Opinión
Crear espacio fiscal para Salud
El desafío urgente en la Provincia de Buenos Aires
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León

Columna
La salud, la ciencia y la tecnología en la brecha social
Por el Dr. Ignacio Katz

Columna
Salud pública: la hora de un salto de calidad
Por el Dr. Jorge Gilardi

Médicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XVII. N° 87. Julio 2015

Nuevas tecnologías y Gasto Sanitario

GALENO

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

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583) WWW.SSSALUD.GOV.AR Ley 26.682. Solicitud inscripción N° 1265. Derechos reservados expediente 200.717/12.

cuidamos tus viajes,
cuidamos tu mundo

universal assistance

ASISTENCIA AL VIAJERO

cuidamos tu mundo

35 años

CALIDAD **ISO 9001** | UNIVERSAL-ASSISTANCE.COM

SIFEME

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

Llegamos donde estés

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

www.sifeme.com

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

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

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

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 Salud
Obra Social del Personal de la Construcción

europ assistance

DIVISIÓN SALUD

Asistencia al viajero,

nuestra especialidad es **la Salud** y **el cuidado** de las personas

Líder mundial en asistencia al viajero con especial desarrollo en el sector de la asistencia médica.

Una red sanitaria nacional e internacional, con atención y presencia medica las **24 hs**.

Soluciones llave en mano, proporcionando un **Ejecutivo de Cuentas con capacitaciones exclusivas.**

Los más importantes representantes y operadores del sector salud en todo el mundo.

Contáctanos las 24 hs., los 365 días del año.

division.salud@europ-assistance.com.ar

www.europ-assistance.com.ar

0800-333-4490

ADMIFARM
GROUP
Manteniendo lo esencial

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.

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

INNOVACION ESTRATEGIA COMPROMISO

- Administración de redes farmacéuticas
- Informes estadísticos y de consumo
- Auditoría y validación on-line de recetas
- Centro de patologías crónicas
- Trazabilidad: Auditoría y Gestión
- Management farmacéutico
- Uso racional de medicamentos
- Estudios de farmacoeconomía
- Provisión y distribución de medicamentos

AG holding · ADMIFARM · ADMIFARMA · Z.B.C · ADVANCED · Nutrar · farmamidia

Hipólito Yrigoyen 1628 - 1er Piso - C.A.B.A - C1089AAF - Tel: +54 11 4010 0200 - Fax: +54 11 4010 0250 - www.admifarmgroup.com

Prevención Salud

El bienestar se elige

Contá con una cobertura médica de primer nivel,
para maximizar tu tranquilidad y la de tu familia.

A con Copago A1 A2 A3 A4 A5 A6

Además contamos con una línea especial: PlanJoven

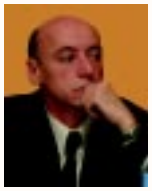
Contactate con tu Productor Asesor | Llamá al 0 810 888 0010
www.prevencionsalud.com.ar | /PrevencionSaludOficial

La empresa de medicina prepaga del GRUPO SANCOR SEGUROS

Superintendencia de Servicios de Salud | 0 800 222 SALUD (72583) | www.sssalud.gov.ar | N° de Inscripción RNEMP: 1679

SUMARIO

Médicos Medicina Global
Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:
Jorge L. Sabatini

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

Web Site:
www.revistamedicos.com.ar

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

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

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

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

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de ***Editorial Médicos S.R.L***. Marca registrada Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 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. Impresión: Adagraf Impresores S.A., Salmún Feijoo 1035 1274 - CABA. Tel.: (54-11) 4303-2007/2008.

GRAGEAS 12

LIBROS
Política sanitaria en el país de los argentinos 18

NOVEDADES
UCA - Segunda Colación de Grados Académica
Carrera de Medicina – Promoción 2015 20

VOCES
Inédito fallo de la Corte
Prestadores – médicos
Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar 22

0PINIÓN
Fundación FEMEBA: Capacitación para profesionales médicos
Por el Dr. Javier Vilosio 24

0PINIÓN
Salud pública: la hora de un salto de calidad
Por el Dr. Jorge Gilardi 26

COLUMNA
Seguridad Social e Ingresos
Por el Dr. Antonio Ángel Camerano 28

PRIMERA PLANA
Perspectiva internacional
Nuevas tecnologías y Gasto Sanitario 30

0PINIÓN
Macro-tendencias en la atención de salud corporativa en los Estados Unidos
Por el Dr. Héctor Barrios 34

0PINIÓN
Crear espacio fiscal para Salud
El desafío urgente en la Provincia de Buenos Aires
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León 36

COLUMNA
La salud, la ciencia y la tecnología en la brecha social
Por el Dr. Ignacio Katz 38

