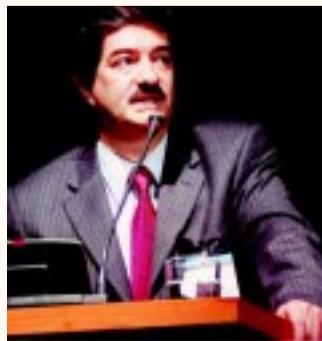
- ▷ ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD
- ▷ SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
- ▷ MEDICINA LEGAL
- ▷ ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
- ▷ AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD
- ▷ PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- ▷ ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS DEL ADULTO Y ANCIANO
- ▷ FARMACOPOLÍTICAS
- ▷ GESTIÓN DE SERVICIOS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

Resoluciones: Econ. Res. N° 184/99 ME. Maes. CONEAU Res. 473/09 Categoría B. Esp. CONEAU Res. 484/09 Categoría B | Ser. Res. N° 184/99 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° 1526/07 ME. CONEAU Res. 246/10 Categoría E. | 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 | Disc. 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 | Sep. 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

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

La llamada Judicialización de la Salud



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

Algunas veces pienso que hay algún tipo de neurosis masiva que lleva a la gente a creer que los tribunales son los lugares ideales para resolver cierto tipo de controversias. Es hora de que el espíritu innovador e ingenioso de ciudadanos y abogados forjen nuevas herramientas para cubrir nuevas necesidades".⁽¹⁾

Hace poco más de un año, la Organización Panamericana de la Salud, contrató nuestros servicios para realizar un informe vinculado con la "Judicialización de la salud". En esta nota publicamos algunas de las conclusiones a las que arribamos en el trabajo referido.

El Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentra hoy con una importante cantidad de demandas judiciales. Si bien nos referiremos aquí exclusivamente a aquellas relativas a reclamos prestacionales dadores de un servicio -por exclusión, dejamos de lado los tendientes al reclamo de los daños y perjuicios producidos por la llamada "mala praxis" - la información que se acompaña nos lleva a concluir que los agentes del seguro de salud mantienen un alto grado de litigiosidad.

En la República Argentina, asistimos en este último tiempo a un protagonismo del Poder Judicial cuya intervención avanza sobre muchos aspectos de la vida institucional del país. Ese avance, también, alcanza al Sistema de Salud en general. Puede sostenerse en sustento de esa injerencia variadas motivaciones, desde legales hasta fácticas.

Aunque el fenómeno que aquí se describe no atañe solamente a ese subsistema, sino que se extiende probablemente con las mismas consecuencias, sobre otros subsectores.

En el marco de esa multiplicación de demandas, intentamos identificar patrones comunes de conducta de reclamo. La vía de moda, es el recurso de amparo.

En oportunidad de la reforma constitucional del año 1994, se incluyó la acción de amparo en el artículo 43 de la Constitución Nacional, que textualmente dice: *"Toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridad pública o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos o garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley. En el caso, el Juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva. Podrán interponer esta acción contra cualquier forma de discriminación y en lo relativo a los derechos que protegen al ambiente, a la competencia, al usuario y al consumidor, así como a los derechos de incidencia colectiva en general, el afectado, el defensor del pueblo y las asociaciones que pro-*

pendan a esos fines, registradas conforme a la ley, la que determinará los requisitos y formas de su organización...".⁽²⁾

Como puede deducirse del texto de la norma, se trata de un remedio judicial de carácter excepcional y restringido, tanto en su planteo como en su admisión y aplicación. Es una vía procedimental que debe reunir determinadas exigencias, desde la necesidad de que concurren restricciones legales, pasando por la invocada gravedad de las condiciones adversas de quien la invoca, para finalizar en la ponderación judicial de su viabilidad, empleando la máxima cautela, prudencia y responsabilidad.

Sin embargo, basta un conocido ejemplo para sostener la desnaturalización actual en la Argentina de este remedio judicial: la multiplicidad de recursos de amparo que, con motivo de las restricciones a los depósitos bancarios, se han prodiado por los Tribunales.

En el tema que nos ocupa, habitualmente se invocan argumentos basados en "la salud", "la vida", los que más allá de la fundamentación jurídica que pueda atribuirseles, se trata de generalidades que nadie puede discutir como valor social, pero que lejos están de poder fundar en derecho una decisión de las consecuencias que hoy vemos en el Sistema. A ello se le agrega, idénti-

1 - Warren Burger, 1985, por entonces Presidente de la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos en una reunión de la American Bar Association. La cita está tomada de un informe de Alejandro Garro publicado en *La Ley*, Actualidad, 16-9-1985.
2 - Constitución de la República Argentina.

co fundamento para el otorgamiento de las medidas cautelares, sin que en ellos se valore las consecuencias generales para el sistema.

Por otra parte, y como veremos en el análisis del contenido de las condenas, la invocación de los pactos internacionales suscriptos por la República Argentina condiciona el otorgamiento de las prestaciones a los actores involucrados.

Basta con citar algunos ejemplos para tomar real dimensión de las consecuencias de la judicialización de la salud en la Argentina.

Así, en el caso de Thomas Bello, un niño de 5 años que sufre de adrenoleucodistrofia y necesita un trasplante de médula ósea, la Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba resolvió que el Estado Nacional, la Provincia y su obra social afrontaran los costos de la intervención, la que ascendió a Un Millón Doscientos Mil Dólares Estadounidenses, en el Hospital de Minnesota, en Estados Unidos, por entender que éste era el mejor lugar para realizar el procedimiento, a pesar de que el Gobierno había ofrecido el Hospital Garrahan.

Asimismo, en el caso de Sofía Sánchez, quien necesitaba un trasplante bipulmonar con donante vivo, una internación que no se realiza en el país y que muchos médicos cuestionan, sin embargo el mismo juzgado de Córdoba se pronunció a favor de la actora y la cirugía finalmente se llevó a cabo en Porto Alegre, Brasil con un costo para el Estado Nacional de Quinientos Mil Dólares Estadounidenses.

Existe una fuerte discusión sobre si el Estado debe financiar costosos tratamientos médicos en el exterior para una persona o se debe priorizar el bien común. Para el médico sanitarista Aldo Neri, un sistema de salud no puede ni debe responder a todo. *"Hay una cosa muy injusta detrás de esto, que se llama el costo de oportunidad. Los*

recursos son finitos. Cuando uno decide asignar fondos a una cosa, inevitablemente está sacando recursos destinados a otra. La justicia distributiva es, en definitiva, hacer aquello que beneficia al conjunto, no meramente a un caso particular".

Sin embargo, existe una disputa de antaño, entre plantear el tema en términos de bien común versus interés individual, así pues, si bien no se puede interponer una cuestión económica a salvar una vida, fallos como los reseñados lo único que hacen es interpretar un mandato constitucional. El primer derecho en ser reconocido es el derecho a la salud. También es un llamado de atención, ya que hay un vacío legal en la Argentina respecto de patologías atípicas y que finalmente requieren resoluciones o remedios judiciales a fin de salvaguardar las garantías constitucionales.

PROPUESTA A FIN DE EVITAR LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD:

Se propone evitar la judicialización de la salud, a través de Métodos Participativos de Resolución de Conflictos (MPRC) a fin de cubrir los espacios en los que la relación entre los beneficiarios y las entidades de salud se está quebrando, facilitando la capacidad de las partes de resolver el problema de acuerdo con sus méritos, tal como hubieran podido hacerlo de no haber sido por la ruptura existente, ponderando la necesidad de ambas partes de conservar una relación de cooperación de largo plazo.

Y así como también, mediante la utilización de los MPRC se logra que las partes comprendan sus propios intereses y los intereses de la otra parte, de manera tal que ambas puedan ganar y en algunos casos

hasta logren agregar valor a su requerimiento inicial.

Por supuesto que también exige, de parte de los profesionales abogados y de la sociedad toda, un cambio de mentalidad respecto del perfil que la profesión requiere. Históricamente, por lo menos en la República Argentina, se ha sostenido el mito del abogado agresivo como perfil ideal ⁽³⁾, aquél que batalla y discute hasta lo inverosímil en defensa de su cliente.

Proponemos la creación en etapas de un Ente Nacional de Mediación y Arbitraje Médico, tal como existe en otros países, descentralizado y con autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, mediante el que no sólo se atienda la conflictividad de tipo económico sino que también sea el organismo de referencia en lo que atañe a conceptos de calidad y atención de los beneficiarios, relación médico-paciente, reclamos de mala praxis, de falta de cobertura, y cuyas atribuciones específicas debieran ser:

- Brindar asesoría e información a los pacientes, sus familiares, y prestadores de servicios médicos, e intervenir a través de la gestoría de quejas y de la mediación.

- Fungir como árbitro y emitir laudos.

- Elaborar dictámenes médicos a petición de los órganos y las autoridades de procuración y administración de justicia.

- Emitir Recomendaciones y Opiniones técnicas para la prevención del conflicto y para mejorar la práctica de la medicina.

- Intervenir de oficio en cualquier asunto de interés general en materia de prestación de servicios médicos. □

3 - Los métodos alternativos de Resolución de Conflictos. CAIVANO y otros, NEGOCIACIÓN Y MEDIACIÓN, Instrumentos apropiados para la Abogacía Moderna. Ed.Ad-Hoc. Argentina.

osfe Obra Social
FERROVIARIA

Su salud en las mejores manos

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



La salud en las Cuencas: Una nueva perspectiva en salud



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

En los márgenes de los grandes ríos y arroyos de nuestro país viven gran cantidad de personas que, además de los problemas en común con todos los argentinos respecto al sector salud, conjugan dos características que aumentan su riesgo sanitario: la vulnerabilidad socioeconómica y la exposición a factores ambientales nocivos.

Efectivamente las cuencas de estos ríos son lugares inundables, en donde se combina la presencia de muchas fábricas contaminantes con una muy mala infraestructura social y escasos servicios y en donde se concentra una gran proporción de personas pobres.

Este artículo intenta destacar una mirada que pone el acento en las personas más vulnerables desde el punto de vista social y sanitario (con los peores índices de morbimortalidad) y además plantea el desafío de la gestión interjurisdiccional ya que estos ríos atraviesan diferentes municipios y provincias en un sistema de salud totalmente fragmentado y federal.

LA PERSPECTIVA AMBIENTAL DE LA SALUD

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) define a la Salud Ambiental, "como aquella perspectiva que busca identificar, medir, revertir y evitar los impactos de las condiciones ambientales sobre la salud y calidad de vida de las presente y futuras generaciones". Según la Organización Mundial de la Salud el 24 % de la carga de morbimortalidad mundial y el 23 % de los fallecimientos se pueden atribuir a factores ambientales. La perspectiva ambiental de la salud busca minimizar los problemas y patologías que se producen o están asociadas a las deficiencias de las condiciones ambientales.

La carga ambiental de la enfermedad en nuestro país es muy importante. Si bien no es la única, la población que vive en los márgenes de los grandes ríos contaminados está mucho más afectada por esta problemática.

La presencia de grandes fábricas que eliminan sus desechos tóxicos a los ríos, la falta de cloacas y agua corriente, la presencia de basurales a cielo abierto, la quema de basura, la mala calidad del aire que respiran, las precarias viviendas en las que habitan y el hecho de ser zonas generalmente inundables, hacen que la salud de esta población sea de muy alto riesgo.

En estas poblaciones se observan una mayor prevalencia de diarreas, infestaciones parasitarias, anemias, asma, intoxicación crónica por metales pesados, alergias, desnutrición infantil.

Solo en tres cuencas de los ríos más contaminados de la Argentina como son la Cuenca Matanza Riachuelo, la del Río Reconquista y la Cuenca Salí – Dulce viven alrededor de 10 millones de personas, la gran mayoría afectada por los problemas enumerados más arriba.

LOS PROBLEMAS AMBIENTALES DE LAS CUENCAS

El 96,4% de la población de la Cuenca Matanza Riachuelo convive con al menos un factor de riesgo ambiental. Pero además el 27% de los hogares (262.037 hogares) conviven con tres factores de riesgo al mismo tiempo, el 19% (185.497 hogares) conviven con 4 factores y un 11% (110.523 hogares) conviven con 5 factores. Las principales fuentes de contaminación de la cuenca son los efluentes de origen cloacal, los efluentes de origen industrial (3.500 industrias de las cuales el 50% son curtiembres y el 20% frigoríficos) y los 105 basurales a cielo abierto. Los Factores Ambientales que más afectan a los hogares de la Cuenca (a más del 50%) son los relacionados con la calidad del aire exterior, la cercanía a las fuentes fijas de contaminación y los desagües cloacales. (EFARS, 2008).

Por otra parte, en el recorrido del Río Reconquista están ubicadas doce mil industrias. Allí cuatro millones de personas no tienen servicios de cloacas ni plantas de tratamiento.

La cuenca Salí-Dulce es la segunda más contaminada de la Argentina. En las zonas ribereñas de Tucumán se instalaron en las últimas décadas, veintenas de ingenios azucareros, plantas destiladoras de alcohol, frigoríficos e industrias citricolas. Muchas de estas empresas arrojan los residuos tóxicos de su producción (como cachaza o vinaza) al cauce de las aguas. Además del crecimiento de la población que hizo que se sumaran los desechos cloacales.

EL DESAFÍO DESDE LA GESTIÓN

Una sentencia inédita de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) sobre la problemática de salud de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) puso sobre el tapete la necesidad de trabajar articuladamente entre las diferentes jurisdicciones.

En el punto IX del mismo considerando, la Corte Suprema de Justicia ordena la elaboración de un "Plan Sanitario de Emergencia" que debía constar de un diagnóstico de la situación y del plan de actividades.

Entre otras muchas cuestiones positivas de este fallo sobre el tema salud, resulta realmente interesante la necesidad que plantea en cuanto al trabajo en forma conjunta entre las diferentes jurisdicciones. No sólo plantea esto, sino que pone en cabeza de la Nación (en este caso específico a través de ACUMAR) el desarrollo de las actividades planteadas. Este hecho de por sí ya produjo la necesidad de readecuar normas y procedimientos entre las jurisdicciones ya que muchas de ellas diferían entre sí.

Este fallo que afectó a todas las áreas relacionadas con la CMR, es particularmente relevante en el tema de salud. En un sistema como el nuestro, cuyas principales características son la escasa capacidad regulatoria por parte del Estado Nacional, altamente fragmentado y segmentado y con autonomía Federal, este fallo repre-

senta un enorme desafío al plantear la obligación del trabajo conjunto entre todas las jurisdicciones (Nación, Provincia, Ciudad y municipios del conurbano) en la implementación de un Plan Sanitario.

Similares desafíos plantea el tratamiento de la salud de las Cuencas del Reconquista que nace por la zona que está entre Moreno y General Rodríguez y termina tras recorrer 18 municipios en el Río Luján que desemboca en el estuario del Río de la Plata y la del Salí – Dulce que recorre cinco provincias: Tucumán, Córdoba, Catamarca, Salta y Santiago del Estero. O también la cuenca del río Colorado que atraviesa Mendoza, Neuquén, Río Negro, La Pampa y Buenos Aires y que ocasiona problemas por contaminación de hidrocarburos.

UNA NUEVA AGENDA EN SALUD

El fallo de la CSJN del 8 de julio de 2008 presenta aristas muy importantes y ciertamente inéditas desde diferentes puntos de vista y abre una nueva agenda en salud que debe incluir tres aspectos:

1) Un nuevo enfoque sobre lo ambiental

El fallo nos muestra un cambio en el tratamiento que se venía dando al tema del saneamiento de los ríos. Efectivamente, si bien el fallo es terminante en cuanto a la necesidad de sanear el río, plantea como prioridad la mejora de calidad de vida de la población que allí habita. Este enfoque, modifica el criterio exclusivamente "ambientalista" de un río limpio con población pobre estructuralmente y sin cambios en las condiciones sociales (ausencia de cloacas, agua de red, etc.) transformándolo en un criterio centrado en las mejoras de la calidad de vida. Esto le da una nueva direccionalidad a las acciones emprendidas y pone de manifiesto la urgencia de intervenir en regiones que tienen, no solamente un río altamente contaminado, sino también y principalmente graves y complejos problemas sociales producto de la coexistencia de riesgos ambientales y de pobreza extrema, determinantes ambos de los procesos de salud – enfermedad.

2) El criterio de la gestión compartida

En segundo lugar resulta realmente interesante la necesidad que plantea el fallo en cuanto al trabajo en forma conjunta entre las diferentes jurisdicciones. Por otra parte instala una discusión sobre las formas operativas de encarar la problemática de las Cuencas.

En un sistema como el sanitario, cuyas principales características son la escasa capacidad regulatoria por parte del Estado Nacional, altamente fragmentado y segmentado y con autonomía Federal, este fallo representa un enorme desafío al poner en cabeza de la Nación la implementación del denominado en el fallo Plan Sanitario de Emergencia.

3) La perspectiva ambiental del concepto salud enfermedad

Finalmente el fallo de la Corte pone en relieve la perspectiva de los determinantes ambientales de la salud. Si bien se viene planteando hace algún tiempo atrás la importancia de esta nueva perspectiva, no es hasta la sanción de este fallo que los determinantes ambientales de la salud se "subieron" a la agenda de la salud.

El tiempo dirá si supimos aprovechar esta iniciativa de la CSJN o si sólo constituyó una nueva oportunidad perdida como tantas otras en salud. □

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

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-UNIVERSARIOS

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.

Reflexiones privadas

Medicina prepaga: ¿qué problemas enfrenta?, ¿cómo puede sortear las dificultades de financiación?, ¿cómo impacta en ella la Ley de regulación? Las preguntas en torno al sector privado de la salud no dejan de sumarse. Para acercar respuestas, Miguel Ángel Troisi, de Medifé, Hugo Magonza, de CEMIC, Juan Carlos Villa Larroudet, de OMINT, y Néstor Gallardo, de ADEMP, reflexionaron sobre las dificultades y los desafíos del sector.

El sector de la medicina prepaga enfrenta, hoy por hoy, varias líneas de dificultades. Así lo dejaron en claro, tras largas y esclarecedoras exposiciones, líderes y especialistas del sector. El doctor Miguel Ángel Troisi, Director de Relaciones Institucionales de ASE – Medifé, el licenciado Hugo Magonza, Presidente de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (Acami) y Director General del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC), el ingeniero Juan Carlos Villa Larroudet, Presidente Ejecutivo del Grupo OMINT, y el contador Néstor Gallardo, Presidente de ADEMP (Asociación de Entidades de Medicina Privada), ahondaron en las diferentes problemáticas actuales del sector: el efecto de la Ley de regulación, la judicialización, la financiación, la rentabilidad y la difícil fórmula para mantener el equilibrio del sistema.

UN HORIZONTE OSCURO

“Nos toca enfrentar panoramas oscuros”, adelantó Troisi, quien más tarde pasó revista de la situación actual del sector privado. Luego de recordar que son seis millones de personas los que, en nuestro país, deciden optar por una entidad de medicina privada, Troisi destacó que “no hay políticas que ayuden a este sector o que permitan que la gente que nos eligió esté más protegida.” El ciudadano, comentó, adhiere a una prepaga para lograr una mayor cobertura porque entiende que, por



**Miguel Ángel Troisi,
Director de
Relaciones Institucionales
de ASE – Medifé:**
**“No hay políticas que
ayuden a este sector o que
permitan que la gente que
nos eligió esté más
protegida; se le debe dar a
la medicina prepaga el rol
que realmente tiene.”**

lo menos, es mejor que la que puede esperar del sistema público. Por eso, añadió, “se le debe dar a la medicina prepaga el rol que realmente tiene.”

No es novedad que la judicialización es uno de los temas que más sufre el sistema de salud en general

y la medicina privada en particular. “Los fallos de la justicia, que hace interpretación libre, perjudican las relaciones entre los usuarios y la entidad: esto se da permanentemente y no hay forma de contrarrestarlo”, enfatizó Troisi.

En relación a la ley 26.682, que desde noviembre de 2011 regula la actividad de las empresas de medicina prepaga, Troisi dejó en claro que, si bien era más que necesario contar con un marco regulatorio, “no estamos conformes con esta regulación porque hay algunos puntos que afectan el futuro de nuestro sector.” Se refería, por ejemplo, al polémico artículo que dispone el ingreso irrestricto: “en este sentido, las autoridades nos dicen que, al final, no fue grande ni inmediata la avalancha de beneficiarios nuevos a cubrir obligadamente: es cierto, pero el ingreso es permanente”, aclaró Troisi. En el caso de Medifé, según expuso su representante, la tasa de ingreso de beneficiarios con patologías crece en un 250%. “Si a esto se le suman los problemas con las cuotas y el gasto creciente en salud, resulta que tenemos un panorama complicado.”

Con respecto a los aumentos de cuotas, Troisi aclaró que, para las empresas, realizar aumentos conlleva muchas dificultades: “El incremento permanente de cuotas lo único que hace es disminuir la cantidad de gente sana en cada cartera, y reconfirma a la población que sufre patologías; así la relación entre sanos y enfermos, que permite

mantener el equilibrio financiero, se empieza a desequilibrar."

¿El futuro del sector? "Hay muchísimo por hacer", enfatizó Troisi. "Por el momento, vamos sobrellevando la situación, esperando poder llegar a un diálogo más resolutivo."

FENÓMENOS COMPLEJOS

Hugo Magonza, por su parte, aportó una cuota de optimismo: "Tengo una mirada muy positiva sobre el sector y sus posibilidades; a pesar de las divergencias, en la Argentina tenemos el sistema de salud que probablemente sea el que más cobertura da en todo el mundo." Tanto desde el sector privado como desde la Seguridad Social y el sistema público, estimó Magonza, "el nivel de satisfacción de los pacientes es alto."

Como panorama general para entender la actualidad del sector, Magonza enumeró las problemáticas que conforman un escenario a la vez múltiple y en tensión. La salud entendida como fenómeno complejo y como bien social, la desaparición de la idea de copago, la demanda siempre creciente de la población, la influencia de los medios de comunicación y las dificultades del profesional médico, junto con el envejecimiento poblacional y el aumento de las tecnologías, conforman las diferentes aristas que hacen que la realidad del sector sea al menos compleja. Para hacer frente a esta situación, remarcó Magonza, "hace



Hugo Magonza, Director General de CEMIC:
"El sistema se está desfinanciando y están en peligro las fuentes de trabajo, la estructura de calidad y la atención médica."

falta un estado presente, que regule y que posea una mirada social para la toma de decisiones sanitarias."

En relación al problema de la judicialización, el Director General de CEMIC aclaró que "cuando un juez toma decisiones, las toma mirando a un individuo, no a la sociedad o a un sistema; lo que hace falta son decisiones estructurales para que el juez pueda cumplir su rol de la mejor manera", de forma

tal que sus decisiones no sólo beneficien a los individuos, sino también al conjunto de la sociedad.

Magonza también se refirió a una realidad que incide en el sector salud de cualquier país del mundo: "El costo de salud está siempre por encima del costo de vida, en la Argentina y en cualquier otro país." Especificó, así, que lo que se necesitan no son herramientas para parar los costos, pues hay que aceptar que los costos son imposibles de detener, sino "para racionalizar."

Con respecto a la reglamentación de la ley 26.682, Magonza se mostró escéptico: "No tengan muchas expectativas de que la reglamentación vaya a hacer algún cambio: será lo que podrá ser porque partimos de una ley muy mala." Pero no sólo la Ley constituye una complicación para el sector privado: "El sistema se está desfinanciando y están en peligro las fuentes de trabajo, la estructura de calidad y la atención médica." El problema se explica, al menos en parte, por la brecha entre los aumentos solicitados para las cuotas y los que, efectivamente, fueron aprobados. "Se trata de una brecha del 11% que, a julio, significaban 4 mil millones de pesos: es dinero que le falta al sistema", especificó el licenciado.

Entre las posibles soluciones, Magonza mencionó la necesidad de pensar en la sustentabilidad a largo plazo, la creación y puesta en marcha de un comité de evaluación de tecnologías, la profundización de



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

Medicina prepaga

un modelo de integración y la generación de un marco normativo claro y preciso.

GESTIÓN, ACTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN

Juan Carlos Villa Larroudet, Presidente Ejecutivo del Grupo OMINT, comenzó aclarando que “el sistema privado de salud está destinado a complementar al sistema público y al de la Seguridad Social; no los sustituye en sus responsabilidades.” Las empresas privadas de salud, según expuso Villa Larroudet, tiene semejanzas, desde el punto de vista económico, con las empresas de seguros: “Somos agentes de salud pero cumplimos con características actuariales: el riesgo tiene que ser medible y tenemos que asegurarnos de que cobramos todas las cuotas para poder cubrir los costos.” Por eso, la regulación del sector, afirmó Villa Larroudet, debe “proteger los derechos del usuario, definir el menú de prestaciones y verificar el valor de las cuotas, pero también ocuparse del equilibrio actuarial del sistema.”

En relación a la rentabilidad del sector, y contrariamente a la percepción general, Villa Larroudet especificó que está en línea con los valores del resto del mundo, siempre por debajo del 5%. “En la Argentina, históricamente la rentabilidad del sector rondaba el 3%; en 2013, fue del 1%: esto es un llamado de atención.” No obstante, el sector ha invertido fuertemente en infraestructura, emplea a 250 mil personas e incluye a 580 empresas de medicina privada. En este sentido, “el sector privado, en el país, ha hecho todos sus deberes en los últimos quince años”, afirmó el Presidente Ejecutivo de OMINT.