COLUMNA
El desafío central de nuestro sistema sanitario:
Gasto versus selección de prioridades en atención de la salud
Por el Dr. Sergio Horis Del Prete 40

LA MEDICINA EN EL CINE
Ricardo Gutiérrez: Un ejemplo de vida
La cuna vacía 42

COLUMNA
Virus del Herpes modificado genéticamente para tratar el cáncer de piel
Por el Dr. Enrique L. Sánchez 44

COLUMNA
Sugerencias para la defensa en casos de distocia de hombros y parálisis del plexo braquial (1era parte)
Por el Dr. Fernando G. Mariona 46

COLUMNA
El nuevo Código Civil y Comercial (3ra. parte)
Responsabilidad profesional en el arte de curar (o embellecer)
Por el Dr. Floreal López Delgado 50

0PINIÓN
El emponderamiento de pacientes y médicos
Por el Lic. Víctor N. Cerasale 52

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.

Asesoramiento y atención exclusiva para empresas.

Servicio integral de máxima calidad.

La mejor cobertura de salud con beneficios especiales.

CONTÁCTENOS Y CONOZCA NUESTRAS PROPUESTAS CORPORATIVAS.

0800 888 EMPRESA (3677)

www.sancorsalud.com.ar

SANCOR SALUD MÓVIL

SanCorSalud
LÍNEA EMPRESA

ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR: Inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) Bajo el Nº 1137 (Registro Provisorio).
Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidad de Medicina Prepaga - 0800-222-SALUD (72583) - www.ssalud.gov.ar

COLMED Celebrando un año junto a Europ Assistance División salud

Europ Assistance División Salud Argentina, celebra el primer año de relación comercial junto al Colegio Médico de San Juan (COLMED) y a la Red Argentina de Salud (RAS).

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

Agradecemos a Colmed que día a día nos confía la salud de sus afiliados a través del beneficio del Servicio de Asistencia al Viajero Nacional e Internacional.

Europ Assistance División salud y su Departamento de Atención al Cliente

Como parte de su expansión y crecimiento, Europ Assistance División Salud cuenta actualmente con un equipo de ventas y atención exclusiva de consultas para clientes de División Salud.
Este equipo está conformado por tres asesoras de Ventas (Norma Martin, Eliana Lloret y Rocío Obregón) y como Supervisora, la Sra. Verónica Storni, reportando al Gerente de División Salud Argentina, Lic. Ariel Pierini. ■

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF
Nueva imagen por los 20 años de OSPAT

Para celebrar sus 20 años de historia, OSPAT, la obra social de la Unión de Trabajadores del Turf y Afines (UTTA), lanzó una versión aniversario de su isologotipo, la cual representará a la marca durante el resto del año 2015. A través de esta nueva imagen se buscó destacar la trayectoria de dos décadas que respalda a la obra social como empresa líder en su rubro, enfatizando la calidad como uno de los valores fundamentales que orientan la gestión.
A lo largo de todos estos años OSPAT se ha caracterizado por una búsqueda permanente por garantizar los más altos estándares de calidad en atención y servicios, sin olvidar la naturaleza solidaria de sus bases.
El exitoso modelo de gestión de OSPAT es la clave que le ha permitido pasar de tan solo 300 afiliados en sus inicios, a los cerca de 300.000 que la eligen en la actualidad. Su crecimiento se sustentó en la transparencia y honestidad dentro del sistema, en la efectividad y calidad de los servicios para los beneficiarios y en la garantía de acceso a todos los trabajadores. ■

MARÍA CRISTINA GARTLAND ES LA NUEVA PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS DE BUENOS AIRES (APBA)

Fue designada recientemente como la nueva presidenta de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA) María Cristina Gartland, profesora titular de la carrera de Psicología de la Universidad Kennedy (UK) y de la Maestría en Psicoanálisis de la misma Institución.
Gartland asumirá su nuevo cargo en APBA para el para el período de 2015 a 2017, luego de ejercer la vicepresidencia de la misma institución en los últimos dos años (2013-2015).
"Aprovecho la ocasión para felicitarle, desearle muy buenos augurios en su gestión y decirle que nos sentimos orgullosos, que su trabajo siempre honra esta casa de altos estudios.", recalcó la doctora Amelia Imbriano, decana del Departamento de Psicología de la UK y directora Maestría en Psicoanálisis de la Universidad.
La nueva presidenta de APBA tiene amplia experiencia en las instituciones mentales más reconocidas de la Argentina: fue la primera Jefa de Servicio de Psicología del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda, así como también es miembro fundador y docente de la Escuela de Psicoanálisis del Centro de Investigaciones Psicológicas y Psicoanalíticas del mismo hospital.
Es magister en Psicoanálisis de la Universidad Kennedy y dicta clases como profesora titular en la carrera de Psicología desde hace más de 20 años, así como también en la Maestría en Psicoanálisis de la Universidad.
También es docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), institución de la que es licenciada en Psicología de la cohorte 1981. ■

CLÍNICA MONTE GRANDE ACREDITADA POR CENAS Y RECERTIFICADOS SUS PROCESOS POR CIDCAM

CLÍNICA MONTE GRANDE, aprobó la acreditación del CENAS (Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud) y certificó nuevos procesos ante la CIDCAM (Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica).