Villa Larroudet también listó los puntos de la Ley de regulación que el sector de las prepagas encuentra problemáticos. En un escenario donde el 1% de los afiliados consume el 33% de los recursos, uno de los puntos más resistidos es el de las enfermedades preexistentes porque, detalló el ingeniero, “la evaluación de los riesgos de los beneficiarios que entran al sistema es esencial para asegurar el equilibrio de las carteras.”



Juan Carlos Villa Larroudet, Presidente Ejecutivo del Grupo OMINT:
“La regulación del sector debe proteger los derechos del usuario, definir el menú de prestaciones y verificar el valor de las cuotas, pero también ocuparse del equilibrio actuarial del sistema.”

“Creemos que no se debe aumentar el valor de las cuotas pasados los 65 años”, aclaró también el representante de OMINT. Según él, se requiere de una evaluación actuarial y de gran sensibilidad social para sortear este dilema. “En este tema tenemos que participar las empresas y también las autoridades sanitarias, para garantizar que exista el financiamiento necesario”, especificó.

El tema de la actualización de las cuotas, por otra parte, es el más urgente según Villa Larroudet: “Lamentablemente, trasladar la cuota es necesario.” Este año, el sector se mantiene un 17% por debajo de las paritarias, lo que, estimó Villa Larroudet, constituye un riesgo severísimo para la salud del sistema privado. “Este va a ser un reclamo permanente que tenemos que hacer como sector porque se perjudican todos

los beneficiarios del sistema.” Además, agregó, “el traslado incompleto de las paritarias se convierte en un descenso de las inversiones.”

Con respecto a las prestaciones que, año tras año, se suman al PMO, Villa Larroudet dejó en claro que es preciso priorizar la cobertura para que cada prestación se pueda financiar. El Presidente Ejecutivo de OMINT, a la vez, no ve con buenos ojos la posibilidad de crear un fondo para enfermedades de alto costo y baja incidencia: “Yo creo que no tiene ningún sentido para el sector; el que tenemos es un problema de media creciente, y un fondo no lo resuelve.” En cambio, postuló, “para poder financiar es necesario incluir gestión.”

Para finalizar, Villa Larroudet enumeró las condiciones necesarias para generar un cambio positivo del sector privado: modificar la Ley, generar mecanismos de actualización de las cuotas que garanticen el traslado de las paritarias en tiempo y forma y no incluir en el PMO prestaciones que no tengan financiamiento asegurado. Además, sintetizó, también “es preciso realizar evaluaciones económicas para las decisiones sanitarias y generar incentivos para la inversión y la excelencia académica.”

NECESIDAD DE CAMBIOS

Néstor Gallardo, Presidente de ADEMP, comenzó confirmando lo dicho por el representante de OMINT acerca de la rentabilidad de las prepagas: “Parecería ser que ganar dinero cuando se presta un servicio de salud está mal visto; sin embargo, lo que se cree que es un gran negocio es, en realidad, un negocio en el que los riesgos superan las expectativas genuinas de ganancias.”

Al reflexionar sobre el origen de la medicina privada, Gallardo enfatizó que las entidades de medicina prepaga nacieron ante la necesidad de generar una cobertura que, antes, no existía. Añadió que, en realidad, “mucho del dinero que estamos gastando lo estamos gastando en servicios que el Estado debería dar y no puede dar.” ¿Es un problema de falta de recursos?, se preguntó Gallardo. “Yo diría que no

falta dinero. El sistema de salud argentino es uno de los más completos del mundo; el problema está en la forma en que se accede a las prestaciones."

La posibilidad de subsistencia del sistema se ha puesto en jaque con la aparición de la Ley de regulación, estima Gallardo. "Las prepagas en ningún momento se negaron a un marco regulatorio", aclaró. Continuó luego la comparación con las empresas de seguros: "A una compañía de seguros ninguna ley le exige que asegure autos ya chocados y, en cambio, la Ley de medicina prepaga establece la obligatoriedad de darle cobertura a personas que llegan al sistema con enfermedades preexistentes." El tema, postuló Gallardo, es más de imagen que de realidad: "Como resulta muy agradable a los oídos saber que los legisladores se están ocupando de la salud, ellos tienen que decir que exigen a la entidades de medicina prepaga que paguen todas las pres-



**Néstor Gallardo,
Presidente de ADEMP:**
"Lo que se cree que es
un gran negocio es, en
realidad, un negocio en
el que los riesgos
superan las expectativas
genuinas de ganancias."

taciones, sin saber de dónde salen los fondos." Eso, agregó, pone en riesgo al sistema entero.

Si a este panorama ya complicado se añade la cantidad de leyes que fueron emitidas por patología, "resulta que se están diezmando los recursos que tiene la actividad privada de la salud." Esto, según el contador, va a implicar la paulatina desaparición de entidades de menor tamaño y la pérdida de cobertura para gente mayor que ha aportado durante muchos años.

Para finalizar, Gallardo coincidió también que revisar la Ley es prioritario para generar panoramas más optimistas para el sector. Si estos temas no se revisan, "va a tener lugar una paulatina pero segura pérdida de la calidad médica." □

**Fuente: Jornada -
La Protección Social del
Mañana. "Los desafíos, los
deseos y las Posibilidades" -
Universidad Isalud.**



www.sanidad.org.ar

De Las Enfermedades Raras (A propósito del balde de agua fría)



Por el Dr. Antonio Angel Camerano (*)

La innovadora idea forma parte de una campaña dirigida para recaudar fondos para la investigación de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), una enfermedad neurodegenerativa que mata las neuronas motoras y a la larga provoca la paralización del paciente. La idea se originó en Estados Unidos cuando el jugador de béisbol estadounidense Peter Frates, que tuvo que dejar su carrera debido a la enfermedad, sugirió la idea para recaudar fondos y nominó a varios amigos en Boston a seguir sus pasos.

Muchos incrédulos pensaron que la sensación que produce el baldazo de agua fría es sentir lo que produce la enfermedad. Irreal es esa visión dado que el padecimiento de esta enfermedad y otras relacionadas lleva a la catástrofe financiera y moral de quien la padece, de su familia y de su cobertura.

Las Enfermedades Raras y las Enfermedades Catastróficas poseen entre sí coincidencias, diferencias, una cuasi similar visión de la comunidad. A modo de relato surgen como entidad de salud pública en agenda de USA, en 1983 a raíz de la ley de medicamentos huérfanos. Esta define un *fármaco huérfano* en relación con la prevalencia (frecuencia) de la enfermedad, la cual es indicada según la población Americana. El concepto de *medicamento huérfano* no cubre solamente productos farmacéuticos o biológicos. También cubre aparatos médicos y productos dietéticos. La OOPD (Oficina de Desarrollo de Productos Huérfanos) se creó dentro de la FDA (Administración de medicamentos y alimentos). Está a cargo de promover la disponibilidad de productos eficaces seguros para el tratamiento de las enfermedades raras. El *estatus huérfano* permite que el patrocinador de la droga se beneficie de los incentivos para el desarrollo de estos productos hasta la aprobación de la comercialización.

En USA son aquellas que afectan a menos de 200.000 habitantes y en la Unión Europea cambia la relación a uno en 2.000 o cinco en 10.000. En la Argentina la Ley 26.689 de Enfermedades Poco Frecuentes proviene de un acuerdo multisectorial promovido por aquellas ONG que agrupan a quienes las padecen.

La misma (Sancionada: Junio 29 de 2011, Promulgada de Hecho: Julio 29 de 2011) promueve el cuidado integral de la salud de las personas que las padecen y se consideran EPF a aquellas cuya prevalencia en la población es igual o inferior a una en dos mil (1 en 2.000) personas, referida a la situación epidemiológica nacional.

A ello se suma la resolución del ANMAT (Resolución de condiciones especiales) donde "Los titulares de registro de las especialidades medicinales y/o medi-

camentos contemplados en la presente disposición, deberán hacer constar la leyenda "AUTORIZADO BAJO CONDICIONES ESPECIALES", en los rótulos, prospectos y en toda información puesta a disposición del cuerpo profesional, con igual tamaño y realce que la marca comercial y la Denominación Común Argentina, DCA, o en su defecto la Denominación Común Internacional, DCI".

Por otra parte unas pocas enfermedades que afectan a un número reducido de personas se llevan una parte cada vez mayor de los recursos de los sistemas de salud. A éstas se las denomina enfermedades catastróficas por el impacto económico que generan en quienes las padecen y las financian. Pero y no por jugar a un trabalenguas "No todas las enfermedades raras son catastróficas y No todas las enfermedades raras son de alto costo" y "tampoco por ser raras no son pocas pues el listado data de 6.000 a 8.000 por lo que implica un desafío en la administración de los sistemas y servicios de salud así como en las políticas de estado".

Las Enfermedades Raras (ER) o Enfermedades Poco Frecuentes (EPOF) si bien son aquellas cuya prevalencia es menor a cinco personas por cada 10.000 habitantes (o una cada 2000), en su conjunto, constituyen el 25-40% del total de las enfermedades que se padecen. Dicho en otras palabras hay unos 3,2 millones de argentinos con este problema.

En su mayoría son de origen genético, crónicas, degenerativas y, en muchos casos, pueden producir algún tipo de discapacidad. Las patologías de estas enfermedades suelen ser graves y ponen en serio riesgo la vida de los pacientes si no se las diagnostica a tiempo y se las trata en forma adecuada. Otro dato preocupante es que el 75 por ciento de las enfermedades de baja prevalencia comienzan en la niñez, etapa en la que el 30 por ciento de los pacientes fallece antes de cumplir los 5 años.

El 28 de febrero, se celebra el Día Mundial de estas enfermedades con el fin de llamar la atención de las mismas para comprenderlas y detectarlas a tiempo, factor vital a fin de recibir un tratamiento eficaz y duradero. Quizás algún día nos enfrentemos al dilema ético y deontológico de enfrentarlas con las enfermedades frecuentes. Imaginando un contexto turbulento, de incertidumbre en la gestión clínica y de constante cambio en la medicina del futuro. □

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



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 Previsión Médica



Apostar a la solidaridad

¿Qué visión de las Obras Sociales tienen los líderes sindicales? Gerardo Martínez, Secretario General de UOCRA y Secretario de Relaciones Internacionales de la CGT, reflexionó sobre el pasado, el presente y los desafíos de la Seguridad Social en nuestro país. Encontrar herramientas para mejorar la imagen de las Obras Sociales, enfatizar el principio solidario y trabajar para la integración del sector fueron algunas de las premisas clave que aportó el dirigente de UOCRA.

La Seguridad Social va tomando más y más peso en las discusiones y reflexiones de los especialistas: el peso de su historia, las aristas problemáticas que enfrenta hoy por hoy y los cambios y horizontes que encarará en un futuro cercano son algunas de las temáticas que más reflexiones y análisis generan entre los representantes del sector.

Es el caso de Gerardo Martínez, Secretario General de UOCRA (*Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina*) y Secretario de Relaciones Internacionales de la CGT (Confederación General del Trabajo de la República Argentina), quien, en diálogo con el doctor Rubén Torres, Rector de la Universidad Isalud, pudo acercar sus pareceres y reflexiones. "Tenemos que consolidar y garantizar un sistema que, como el de la Seguridad Social, es único en el mundo", destacó.

Martínez pasó revista a la historia del sector, recordando que el sindicalismo por el que aboga "es un sindicalismo con protagonismo de los trabajadores; no se trata de un sindicalismo de Estado." En otros países, señaló Martínez, iniciativas como la de la Seguridad Social argentina "terminaron mal" y es por eso que "en el sindicalismo internacional, cada vez que hablamos de obras sociales nos miran con duda y distancia". Es este punto el que, remarcó Martínez, hay que modificar.

IDEAS PARA MOSTRAR LO BUENO

"Desde nuestro punto de vista, en las leyes falta algo que otorgue un nivel de transparencia al sector", de modo tal que la Seguridad Social pueda al fin desprenderse del halo de duda que tiene a los ojos de la ciudadanía general. "Hoy es lo mismo, para una organización, ser una buena obra social, bien administrada, que ser una mala obra social: el



Gerardo Martínez y Rubén Torres.

sistema es endeble si no hay una rigurosidad desde el control de los recursos", señaló Martínez.

Según el representante de UOCRA, las Obras Sociales deben dejar ver su buen accionar: "Si somos buenos, mostrémoslo", señaló. Para eso, el sector debe encontrar la forma de no dejar dudas acerca de su funcionamiento. "El control es necesario porque nosotros tenemos la responsabilidad de velar por los aportes de los trabajadores."

EVIDENCIAR LA TRANSPARENCIA

Es desde el movimiento sindical mismo, estimó Martínez, que tiene que surgir una herramienta para producir este cambio: "Tendríamos que generar desde el movimiento sindical una reformulación para mostrar que este sistema está debidamente organizado, planificado y dirigido, y que, a la vez, el dinero está controlado, sin que haya oportunidades de que ocurran situaciones raras."

Este paso, agregó Martínez, es necesario para que la Seguridad Social quede habilitada como he-

rramienta idónea para ser aplicada en otros países. Sobre este particular, Martínez comentó también que, para marzo del año que viene, está previsto realizar una misión de alto nivel a China para mostrar el modelo de Seguridad Social argentino, que había tentado a ese país durante una visita realizada durante 2013.

EL FANTASMA DEL DESCREME

Una de las problemáticas que viene afectando al sistema es la de la desregulación. Según Martínez, "el descreme afecta el principio solidario que es la base de las obras sociales, en las que el que gana más ayuda al que gana menos y que, así, posibilita que todos tengan acceso a la salud". Para evitar que se quiebre el eje solidario, añadió Martínez, "el factor político se vuelve esencial."

LOS FONDOS DEL FONDO

En relación a la falta de distribución de fondos por parte del Fondo Solidario, Martínez destacó que la situación es muy compleja. "El hecho de que no se distribuyan los

fondos acumulados implica que no se está respetando la soberanía institucional que le corresponde al sistema para poder funcionar correctamente." Por alguna razón desconocida, comentó Martínez, el dinero no reingresa en las Obras Sociales: "Lo único que se sabe es que hay una cuenta en el Banco Nación donde hay 25 mil millones de pesos que le corresponden a la Seguridad Social; uno se pregunta qué va a pasar con ese dinero."

Por otra parte, el representante de UOCRA admitió que toca a los líderes sindicales realizar un *mea culpa*: "Hubo un momento en el que el poder político le dio el manejo de los fondos a un grupo de dirigentes sindicales. Qué hicimos en ese momento: ésa es la pregunta", reflexionó: "es muy difícil volver a recuperar esos espacios una vez que se han perdido." "A veces los principales conspiradores somos nosotros mismos; hicimos un desastre, hay que decirlo."

En el caso de UOCRA, explicó Martínez, el sindicato está financiando a su Obra Social, Construir Salud: "Si no hubiéramos puesto dinero del sindicato en la Obra Social, Construir Salud no hubiera funcionado." Es

que, remarcó Martínez, "las Obras Sociales grandes tenemos problemas que son muy difíciles de resolver, causados por la falta de recursos."

TRANSPARENCIA, INTEGRACIÓN Y SOLIDARIDAD

Para concluir sus reflexiones, Martínez acercó los que, según él, constituyen los desafíos que la Seguridad Social debe encarar sin demora. Para lograr que el sistema logre transmitir la transparencia de sus protocolos, "hay que lograr formular reglas claras que tipifiquen todos nuestros procedimientos."

Además, Martínez señaló que resulta fundamental trabajar para lograr la integración del sistema de la Seguridad Social, sin que ello signifique que las obras sociales pierdan su identidad y su autonomía: "Tenemos que tener un sistema integrado que resulte en beneficio para todos los trabajadores, con un clearing integrado para turnos en salud." La integración, destacó, debe extenderse también a los campings y lugares de turismo de las obras sociales.

El de la integración, según Mar-

tínez, es un tema que se viene demorando en la agenda de las discusiones. "Esto tardó en discutirse porque no todas las obras sociales estaban informatizadas, y para integrar servicios todas las entidades que adhieran tienen que cumplir con ciertas características." Además, los intercambios sobre el tema se tornan complejos porque, comentó Martínez, se cruzan aristas sanitarias con problemáticas sociales y sindicales. De todas formas, señaló, "creo que ya están dadas las condiciones como para que podamos avanzar en este sentido, al menos un grupo de Obras Sociales, y mostrar este nuevo sendero que tenemos que empezar a transitar."

"Los dirigentes sindicales, que tanto nos jactamos de ser voceros de la solidaridad, no hemos puesto todavía en práctica un sentido profundo de solidaridad", admitió Martínez. "Tenemos que generar cambios, nuevas y estructuras más eficientes", sintetizó. □

*Fuente: Jornada -
La Protección Social del
Mañana. "Los desafíos, los
deseos y las Posibilidades" -
Universidad Isalud.*



**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 Sanatorio Güemes sigue creciendo



El Sanatorio Güemes es una de las instituciones de salud privadas más grande de la República Argentina, recientemente finalizó la obra de la Unidad de Cuidados Intensivos más grande del país, equipada con la última tecnología y al servicio de sus pacientes.

Desde hace unos años, se encuentra en marcha un proceso de remodelación y construcción del Edificio Córdoba, que una vez finalizado y en conjunto con el resto del complejo, dará lugar a una superficie total de 45.800 m² con una capacidad de 680 camas.

En este proceso, se encuentran finalizadas las 2 unidades de Cuidados Intensivos de Adultos que conforman un total de 59 habitaciones para la atención del paciente crítico, todas equipadas con camas de alta complejidad y tecnología de última generación.

Se trata de estructuras con capacidad de atención Nivel III (el más alto), para pacientes con insuficiencia multiorgánica de carácter potencialmente mortal inmediato.

Estos pacientes dependen de apoyo farmacológico y de dispositivos, tales como apoyo hemodinámico, asistencia respiratoria y tratamiento de reemplazo renal.

Para poder brindar este tipo de atención, cuentan con una Unidad

de cuidados Intensivos de 250 m², ubicada en el 1^{er} subsuelo Edificio Córdoba con 13 habitaciones, y una Unidad de Cuidados Intensivos de 1.560 m² divididos en 4 sectores independientes, en el 2^{do} piso del Edificio Córdoba con 46 habitaciones.

El acceso a esta unidad de los pacientes se realiza a través de tres ascensores técnicos, uno de ellos exclusivo, que conecta la planta quirúrgica (ubicada en el piso inferior) con la Unidad de Cuidados Intensivos, en forma directa, realizando únicamente ese trayecto. Esto garantiza que no existan demoras en el traslado de los pacientes desde y hacia la UCI.

Los familiares llegan a la sala de espera a través de 2 ascensores públicos e ingresan a la unidad desde la transferencia, lugar donde se preparan para acceder con las condiciones de higiene que estas áreas requieren.

Se trata de una unidad de cuidados intensivos que permite la presencia de los familiares, fundamentales en el proceso de recuperación del paciente, brindándoles una se-

rie de comodidades durante su estadía.

LAS HABITACIONES

Las habitaciones son individuales y se encuentran sectorizadas con paneles vidriados que se deslizan sobre rieles superiores, (eliminando los inferiores), lo cual favorece la limpieza de las mismas. También se encuentran revestidas de material vinílico sanitario continuo. Estos detalles constructivos además de la sectorización en habitaciones individuales, minimiza el riesgo de infecciones intrahospitalarias, al tiempo que le brinda un mayor confort al paciente.

Todas las habitaciones poseen televisores led y el acceso de luz natural desde el exterior: esto permite que el paciente esté conectado en tiempo y espacio a pesar de encontrarse internado en un área cerrada.

En lo que respecta al equipamiento médico, cuentan con:

- monitores multiparamétricos de pantalla táctil que incluyen un conjunto completo de datos

esenciales, además de mediciones opcionales avanzadas.

- equipos de respiración de última generación, que realizan ventilación segura, fiable y de alta calidad. Responden inmediatamente a las necesidades del paciente en términos de cambios de presión y flujo, garantizando que reciba exactamente el tratamiento ventilatorio adecuado.
- modernas camas eléctricas multiposiciones que cubren todos los requerimientos de seguridad y de confort para el paciente.
- todas las habitaciones disponen de la posibilidad de realizar diálisis, con lo que el paciente que requiera este tratamiento, puede recibirlo sin necesidad de ser trasladado.

Dos de las habitaciones se encuentran equipadas para la especial atención del paciente quemado. Cuentan, entre otras cosas, con presión positiva, mayores dimensiones e instalación sanitaria especial.

Otras dos habitaciones se encuentran equipadas con presión negativa para la especial atención del paciente que requiera aislamiento respiratorio.

Cada uno de los 4 sectores posee islas completamente equipadas, desde donde los profesionales de la salud monitorean a los pacientes del sector, además de contar con alarmas visuales y sonoras ante cualquier cambio de estado de los internados.

MONITOREO PERMANENTE

Esto se complementa con la central de monitoreo único independiente, donde los profesionales pueden realizar el seguimiento de todos los pacientes de manera permanente.

La misma cuenta con:



- Circuito cerrado de visualización directa del paciente.
- Alerta audiovisual de llamado de enfermería y alerta de paro.
- Monitores con registro de parámetros vitales de cada uno de los internados.

Todo esto conectado a la red informática interna, que permite a su vez ingresar a los datos actuales y previos de cada paciente, que se encuentran registrados en la historia clínica electrónica. Además tienen acceso a la digitalización de imágenes y a los resultados de laboratorio online.

Siempre en un mismo espacio físico y en simultáneo.

FARMACIA: TERMINALES PYXIS

Otro de los avances tecnológicos tiene que ver con el suministro de la medicación.

La UCI se encuentra equipada con una serie de terminales denominadas PYXIS.

Se trata de un sistema de dispensación de medicación automatizada que registra el consumo de productos por paciente y usuario a la vez que permite el control exhaustivo del stock.

Consiste en un conjunto de módulos de acceso controlado mecánica y electrónicamente conectados a un sistema central de gestión que tiene definidos usuarios, accesos y productos.

El personal de enfermería se identifica a través de su huella dactilar, selecciona un paciente y el sistema le informa los medicamentos prescritos para dicho paciente, y sólo le permite retirar los que tenga indicados.

El sistema registra todos los pasos realizados por el usuario y el destino asignado a cada producto. La reposición de dichos productos de los PYXIS está a cargo del personal de farmacia.

Las ventajas de este sistema son:

- Los medicamentos están a disposición de enfermería en el interior de la unidad, las 24 hs, los 365 días.
- La farmacia está abierta y controlada las 24 hs.
- La farmacia central observa el stock online de productos en tiempo real.
- Minimiza la posibilidad de errores favoreciendo la seguridad del paciente.
- Reduce la posibilidad de pérdidas y robo de medicación.
- Permite disminuir las tareas rutinarias y repetitivas, liberando tiempo en beneficio de actividades orientadas a la mejora de la calidad asistencial.

Este sistema forma parte del proyecto completo de automatización de la Farmacia interna del Sanatorio Güemes, el cual se encuentra en pleno proceso de desarrollo. □

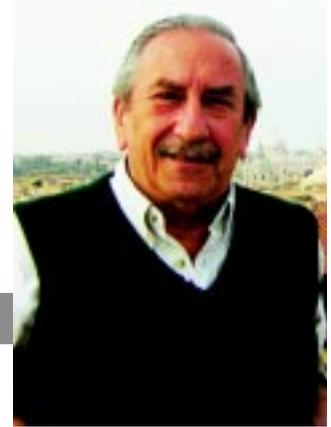


Menéndez, Mouro & Asociados S.A
Consultora de salud

Cerrito 836 - Piso 11 - Oficina 25 - CABA
(5411) 4815 - 3885 / 4811-6674

 contacto@menendezmouro.com
info@odontodos.net

¿Para qué sirven las Mediaciones?



Por el Dr. Fernando G. Mariona

Abogado - Director de TPC
Compañía de Seguros

La Resolución Alternativa de Disputas, conocidas como Mediaciones, fueron creadas con la finalidad de acercar a las partes. En el ámbito del cuidado de la salud esta metodología habría de servir como una forma para que todos los integrantes del servicio cuidado de la salud, ya sean personas físicas o jurídicas, a quienes se les quisiera reclamar por alguna disconformidad vinculada con el resultado del acto médico, tuvieran un ámbito de discusión y de esclarecimiento de su accionar, con las limitaciones que el proceso de Mediación contiene.

Varias cuestiones han conspirado para que, pese al inobjetable éxito que el proceso posee, haya alcanzado menos de un tercio de sus posibilidades.

En primer lugar, somos los propios abogados que patrocinamos o representamos a los requeridos, quienes impedimos que los profesionales o quien corresponda de la Institución reclamada, pueda dar algún tipo de explicación coherente, que a veces las circunstancias en que los hechos ocurrieron, lo hayan impedido.

En otras, son los mismos abogados de los requirentes quienes minimizan las posibilidades que la mediación posee. Las toman sólo como un requerimiento previo para llegar al juicio. También ocurre que ni los requirentes ni sus letrados tienen algún asesoramiento médico previo, como para mínimamente conocer si se encuentran o no frente a un caso en que la responsabilidad profesional pueda llevarse a juzgamiento.