Este logro colectivo, es un verdadero incentivo para la política de la mejora continua fijada por la Dirección de la Clínica, de modo de elevar los estándares de atención al paciente y la seguridad del mismo y su grupo familiar.

El objetivo es seguir trabajando para sumar a las distintas áreas y equipos de trabajo con el objetivo de diferenciarse como institución del área de salud, comprometida con mejorar sus procesos y brindar un mejor servicio.

La Dirección de la Clínica, orgullosa de este nuevo logro, felicita a cada integrante del equipo, por el compromiso y esfuerzo realizado en la preparación y presentación ante las autoridades evaluadoras. ■

GRUPO OMINT

El servicio de asistencia al viajero Premium Assistance incluye entre otros: asistencia médica, legal y pérdida de equipaje en el extranjero. Beneficio sujeto a lasCondiciones Generales del servicio, las cuales se encuentran a disposición del interesado. Disponible exclusivamente para residentes argentinos.

La Fundación Universal Assistance, institución sin fines de lucro, participó a los chicos de la Obra del Padre Mario de la comedia musical "Supersaludable"

LA FUNDACIÓN UNIVERSAL ASSISTANCE JUNTO CON EL DR. PABLO CORINADELSI LLEVA UN MENSAJE SALUDABLE A LA COMUNIDAD DEL PADRE MARIO PANTALEO

Por iniciativa de la Fundación Universal Assistance (UA) en conjunto con el Dr. Pablo Corinaldesi, director del proyecto "La Receta de los Campeones", se realizó la comedia musical educativa "Supersaludable" en las instalaciones del colegio "Nuestra Señora del Hogar" perteneciente a la Obra del Padre Mario en González Catán, el lunes 8 de junio.

Allí, acompañados por la presidenta de la Fundación UA, Inés Civile, el locutor Pancho Ibáñez, vocal de la organización, el Dr. Pablo Corinaldesi, y voluntarios de la empresa Universal Assistance S.A., trescientos chicos de entre 6 y 12 años pudieron disfrutar del espectáculo que tuvo como objetivo concientizar sobre los beneficios de una alimentación sana a través de una obra teatral como recurso lúdico. Al finalizar la obra los chicos recibieron de regalo barritas de cereales, jugos de fruta y el libro "La Receta de los Campeones" donde Leo Messi, Manu Ginóbili, Magui Aicega y Felipe Contepomi nos explican sus secretos para llevar adelante una vida saludable.

Cabe destacar que, esta es una de las tantas acciones solidarias que la institución sin fines de lucro viene realizando en la sociedad en favor de los niños. ■

Para obtener más información, consultar www.fundacionua.org
Acerca de Obra del Padre Mario: https://padremario.org/
Acerca de La Receta de los Campeones: https://es-la.facebook.com/pages/La-Receta-de-los-Campeones/119328798087568
Acerca de la comedia musical Supersaludable: http://www.supersaludable.org/

LA EMPRESA MEDIFÉ FUE MULTIPREMIADA EN BARCELONA POR SU CAMPAÑA "DONÁ VIDA"

Noemí Gómez del Valle por la Agencia Comunicaciones Sudamericanas y Mario Almirón, Gerente de la Fundación Medifé.

La acción promueve la donación de células madre y se realiza en conjunto con instituciones de gran prestigio como lo son el Hospital Garrahan y el INCUCAI.

La empresa Medifé, cobertura médica nacional, recibió cuatro importantes reconocimientos en el evento "Premios Empresa Social" Edición 2015 en el marco del Publifestival, que se realiza cada año en la ciudad de Barcelona, España. La empresa argentina dedicada a la salud fue destacada por los trabajos sociales que realiza a través de la Fundación Medifé y en este caso en particular, por la campaña "Doná Vida" que busca incentivar a la gente a formar parte del Registro Nacional de Células Madre (CPH), para salvar vidas en todo el mundo.