Es más, en caso de tener algún tipo de asesoramiento médico, éste se traduce -previo un abultado pago requerido por el médico consultor- en un mero escrito del "núcleo central" del capítulo de las consideraciones médico legales, en el que siempre se encuentra responsabilidad. No existe el Informe Médico Legal de Análisis de la Responsabilidad profesional previo. De manera que muchas veces, requirentes y sus abogados, van a ciegas a la mediación, sin conocer profundamente el caso. Es en la mayoría de los casos un "relato" meramente subjetivo de sensaciones. Es bueno que los médicos sepan que cada vez son más los médicos que asesoran a pacientes, y luego salen a buscar un abogado que los acompañe con un escrito.

Ya se acabó la época en la que TODOS los médicos se rasgaban las vestiduras por la "mala praxis". Es más, ahora hay médicos que se visten mejor, gracias a ella.

En segundo lugar, la multiplicidad de requeridos es otra cuestión que ha impedido un mayor éxito. En efecto, es muy frecuente que los citados al proceso sean los profesionales que intervinieron directa e indirectamente en el acto o actos médicos reclamados, los establecimientos médicos por los cuales el paciente

pasó, ya como ambulatorio o como internado, las empresas de medicina prepaga, las Obras Sociales, las Gerenciadoras, los establecimientos de diagnóstico e inclusive la empresa de emergencias domiciliarias.

Ello, es de imaginarse torna dificultosa el entendimiento o la posibilidad de acuerdo o de desistimiento en virtud de que pueden existir o no responsabilidades, inclusive ni ser compartidas, lo cual genera intereses encontrados. A esto debe sumarse que a su vez, cada parte involucrada, aunque más no sea por la citación convoque a cada una de las aseguradoras del riesgo de Responsabilidad Civil Profesional donde posea cobertura.

De esta forma los tiempos comienzan a dilatarse hasta que se produce la total "integración" de los requeridos al proceso. Esto produce un desgaste entre el Requirente y los Requeridos, situación en la que sus abogados y el Mediador elegido o sorteado, tampoco ayudan mucho para que esto no ocurra.

Seguidamente podemos adelantar que de integrarse, falta aun una parte sustancial del proceso por realizarse, es la obtención de la documentación clínica relacionada con el acto médico, y la revisión del paciente, para poder establecer el eventual daño o las secuelas del mismo. Una etapa en la que la colaboración inter pares se retacea.

Creemos que ni la comunidad médica ni la de los auxiliares de la justicia -que somos los abogados- ni los Mediadores, en temas de praxis médica hemos hecho el esfuerzo necesario para lograr un resultado más beneficioso para todos los involucrados en las Mediaciones.

Así también, en varias oportunidades, hemos ofrecido, para temas de praxis médica, modificar el sistema de las Mediaciones, involucrar de una manera más participativa a las autoridades públicas y a las entidades privadas -entre ellas a las aseguradoras del riesgo- para resolver de una manera más rápida y eficiente estas cuestiones, para beneficio tanto del requirente cuanto de los requeridos. Lo hemos hecho en foros locales y extranjeros. Hemos publicado trabajos en revistas del ámbito médico y jurídico. Dimos a conocer sistemas de distintos países, ya sean centrales cuanto periféricos en infinidad de ocasiones.

Un análisis de cada una de las cuestiones que no están bien resueltas en el proceso de la Mediación en Praxis Médica excede esta nota. Hay muchas cosas aun para comentar.

Como he manifestado tantas veces, "algo tenemos que hacer" en beneficio de todos. Sin embargo parece que no existe demasiado interés.

¿Será entonces que el problema no es tan grave? □

Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN




Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019A8G) Capital Federal

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



La tecnología interactiva llega a los consultorios



Por Santiago Troncar

CEO de SaludMOVIL.net - santiago@saludmovil.net

Internet ha transformado por completo, en sólo 15 años, a casi todas las industrias y sectores de la economía, excepto uno: la Salud. Según reconocen los expertos, Salud es uno de los dos sectores más atrasados en la adopción de tecnología interactiva.

Si hoy todos usamos internet para comunicarnos, comprar, entretenernos, trabajar, informarnos... ¿Cómo es posible que todavía hoy un médico siga usando una fichita de cartón para registrar sus indicaciones a un paciente, y no tenga la más mínima chance de hacer un seguimiento de su cumplimiento hasta que el paciente decida volver a presentarse en su consultorio? ¿Es esta una de las razones por la que la tasa de adherencia a las indicaciones médicas es menor al 50% en todo el mundo?

Hoy el viejo escenario de "tecnología costosa" ha cambiado y la brecha digital entre las clases sociales se achica: en la Argentina el 80% de la población tiene un teléfono móvil en sus manos, y más del 30% ya dispone de un Smartphone, una pequeña computadora conectada a internet que le otorga la posibilidad de interactuar (24x7) con la web — y su entorno personal y laboral. Los teléfonos inteligentes están cambiando por completo los hábitos de las personas, y hoy es fácil ver como la gente pasa horas mirando a sus pantallitas con múltiples objetivos.

La salud no es ajena a ese fenómeno. Según una investigación de la agencia de publicidad Mindshare realizada en la Argentina, *Internet es el medio más utilizado* cuando se trata de informarse sobre cuestiones de salud — y el tráfico generado desde las pantallas móviles es cada día mayor.

Según el informe Reporte *"Patient Apps for Improved Healthcare"* de IMS, presentado en el último mHealth Summit en Washington DC, existen más de 40.000 aplicaciones móviles relacionadas con la salud, destinadas a médicos o pacientes. No deje de darle una mirada al reporte completo y gratuito en <http://tinyurl.com/p7e4x3n>.

¿Está maduro el mercado para seguir los pasos del prominente cardiólogo americano que receta "apps móviles" y tratamientos digitales a sus pacientes? Se trata del Dr. Eric Topol, M.D., un renombrado cardiólogo americano que pateó el tablero del establishment médico escribiendo el libro *"The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care"*.

Pero... ¿Qué podemos hacer Pacientes y Médicos con las apps móviles?

Los médicos han adoptado rápidamente las múlti-

ples aplicaciones, gratis y pagas, que ofrecen los app stores. Calculadoras médicas, vademécums digitales, aplicaciones educativas para uso con el "paciente en consultorio" y literatura médica son algunas de las nuevas herramientas digitales de uso diario para los profesionales médicos. Según un informe de *The Economist Intelligence Unit*, *"Emerging mHealth: Paths for Growth"*, un 59% de los médicos americanos creen que es "inevitable" el uso de Mobile health en la relación con sus pacientes. A su vez, un 29% de los médicos ya recomiendan apps de salud a sus pacientes.

Los pacientes al mismo tiempo cuentan con miles de aplicaciones que los ayudan con sus dietas, ejercicios físicos, consejos de salud, síntomas, alertas para toma de medicación, o seguimiento y control de las variables clínicas de sus patologías, entre otras posibilidades.

Según The Economist, entre el 46% y el 52% de la muestra de pacientes consultada cree que su salud "mejorara sustancialmente" en los próximos tres años por el uso de herramientas de "Mobile health".

En la Argentina los laboratorios farmacéuticos han tomado la delantera y ofrecen a los pacientes distintas apps para colaborar con tareas de prevención o educación médica. Apps generadas en equipos conformados por prestadores y laboratorios líderes, como "Guía de Diabetes" del Garrahan, o "Doctor Vacunas" de Stamboulían, muestran cómo una herramienta digital puede colaborar con el proceso educativo de padres e hijos por igual, ofreciéndole herramientas innovadoras y extraordinarias a los pediatras.

Firmas como Novartis o Teva-Ivax, por nombrar sólo algunos laboratorios líderes, han optado por ofrecerle a los pacientes herramientas gratuitas para facilitarles sus tratamientos médicos. Sus apps "pill reminder" MisMeds y AlertaMed son dos claros ejemplos de esto. Algunos otros, como el laboratorio local Craveri, han avanzado y agregan un valor complementario de la medicación, animándose a incorporar, dentro de las cajitas, materiales educativos para la descarga y uso gratuito de apps complementarias a sus drogas.

La Universidad John Hopkins ya publica un site donde ofrece evidencia médica de los beneficios palpables que brinda el uso de tecnología móvil en los tratamientos médicos, y su impacto positivo en los niveles de adherencia de los pacientes: <https://www.mhealthevidence.org>.

Por último toca analizar el creciente uso de tecnologías de "relacionamiento Médico-Paciente" desde las instituciones y consultorios médicos.

Pasada la novedad de ofrecerle “turnos online” a los pacientes, o la de llevar un “registro médico digital” (EHR), los prestadores y médicos comienzan a explorar nuevas formas de innovar y brindar atención médica complementaria a través de herramientas digitales, incorporando el “canal de comunicación digital” como una nueva propuesta de comunicación entre médicos y pacientes. El innovador sistema “Austral 360” implementado por Austral Salud desde el Hospital Universitario Austral, es una plataforma que permite a los médicos de cabecera brindar acompañamiento médico digital a sus pacientes a través de Internet, generando un honorario para el médico actuante.

Al nuevo sistema del Austral comienzan a sumarse proyectos similares desde algunos prestadores y financiadores líderes que descubren los prometedores beneficios de disminución de tráfico, eficiencia y aumento de adherencia que promueven las nuevas tecnologías interactivas.

Una encuesta mundial de la empresa FICO (NYSE:FICO) realizada en junio de 2014, que incluyó a las poblaciones de Brasil y México, reveló que:

> Al 80% de la gente le gustaría la opción de usar su Smartphone para interactuar con prestadores de salud – como médicos, gobierno, hospitales, farmacias, clínicas y laboratorios.

> +65% de los usuarios de Smartphone les gustaría recibir consejos médicos a través de herramientas digitales en lugar de ir a visitar al doctor.

¿Tiene sentido en el mundo de hoy que un médico únicamente pueda brindar servicios médicos en forma presencial en un consultorio? Claro que no. De hecho, desde hace años que los médicos están

forzados a contestar inoportunos emails, SMS y Whatsapps de sus pacientes, sin la más mínima tecnología de soporte, ni el derecho de percibir honorarios por estos actos médicos.

Prepagas líderes de nuestro mercado se encuentran ejecutando pilotos y analizando en estos días el impacto que estos nuevos modelos de “atención digital” podrían tener, enfocándose fuertemente en el seguimiento de pacientes crónicos.

La clave, claro está, reside en que los médicos brinden apoyo digital desde plataformas confiables y que cobren un honorario profesional por estos actos médicos.

En tal sentido sólo hace falta mirar qué ha aprendido el mundo respecto de estas tecnologías: múltiples soluciones de EHR, plataformas de “engagement”, mensajería segura y Telemedicina crecen a un ritmo impresionante en todo el mundo, y dan sus primeros pasos en la Argentina y Latinoamérica.

Gobiernos y prestadores de todo el mundo han impulsado el uso de herramientas digitales en búsqueda de eficiencia operativa y mejoras palpables en los outcomes y la calidad de vida de los pacientes de enfermedades crónicas.

Una cosa es segura: la tecnología Mobile e interactiva llegó a los consultorios para quedarse. Médicos, Prestadores y Financiadores podrán ser lentos o rápidos en su adopción, pero todos tienen claro que el uso de herramientas digitales son un camino que ya no podrán evitar transitar en el proceso de atención médica del futuro cercano.

Como en todos los procesos de innovación, sólo resta ver quiénes son los “first movers” que capitalizarán la oportunidad de diferenciarse con sus pacientes, y quienes se conformarán con la posición de meros seguidores. □

Florida 15 Piso 6º
Tel: 4342-6111 / 4343-5171
LÍNEA GRATUITA- 0-800-999-1656
WWW.OSPAT.COM.AR

GLC
CERES
1999

TU SALUD,
NUESTRO COMPROMISO
Estamos siempre

OSPAT
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Datos Sociales y Clases de Medicina Prepagada
9800-023-54-131172801 www.ospat.gov.ar 18 N.º 5. 1º P.º 2170-01

Medifé, realizó las II Jornadas Nacionales de Salud Mental

El área de Salud Mental de Medifé organizó en Mar del Plata sus II JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL bajo el título "Lo que insiste de la clínica en los sistemas de salud. Dilemas éticos", los días 12 y 13 de septiembre, en el emblemático Hotel Hermitage, continuando con la serie que se inició en 2012 en Buenos Aires.



Los ejes temáticos acerca de los cuales se presentaron más de 100 ponencias, fueron: *Clínica y subjetividad de la época, Clínica y cobertura en Medifé, Especificidades de la clínica, La época y los síntomas del sujeto, Las leyes y sus efectos: Ley de identidad de género, Ley de Discapacidad (Equipos interdisciplinarios), Ley de Fertilización asistida gratuita.*

"Los temas seleccionados en esta oportunidad son en la actualidad de marcado interés por cuanto propician gran parte de las demandas que traen nuestros consultantes. Pensamos que muchos de ellos son reflejo del malestar de la época. Tal vez por esto es poco el saber referencial que tenemos en nuestra comunidad científica, fueron más los interrogantes que se presentaron que las respuestas totalizadoras que obturan la posibilidad de seguir pensando"

aseguró en el discurso de apertura el Dr. Darío Durand, Gerente General de Medifé.

"La Jornada consistió en la presentación de trabajos libres en 27 paneles y 4 mesas temáticas cuyos autores -todos prestadores de nuestras cartillas- fueron invitados especialmente a exponer acerca de la lectura que cada uno tiene respecto de las demandas actuales que reciben en Medife", agregó la Lic. Mariana Trocca Coordinadora de la Red Nacional de Salud Mental.

"Queremos destacar el clima de cordialidad y respeto que dio lugar a un fructífero intercambio profesional entre los presentadores y quienes se inscribieron para participar desde diferentes puntos del país, interesados en escuchar nuestra



modalidad de trabajo", afirmó el Lic. Juan Carlos Mosca, coordinador de la Red Metropolitana.

Las Jornadas tuvieron una amplia difusión en los medios y despertaron gran interés entre los profesionales de la salud mental, logrando un total de más de 400 inscriptos.

La inscripción fue abierta a la comunidad, no arancelada y se entregaron certificados de asistencia.

El cierre estuvo a cargo de Patricia Martínez y Rubén Bustamante, integrantes de la Comisión Organizadora y de Jorge Piva, director del Grupo ASE MEDIFE. □



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 DE DIRECCIÓN

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

LA MEDICINA EN EL CINE

Anatomía del cine negro y del psicoanálisis aplicado (*)

El cine negro adquiere carta de ciudadanía cuando se estrenan en Francia, en el verano de 1946, cinco películas – *El halcón maltés/ Le faucon maltais/ The Maltese Falcon* (1941), de John Huston; *Perdición/Assurance sur la mort/ Double Indemnity* (1944), de Billy Wilder; *Laura*(1944), de Otto Preminger; *Historia de un detective/ Le crime vient à la fin/ Murder, My Sweet* (1944), de Edward Dmytryk y *La mujer del cuadro/ La femme au portrait/ The Woman in the Window* (1944), de Fritz Lang – y la crítica bautiza en francés, y luego en inglés, como *film noir*, (por la semejanza en el clima y la temática criminal con las novelas de la titulada *Série noire* de Gallimard, cuyas cubiertas tienen fondo de color negro) aunque luego se extiende a la década anterior, asumiendo dentro de sí el cine de gánsteres; conoce varias especializaciones y puede enmarcarse dentro del cine policíaco o criminal.

Este ciclo se puede caracterizar por los siguientes elementos:

- personajes estereotipados;
- historias dramáticas en las que la muerte o la violencia mortal tienen un protagonismo importante;
- los conflictos y la criminalidad vienen determinados por un contexto social problemático, tanto en la “ley Seca” y la crisis de “la Depresión” como en la incertidumbre de la posguerra;

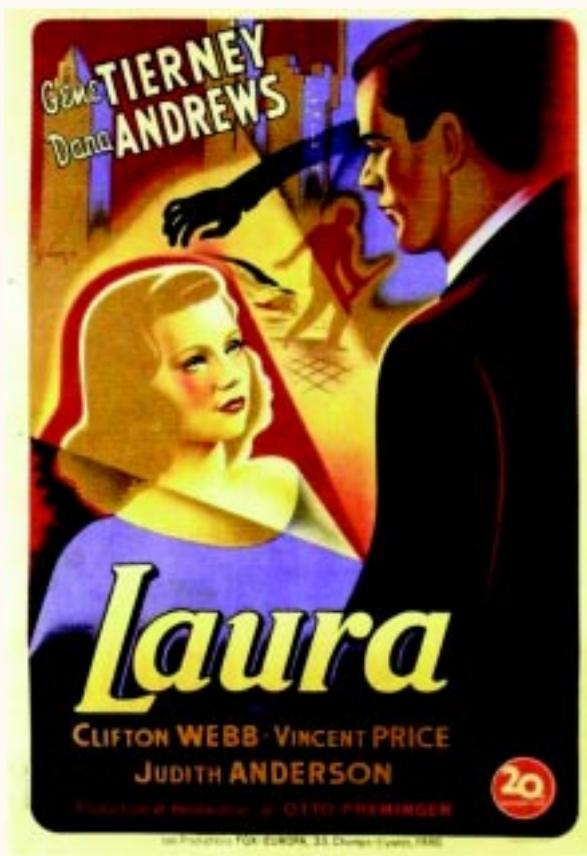
- los personajes se sitúan al margen de la ley y no siempre coinciden legalidad y moralidad en sus conductas;
- estética visual de carácter expresionista, debido al origen centro-europeo de varios directores (Fritz Lang, Billy Wilder, Edgar G. Ulmer, Otto Preminger o Robert Siodmak);
- diálogos cortantes, muy “cinematográficos” y frecuentemente cínicos; y
- las historias se basan en novelas baratas (*pulp fiction*) y en artículos periodísticos.

Los estudiosos reconocen en este

ciclo una serie de influencias y antecedentes que, enunciados sin jerarquización ni pretensión de exhaustividad, serían: la criminalidad organizada y el gánsterismo alimentados por la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas y la crisis económica; la novela barata o *pulp fiction* de autores que eventualmente se convierten en guionistas; el reportaje y el periodismo de investigación; las series radiales y el cómic; la fotografía del expresionismo alemán que inspira las imágenes contrastadas de luces y sombras del ciclo; y, por último, el psicoanálisis presente en el desarrollo de la trama.

En el *cine negro* norteamericano de la época clásica (1930-1960) se percibe la influencia de la cultura psicoanalítica y de la divulgación de las obras más conocidas de Freud. La teoría de los impulsos conlleva la consideración de enfermedad en el protagonista de comportamientos criminales, de lo que toman nota las películas en las que la moral queda relegada a un segundo plano.

La importancia de la sexualidad aparece reflejada en la figura de la “femme fatal” y en conductas donde el principio de placer doblega al de realidad. La dualidad consciente/ subconsciente y el lugar de los sueños en el psicoanálisis están en la base de obras sobre la doble personalidad y sobre pesadillas que amenazan a personas honradas. La solución a ciertos conflictos criminales no es policial, sino médica: en ellos un terapeuta logra resolver comportamientos delictivos fruto de mentes enfermas.



Resulta difícil determinar en qué medida la cultura psicoanalítica inspira directamente algunos de los más interesantes conflictos y personajes del cine negro o si, por el contrario, sucede que las reflexiones de Freud se formulan en un clima moral y en un *humus* intelectual que es compartido por los autores de los relatos de ese ciclo cinematográfico; con demasiada seguridad, en una de las más recientes indagaciones sobre el *cine negro*, Noël Simsolo llega a afirmar que "el psicoanálisis es un tema [*sic*] que obsesiona a los cineastas.

Saben que el público les encuentra un encanto perverso, sobre todo cuando incluye sexo, sueños y violencia. El espectador se cree un simple *voyeur* de las consecuencias causadas por unas neurosis que se presentan en general de forma muy simplista.

Fritz Lang es uno de los pocos directores que trabajan el tema seriamente, utilizando el psicoanálisis al margen del realismo exterior para explorar los misterios del alma de sus protagonistas, pero también para desestabilizar al público". Trátese de causalidad o de convergencia, en cualquiera de los casos lo relevante es el trasfondo psicoanalítico de obras importantes del cine negro.

En concreto, la cultura psicoanalítica se percibe en las siguientes dimensiones o niveles: I. La estructura dual de la sociedad o del ser humano; II. El discurso revolucionario sobre el sexo; III. El narrador personal y la evocación fatalista del pasado; IV. Personalidad escindida, dobles y sueños y alucinaciones; V. La enfermedad psíquica como origen del comportamiento delictivo; y VI. El rol del terapeuta en el conflicto criminal.

LA ESTRUCTURA DUAL DE LA SOCIEDAD O DEL SER HUMANO

Al establecer una dualidad en la estructura de la personalidad humana –en la que el *ello* o subconsciente puede ser más determinante que el propio *yo* a la hora de explicar ciertos rasgos y comportamientos y en la propia sociedad y cultura, Freud ha sido considerado con Karl Marx y Friedrich Nietzsche uno de los, así llamados por Paul Ricoeur, "maestros de la sospecha" del siglo XIX. Estos pensadores coinciden en la consideración de la existencia de una *falsa conciencia* en el ser humano o, lo que viene a ser lo mismo, la idea de que la represión del subconsciente (Freud), el resentimiento del débil (Nietzsche) o el enmascaramiento por intereses económicos (Marx) nos sumen en un universo de ilusiones, de engaños, en una falsa percepción de la realidad, que impide la mayoría de edad (Kant) reivindicada por la Ilustración. Dicho de otro modo, los maestros de la sospecha establecen un nuevo paradigma para el pensamiento filosófico, que ahora es esencialmente crítico en cuanto que reflexiona sobre las propias condiciones de su proceso de generación.

Se ha hablado de una "metafísica dual del cine negro" para referirse al rasgo que, en última instancia y más allá de los aspectos formales o temáticos evidentes ya citados, constituye la identidad central de este ciclo. Esa metafísica consiste en una *visión dual de lo real*, la consideración "numérica" de que por debajo del orden aparente existe una realidad –de mayor calado y más importante– con un talante

sustancialmente conflictivo; por tanto, se establece un fuerte dualismo entre la visión conformista del individuo y la sociedad y una indagación más profunda –y determinante para el resultado de los conflictos dramáticos: de ahí el residuo amargo, escéptico o pesimista que, en definitiva, ofrecen las películas– que pone de relieve la corrupción policial, la pasión amorosa ciega, el enloquecimiento de las masas, la sed de poder, los mecanismos del subconsciente... todos los cuales tienen en común una fatalidad destructora y necrófila.

Esta dualidad se instala en todos los niveles: en la fotografía (luces/sombras), en el carácter de los personajes (convertidos con frecuencia en verdugos/ víctimas) y en su historia personal (infancia/ adultez), en los resultados de las tramas (muerte/liberación), en los espacios dramáticos (ciudad/campo), en diversos aspectos de la ética (culpabilidad/inocencia, moralidad/legalidad), en la enunciación (punto de vista objetivo/subjetivo), etcétera.

Esa visión del mundo de carácter dual y, en última instancia, trágico, resulta muy paralela a la establecida por la cultura psicoanalítica con la división Consciente/subconsciente y el papel determinante de las pulsiones (Eros y Thánatos) como motor del comportamiento humano. □

(*) Nota: Estos comentarios han sido tomados del excelente compendio publicado por José Luis Sánchez Noriega, del Departamento de Arte III (Contemporáneo). Facultad de Geografía e Historia. Universidad Complutense de Madrid (España). Publicado en *Rev Med Cine 4* (2008): 27-34



MasterSoft Sysmed

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

Nuevos servicios: Historia Clínica Electrónica y Turnos Web.

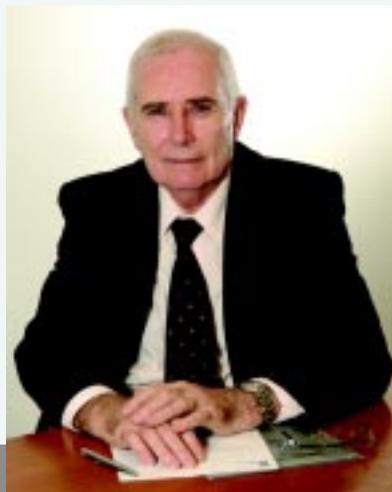
Solicite su demo en www.mastersoft.com.ar

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

Asoma un nuevo agente potencial para el tratamiento del Alzheimer

Drug Discovery & Development. 20 de Octubre, 2014

Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)



El Departamento de Ciencias Neurológicas del Centro Médico de la Universidad Rush (Chicago, EE.UU.) y Revalerio Corporation, también de los EE. UU., han publicado recientemente los hallazgos de dos estudios de investigación que demuestran el potencial de un nuevo compuesto, el RNS60, para tratar la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia por medio de la protección de las funciones neuronales, restaurando las conexiones de las neuronas y promoviendo la plasticidad celular. El RNS60 es un compuesto terapéutico salino que contiene nanoestructuras con carga estabilizada (CSNs, por sus siglas en inglés) altamente potentes, que disminuyen la inflamación y la muerte celular. La empresa farmacéutica demostró la capacidad del RNS60 para reducir la respuesta inflamatoria asociada a numerosas afecciones, incluyendo enfermedades neurodegenerativas, respiratorias y cardiovasculares. La investigación más reciente en el Centro Médico de la Universidad Rush se enfocó en la aplicación potencial del RNS60 para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia.

Según el Dr. Kalipada Pahan, profesor de neurociencias, bioquímica y farmacología, y el Dr. Floyd A. Davis, jefe honorario de neurología en el Centro Médico de la Universidad Rush, el impacto del RNS60 sobre la enfermedad de Alzheimer tal como se halló en sus estudios, ofrece nuevas oportunidades altamente esperanzadoras y alienta nuevas investigaciones más profundas en el tratamiento de esta afección que no puede ser prevenida, curada y ni siquiera tratada en forma exitosa, y agregaron que sus hallazgos despertaron un enorme entusiasmo por el RNS60, identificando una oportunidad para avanzar en la investigación de un nuevo agente terapéutico que sea útil para estas afecciones cada vez más frecuentes.

De acuerdo con lo expresado por el CEO de Revalerio Corporation, los primeros resultados logrados con el RNS60 según la investigación *in vitro* y en animales de experimentación, tanto con su forma farmacéutica inhalada como con la inyectada, son muy prometedores y promueven un gran entusiasmo, agregando que los sorprendentes resultados alcanzado por el Dr. Pahan también han llevado a acelerar las pruebas iniciales en seres humanos, de modo tal que se pueda determinar la eficacia inicial y la seguridad en pacientes con Alzheimer, hallándose en la actualidad abocados a trabajar con varios colaboradores en todo el mundo a fin de lograr la rápida inclusión del RNS60 en el tratamiento de esta patología.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la presencia de placas neuríticas compuestas por amiloide β o

proteína (A β), de marañas neurofibrilares conformadas por proteína tau hiperfosforilada y de una extensa muerte neuronal.

El estudio inicial del Centro Médico de la Universidad Rush examinó los efectos del RNS60 contra estos factores en un modelo de enfermedad de Alzheimer en animales transgénicos. Los resultados mostraron que el RNS60 induce una supresión de la pérdida neuronal, atenúa la fosforilación tau y protege las funciones de la memoria en modelos animales con enfermedad de Alzheimer avanzada.

El Centro Médico de la Universidad Rush ha llevado a cabo posteriormente un segundo estudio para determinar el impacto del RNS60 sobre la plasticidad neuronal, que se encuentra dañada en la enfermedad de Alzheimer. Los resultados hallados mostraron una marcada mejoría de la plasticidad neuronal en las neuronas del hipocampo, por medio del tratamiento con RNS60, lo que podría conducir a un restablecimiento de las funciones de aprendizaje y de memoria en estos pacientes.

Los estudios del Centro Médico de la Universidad Rush y de Revalerio están disponibles en PLOS ONE, una publicación internacional, revisada por pares, de acceso abierto.

Pueden consultarse los siguientes documentos:

- A Physically-Modified Saline Suppresses Neuronal Apoptosis, Attenuates Tau Phosphorylation and Protects Memory in an Animal Model of Alzheimer's Disease.
- Enhancement of Morphological Plasticity in Hippocampal Neurons by a Physically Modified Saline via Phosphatidylinositol-3 Kinase.

Recientemente, otros investigadores de la Universidad de Nueva York también publicaron los resultados de su investigación, en Fronteras de la Neurociencia, estableciendo que el RNS60 favorece la transmisión sináptica por medio de su efecto sobre la producción de ATP, lo que puede tener profundas implicancias en el envejecimiento y en las enfermedades cerebrales.

Los resultados pueden ser consultados en:

- Enhanced Synaptic Transmission at the Squid Giant Synapse by Artificial Seawater Based on Physically Modified Saline Contact Revalerio to learn more about RNS60 and the opportunity for research partnerships. □

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

Trabajar para erradicar la Violencia en los Hospitales



Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

Alguien dijo alguna vez: “nos tenemos que acostumbrar a convivir con la violencia” y lamentablemente vemos cómo ese presagio se hace carne día a día cuando las noticias nos abruman y los hechos de inseguridad se multiplican. Pero es aún más doloroso cuando es el hospital el lugar donde se producen hechos gravísimos que tienen como blanco a los médicos, enfermeros y todos aquellos que forman parte del sistema de salud. La violencia, el maltrato, la falta de respeto son elementos que forman parte de la dinámica con la que tenemos que convivir.

Es triste pero podríamos enumerar infinidad de hechos violentos, situaciones estresantes, y escenarios inseguros que los colegas conocen, padecen y, lo que es peor, deben enfrentar como si fuese ya parte de su tarea. Desde la AMM no queremos que deje de indignarnos, no queremos acostumbrarnos a este estado de cosas. Si así lo hiciéramos estaríamos validando una forma de trabajo que es inaceptable.

Por lo tanto, desde nuestro lugar y dentro de nuestras competencias, tenemos la obligación de tratar el tema y de brindar las herramientas para enfrentar la violencia social, que se metió de lleno y profundamente en nuestra sociedad, que no distingue profesiones ni autoridades, en un escenario que desconoce todo tipo de valores.

Algunas de las herramientas cruciales que mencionamos, se encuentran ya funcionando en todos los hospitales de la ciudad: formamos delegados de prevención en CyMAT, conformamos dos departamentos de Salud y Seguridad en el Trabajo (hospitales Piñero y Durand, y estamos trabajando para constituir un tercero en el Ramos Mejía), creamos la línea gratuita 0800 de asistencia jurídica para la atención de los casos de violencia. Asimismo nos establecimos como veedores de las modificaciones de las medidas de seguridad tales como el botón antipánico para la conexión directa con las fuerzas de seguridad, las cámaras de vigilancia, la reformulación de ingresos, credenciales, blindajes y otras medidas implementadas por los Ministerios de Salud y de Seguridad y Justicia, y organizamos campañas de información en las que, entre otras cosas, distribuimos tripticos y

cartelería en todos los hospitales a través de nuestras filiales.

Podríamos seguir enumerando las acciones que llevamos adelante. Con todo, no debemos olvidar que las respuestas y las soluciones no deberían esperarse solamente de la filiales gremiales, sino también de los funcionarios de los distintos niveles de gestión. Por eso, ante la gravedad de la situación, nos permitimos instar a las autoridades a redoblar los esfuerzos para cuidarnos, para que todos los médicos podamos trabajar en un escenario seguro. Nos formamos para cuidar, asistir y curar, y no para defendernos de agresiones inentendibles que desarticulan toda nuestra labor médica.

Aunque impensado hasta años atrás, hoy nuestra misión es concientizar a esa sociedad, que con cada acto violento, nos enfrenta a una nueva paradoja: debemos curar a aquél que nos agrede. El mensaje debe ser claro, porque es necesario hacer entender que si agreden a quien los cuida, se agreden a sí mismos.

Este año, algunas de las jornadas científicas realizadas en nuestros hospitales versaron sobre esta realidad: demostrando así de qué manera se adentró en el equipo de salud. Nuestra institución médica gremial lidera y es referente a nivel nacional en la defensa de la problemática médica. La presente situación de violencia se extiende alarmantemente y se registran episodios cada vez con mayor frecuencia en todos los rincones del país. Es por eso que las acciones al respecto deben extremarse con urgencia y con el fin de hacer más segura la práctica diaria de la medicina.

En ese sentido, estamos convencidos y podemos asegurar que ponemos todo nuestro esfuerzo, y sin descanso acompañamos a nuestros asociados para generar las condiciones necesarias que permitan trabajar normalmente.

No nos cansaremos de reiterar ni defender el hecho de que nos formamos para ejercer la medicina, para usar un guardapolvo blanco, para asistir en la enfermedad, para trabajar en la prevención, para acompañar a nuestros pacientes, para defender la salud pública, gratuita y universal. Ese es nuestro objetivo, esa es nuestra pasión. □

ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y BANCOS FEDERALES

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

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

Obligaciones del Paciente y su incumplimiento Precauciones para los profesionales



Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

La asistencia médica es una relación de “doble vía” que implica derechos y deberes para ambas partes.

Las obligaciones del profesional de la salud y del establecimiento han merecido libros enteros.

Mucho menos espacio le ha sido dedicado a las obligaciones del paciente, cuyo incumplimiento es un eximente de responsabilidad del profesional... si es que podemos probarlas.

Recientes estadísticas de la Sociedad Argentina de Cardiología revelan que luego de sufrir un infarto la mitad de los pacientes abandonan los tratamientos, sobre todo, dejando de tomar la medicación (pese a que a muchos se les suministra gratuitamente) y hasta no controlándose la tensión arterial y, recordemos, se trata de infartados... qué podemos esperar de enfermedades menos graves.

Tradicionalmente, el paciente que mentía o no cumplía con las indicaciones se perjudicaba a sí mismo pero, en “los tiempos de la mala praxis” el médico puede terminar demandado y condenado por culpa de la conducta del paciente, si es que no puede probarla.

La historia clínica, debidamente completada es la mejor herramienta de prevención.

LAS OBLIGACIONES DEL PROFESIONAL (EN GENERAL)

Asistir al paciente de acuerdo a lo que la ciencia médica tiene por correcto en el momento en que la atención es prestada.

Las condiciones en que la atención es brindada se denominan circunstancias de “modo, tiempo y lugar”: no es lo mismo una operación programada en un establecimiento bien equipado que intentar frenar una hemorragia masiva, en la calle tras un accidente de tránsito.

Esto nos lleva a la tercera condición: si algo sale mal sólo será responsable si actuó con culpa o negligencia (“factor de imputación”).

Y deberá indemnizar aquellos daños que cause (relación de causalidad acto / daño) y su correlato: no está obligado a indemnizar los daños que cause otro, entre ellos los que cause un tercero o el paciente a sí mismo.

¿CUÁLES SON LAS “OBLIGACIONES DEL PACIENTE”?

1. ASISTENCIA: Iniciar el vínculo con el médico en el menor tiempo posible, constituirse como tal, antes de sólo una persona enferma, que recién al requerir asis-

tencia médica se transforma en “paciente”. Y debe hacerlo ni bien advierta la necesidad de ser atendido.

2. NO AUTOMEDICARSE: Porque no está calificado para hacerlo, puede equivocarse, enmascarar síntomas y así perjudicarse.

3. INFORMAR AL PROFESIONAL SIN FALSEDADES NI OMISIONES: El paciente (o sus responsables si no está en condiciones) deben responder al interrogatorio del profesional en forma veraz (no mentir) sin ocultamientos (sin dejar de decir) y activa (agregando todo lo que crea pertinente).

Interrogatorio es toda pregunta realizada por el médico a lo largo del tratamiento, desde la admisión, hasta el alta.

Es tradicional el ocultamiento deliberado, por pudor o vergüenza mal entendidos, de antecedentes “privados” como enfermedades venéreas, abortos provocados, negar conductas nocivas como drogas, alcohol, tabaco y similares.

Y las consecuencias son peligrosas: el profesional puede indicar un tratamiento erróneo a partir de los datos falsos o incompletos.

La apreciación de las respuestas del paciente debe ser crítica, en función de lo que razonablemente puede saber y hasta de los ocultamientos más comunes, sobre todo si la consulta se realiza con acompañante.

4. CUMPLIR CON LAS INDICACIONES: Realizar estudios, tomar la medicación, realizar determinadas conductas, abstenerse de otras.

Es sencillo saber si un paciente ha realizado o no una práctica médica cuyos resultados están escritos en informes (análisis e imágenes) pero no lo es verificar el cumplimiento de las conductas positivas o negativas, como tomar regularmente la medicación, seguir la dieta, abstenerse de sustancias nocivas y realizar controles (de los que no se informa por escrito).

LAS CONSECUENCIAS DEL “INCUMPLIMIENTO DEL PACIENTE”

Como la conducta del profesional debe ser “culposa” o “negligente” (imputable) y causar daño, si su intervención es tardía o el diagnóstico erróneo es inducido por el paciente, se interrumpe la relación causal entre la actuación médica y el daño.

Así lo dice el Código Civil que exime de responsabilidad por “El hecho que no cause daño a la persona que lo sufre, sino por una falta imputable a ella...” (art. 1083 del digesto ex 1111) que no hace más que poner en negro sobre blanco al

sentido común, ya que si alguien se daña a sí mismo es porque no lo daña otro.

La jurisprudencia ha calificado como "falta imputable" a la víctima (paciente), entre otras:

No requerir asistencia médica al advertir síntomas, demorando la atención médica.

No responder verazmente al interrogatorio del médico.

No cumplir con las indicaciones sobre controles, medicación y conducta.

Y... ¿CÓMO PROBARLA?

No es sencillo, sí posible.

La relación médico/paciente no ocurre entre iguales.

El profesional es quien "sabe" sobre medicina y el paciente "no sabe".

De esa asimetría informativa se deriva la necesidad del consentimiento informado.

Por ello el profesional debe estar en condiciones de probar que el paciente demoró su atención, no cumplió con indicaciones o mintió sobre su cumplimiento.

La Ley de Derechos del Paciente 26.529 incorporó a los asientos obligatorios en la historia clínica: los antecedentes... fisiológicos y patológicos que incluye el inicio de los síntomas y la automedicación, si el médico lo interroga.

También la prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas... rechazadas o abandonadas.

No debe ser motivo de alarma: siempre fue necesario asentar las prescripciones, indicaciones y los incumplimientos para poder probarlos en juicio.

Y su inclusión en la historia.

No exige requisitos adicionales, como la notificación al paciente y su firma por lo que aclara como instrumentar lo que ya era obligatorio para la justicia.

Felizmente los tribunales y los peritos suelen creer lo que se asienta en la historia salvo que se contradiga con "la clínica" (el conjunto de signos y síntomas).

No es necesario llenar páginas: basta asentar la indicación y luego los incumplimientos "no cumplió la dieta", "no controló la T.A." o ante la sospecha de mentira "refiere cumplimiento de medicación PERO dudo porque..."

Cuando el profesional está convencido de que el paciente miente es recomendable asentar en la historia la manifestación del paciente y hasta hacer que la firme.

No debe temer la no confirmación de su hipótesis inicial (tenga o no fundamento científico) a lo sumo quedará asentada su duda y su celo en la atención del paciente. Recordemos que el error médico, que no causa daño, no es causa de indemnización.

Deben asentarse también la próxima consulta y la ausencia.

Para prevenir eso de "tras una consulta me dejé desamparado y sin tratamiento alguno", falsedad que vemos con frecuencia en la práctica judicial.

CONSEJOS

Utilicen su mejor herramienta preventiva: la lapicera y escriban en la historia clínica todo antecedente autolevelado y los incumplimientos.

Recuerden que es más económico perder un paciente enojado que indemnizarlo o siquiera afrontar un juicio, aunque se gane. □

SOCDUS

Odontología para Sistemas de Salud

- Respuesta integral en Odontología para Empresas de Salud.
- Seguridad, Idoneidad y Eficiencia en todos los aspectos de la actividad odontológica.
- Consultorios Propios integrados en una Red de Cobertura a nivel nacional.

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

Consultorios Propios
Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)

© 2008 Plan de Salud Argentina - todos los derechos reservados de la RED SOCDUS

Integrales e Integradas

(parte 1/3)

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



No son pocos los motivos que las personas tienen a la hora de adherir o no a un tratamiento... a veces tiene que ver con la conducta, pero la mayoría de las veces se imponen variables económicas, carencias, desconocimientos, ignorancias y hasta desprecios... desde luego, los sistemas solidarios de salud, de los que van quedando pocos, cada vez menos, esquivan, disimulan, omiten, tergiversan, manipulan, deforman indicadores que siempre reflejarán que se gastó menos, que se administró "mejor", o que la gestión superó los "objetivos", dejando fuera de la consideración al paciente en su eterna condición de doble víctima, víctima de su enfermedad, y víctima del sistema-modelo que lo reconoce a la hora de cobrar/facturar, pero que no lo hace a la hora de cubrir, mucho menos de proteger, aduciendo siempre razones de abusos... o creándolas según antojadizas visiones administrativas...

A la "hora de los pacientes"... la adherencia a los tratamientos no es un tema menor... ya que lo que no se invierte hoy... se triplicará en magnitud mañana mismo... y nadie asumirá la responsabilidad por el acto de negligencia de la "omisión"...

Una buena definición proveniente del concierto de salud español indica que: *"Las intervenciones para mejorar la adherencia son un medio para conseguir los objetivos terapéuticos con el fin último de mejorar el control de la patología y calidad de vida de los pacientes"* [Junio de 2014 - Vera Áreas del Águila. Facultativo adjunto. Hospital General Universitario Ciudad Real. El Médico Interactivo].

En tal sentido la autora hace hincapié en que:

1. La adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar los medicamentos prescritos.

Buscar atención médica, asumir que la misma es la que cada paciente entiende como apropiada/adecuada por su mejor saber y entender, conseguir la empatía puente en la relación médico-paciente, para luego alcanzar un diálogo equilibrado que conduzca a conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales de riesgo, el régimen alimentario adecuado/inadecuado y la actividad física excesiva o escasa, como algunos ejemplos de comportamientos que ayudan o alteran los órdenes terapéuticos.

En este punto, no deben perderse de vista los potenciales accesos a las terapias (medicamentos) cuyas coberturas pueden estar aceptadas, o bien estar fuera de la consideración de la cobertura, sea por razones económicas, sea por razones clínico-científicas, sea por no responder a pautas de equilibrios costo-beneficio, sea por eventuales daños potenciales que pueden derivar en situaciones indeseadas por facultativos y por los mismos pacientes... en tal sentido, las estrategias académicas del NICE-UK [<http://www.nice.org.uk/>] deben ser reconocidas como una de las más prudentes (no así las demás, que siempre se justifican a sí mismas en razones económicas, o en intereses de las partes involucradas).

2. La adherencia tienen su origen en el principio de autonomía del paciente.

En la práctica, una gran parte de los tratamientos requieren su autoadministración, quedando bajo la responsabilidad del paciente, y éste tiene autonomía para decidir si lo sigue, y derecho a que se respete su voluntad.

La adherencia requiere el compromiso del paciente, su implicación activa y voluntaria en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con un profesional de la salud. Lo que supone que el paciente, una vez informado de manera adecuada, tiene derecho a decidir no tomar su medicación o dejar de tomarla, aunque el profesional sanitario no esté de acuerdo con su decisión.

3. La adherencia es parte (clave) del modelo de atención a los pacientes pluripatológicos, un enfermo cuyo perfil es cada vez más común.

El envejecimiento está cambiando el perfil del paciente crónico ya que a su patología de base se van sumando, con el tiempo, otras patologías o comorbilidades, otros tratamientos e incluso otras enfermedades crónicas que lo convierten en un paciente que, además de pluripatológico, estará polimedicado al modo de un gabinete de química, con una limitación en las actividades de la vida diaria que lo hacen, o lo irán haciendo progresivamente dependiente.

El paciente pluripatológico requerirá atención continuada en diferentes niveles asistenciales, y en función de su deterioro funcional, también requerirá mayor soporte socio-familiar. Esta alta demanda de servicios tiene un impacto económico que pone en peligro la sostenibilidad del sistema. Sin embargo no debe perderse de vista que la atención asistencial multifacética, multidisciplinaria, convergente en opiniones especializadas, no siempre (casi nunca) es posible, transformándose en un problema "agregado" a la calidad de vida del paciente.

No debe perderse de vista que además de las

razones económicas y financieras que afectan a las coberturas solidarias, los sistemas de salud que están perdiendo sus equidades y sus capacidades funcionales, van quebrando los vínculos profesionales tanto como se lo aprecia en lo social, asumiéndose la política de las "quintas", los "nichos", donde lo individual se prioriza sobre las necesidades del conjunto, y donde las personas pasan a ser descartables según el grado de coherencia o incoherencia en la gestión.

El nuevo modelo de atención propuesto/necesario se basa en una actuación preventiva y rehabilitadora, que evite la progresión de la enfermedad crónica, en el que el paciente recibe un apoyo continuo del sistema, adaptado a sus necesidades, basado en el seguimiento del mismo y en el tratamiento integral que incluya su situación social, psicoafectiva y su contexto familiar con especial interés en el cuidador principal. Por lo tanto este modelo requiere la intervención de todos los agentes implicados en la atención al paciente conectados entre sí.

La adherencia terapéutica "cumple" con el nuevo modelo ya que:

1. El tratamiento terapéutico estará adaptado al paciente, acordándolo con él. No debe perderse de vista que el "enfermo" antes de ser tal, es "persona".
2. Se realizará un seguimiento del tratamiento, pues pretende que el paciente lo continúe en el tiempo.
3. Tendrá en cuenta aspectos no sólo relacionados con el tratamiento, la enfermedad o la asistencia sanitaria, sino factores sociales y relacionados con el propio paciente como su motivación, creencias y expectativas, integrándolos.
4. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia ejercerán una acción preventiva primaria, al detectar factores de riesgo de no adherencia, y una

prevención secundaria, cuando ya se ha producido la falta de adherencia para que prevenir su nueva aparición.

5. Requiere la colaboración no sólo del paciente sino de todo el equipo de salud.

La realidad de hoy impone otras variables ya que los pacientes están acuciados por problemas personales, familiares, laborales, sociales, que se contraponen con su condición (paciente), lo cual pone en tela de juicio tanto la intención/voluntad del paciente como el conocimiento/esfuerzo del médico y/o de los profesionales involucrados, muchas veces postergando decisiones del primero o recomendaciones de los segundos, alentando a que se produzcan situaciones indeseables que derivan en gastos mayores, rechazados por el modelo-sistema pero no contemplados por éste cuando el sentido de oportunidad indicaba su participación...

El acto médico sin la adherencia del paciente, se traduce en un vacío que afecta al modelo-sistema, aun cuando los participantes / actores pretendan ignorarlo, pateando la realidad hacia ninguna parte. (Continuará). □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2014-10-04. 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®
7 años ▶ 11 millones de lectores ▶ 155 mil documentos editados ▶ 160 millones de consultas reales ▶ 63 países registrados. (acceso libre y gratuito)

Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres.

intelexis mujer

Conduce Natalia Marquiegui y el Dr. Guillermo Capuya

Lunes 18 hs.

Un programa dónde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

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

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)

Mala praxis en procedimientos de medicina estética

La aplicación de inyecciones ilegales en glúteos es un fantasma que "enturbia" y pone en dudas al accionar de los profesionales de la cirugía estética. ¿Cómo informarse al respecto? ¿Cómo prevenir casos de mala praxis?

Si bien hoy en día muchos de los procedimientos estéticos se resuelven con aplicaciones locales, sin necesidad de llegar a la intervención quirúrgica, las sustancias que se utilizan para estas prácticas –y la combinación de productos que abarcan estos procedimientos estéticos- pueden producir alteraciones colaterales que, en ocasiones, hasta los médicos desconocen. Resulta alarmante la cantidad de denuncias en este segmento de la medicina estética, y el alto índice de problemas de máxima complejidad que se desencadenan. ¿Qué está permitido y qué no? ¿A qué se debe la ola creciente de juicios por mala praxis?

Como en todos los ámbitos de la medicina, es imprescindible la comunicación fluida entre el médico y el paciente, para aclarar y despejar dudas sobre los productos e insumos a utilizar, los resultados y las advertencias que deba señalarse en cada caso al paciente. Descartando que el médico sea idóneo y conozca al pie de la letra los materiales con los que trabaja, también es importante que el profesional estudie a fondo a su paciente y le comunique las recomendaciones y pasos a seguir de acuerdo a su estado de salud y su situación clínica al momento de la intervención.

"La práctica de inyección de materiales sintéticos y no sintéticos, degradables y no degradables, es una práctica de riesgo médico en sí misma, ya que la zona glútea está muy cargada de grasa y pequeños vasos, por lo que puede ser EMBOLIZANTE", explica la Dra. Laura Szafirstein, médica Dermatóloga, y detalla que EMBOLIZANTE es la capacidad de formar émbolo o trombo, que aunque no haya problemas de coagulación, determina que se tape un vaso, ya sea en la misma zona, o que viaje y llegue a vasos más grandes del organismo, pulmón, corazón y cerebro.

Es por este grado de complejidad que, antes de realizarse una práctica de este estilo, los pacientes deben ser estudiados muy intensamente para asegurarse de que esa persona no tiene problemas coagulatorios o alteraciones de los vasos y micro vasos, tal como sucede en los trastornos de Auto inmunidad o en las personas inmunodeficientes. Esa es la responsabilidad del médico y del paciente.

"El médico debe pedir estudios correspondientes y el paciente debe transmitir todo tipo de antecedentes personales que puedan hacer dudar al médico de realizar la práctica. Los productos que se utilizan, a veces están autorizados, sin embargo en oportunidades no se usan solos y se mezclan con otros no autorizados y aunque se cumplan todas las reglas, el paciente debe saber que pueden provocar en la región glútea reacción a cuerpo extraño", advierte la especialista y agrega que los juicios de mala praxis podrían evitarse si el médico a cargo hace firmar al paciente un CONSENTIMIENTO INFORMADO en el que se expresa todos los problemas que puedan sobrevenir a la práctica y se estudia al paciente y se sabe si es apto o no para dicha práctica.



Asimismo, para un trabajo responsable, aún cuando el profesional expone verbalmente todos los riesgos al paciente y sus allegados y aun así el paciente firmando estar en conocimiento de todos los riesgos accede a la intervención, debe asegurarse de realizarlo en un medio habilitado y autorizado por salud pública considerando el seguimiento del pos operatorio. "No alcanzan, a mi manera de ver, los recaudos para evitar inconvenientes en esta práctica", resume Szafirstein, motivo por el cual la atención, la información y la comunicación clara son las tres herramientas fundamentales que tanto el médico como el paciente necesitan manejar para prevenir situaciones extremas.

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

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



**La Calidad
es una actitud**

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

www.acudiremergencias.com.ar