Las distinciones fueron por Mejor RSC y Salud, Mejor Proyecto de Ayuda Humanitaria y Mejor Proyecto de Salud. A su vez, Medifé recibió un premio especial por lo que fue destacada con 4 estatuillas. En todo momento se expresó el "orgullo" y el "honor" de llevar adelante este proyecto en conjunto y en colaboración con el Hospital Garrahan y el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

La campaña "Doná Vida" se lleva a cabo una vez al año y tiene por objetivo generar la mayor cantidad de inscritos en el Registro Nacional de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH), más conocidas como Células Madre. Este tipo de células sirven para tratar enfermedades hematológicas como leucemia, linfomas, mielanomas, déficit inmunológicos, entre otras afecciones.

El registro del INCUCAI forma parte de una red internacional llamada Bone Marrow Donors Worldwide (BMDW) que busca compatibilidades en más de 50 países. Sólo un 25% de los pacientes puede encontrar compatibilidad genética dentro de su ámbito familiar, el restante 75% tiene que recurrir a un donante indirecto.

Mario Almirón, Gerente General de la Fundación Medifé es uno de los que impulsó esta campaña y fue el encargado de ir a recibir el premio: "Con un pequeño gesto solidario podemos salvar vidas en todo el mundo, por eso es necesario incrementar el número de donantes de células madre. Fundación Medifé forma parte de un grupo de empresas que brindan servicios de salud, desde el presidente del grupo hasta el último compañero que ha entrado tienen compromiso con esta acción. Donar vida es donar salud".

Por su parte, Noemi Gómez del Valle, de la agencia Comunicaciones Sudamericanas expresó "el orgullo de poder acompañar a empresas como Medifé y como la Fundación que privilegian este tipo de acciones que llegan a la comunidad y que tienen vocación solidaria".

Medifé fue la única empresa argentina, en este festival, multipremiada de manera internacional por sus acciones para la comunidad. ■

58º ANIVERSARIO IOMA: FESTEJOS E IMPORTANTES ANUNCIOS

En el acto por el 58° aniversario de IOMA el presidente del instituto, Antonio La Scaleia, anunció la apertura de la afiliación voluntaria para jóvenes de 18 a 35 años; la autorización de todas las prácticas en forma on line; la puesta en marcha del padrón en la web, el pago de la cuota afiliatoria a través de medios electrónicos y el aumento de coberturas en medicamentos, entre otras medidas que mejoran la calidad de atención al afiliado. En ese marco, se homenajeó a jubilados y a quienes cumplieron 25 años de servicio. ■

prosanity
consulting

LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD

SISTEMAS | ASESORIA LEGAL | RECURSOS HUMANOS | CAPACITACION

Nuestros mejores profesionales de cada área, al servicio de su empresa o institución de salud.

La Pampa 1517 · 2° piso C · Ciudad de Buenos Aires · Tel. 011.4783.8197 / 011.4896.2614 · www.prosanity.com.ar

SISTEMA DE MENSAJERÍA MÓVIL

Scienza Argentina incorporó el sistema de mensajería móvil para coordinar y confirmar la dispensa de los medicamentos a través de las Farmacias de Red.

Con el fin de mejorar constantemente sus servicios Scienza Argentina suma esta herramienta para brindar más seguridad, tranquilidad y confianza a los afiliados de las distintas obras sociales y empresas de medicina prepaga.

El mismo se trata de un servicio de coordinación que se envía en caso de no ubicar al paciente en su teléfono de contacto; y un servicio de confirmación una vez que el pedido ha sido remitido a la Farmacia acordada.

Esta innovación forma parte de un compromiso asumido por la empresa con el objetivo de implementar todas las herramientas necesarias para asegurar la transparencia en la distribución de medicamentos. ■

PRUDENCIA SEGUROS LANZÓ SU TERCER CONCURSO FOTOGRÁFICO

Prudencia Seguros organiza el 3er. Concurso Fotográfico Digital. Este año se ha considerado importante poder contribuir a generar conciencia en el tema ambiental con la elección del motivo del concurso "La vida humana y el cuidado ambiental".
El concurso organizado por Prudencia Seguros es auspiciado por el Foto Club Buenos Aires, la Cámara Argentina de Aseguradoras de Riesgo Ambiental (CAARA), la Asociación Argentina de Cooperativas y Mutualidades de Seguros y la Asociación Argentina de Productores Asesores de Seguros (AAPAS).
La presentación de las obras podrá efectuarse a través del sitio: www.fotoclubba.org.ar/prudencia, pudiendo también acceder a través de la página web de Prudencia Seguros: www.prudenciaseguros.com.ar , también en forma personal acercando el material a la Sede del Foto Club Buenos Aires, H. Irigoyen 834 de C.A.B.A. o en las oficinas de la Empresa en 25 de Mayo 489, Piso 6º C.A.B.A. o en cualquiera de las oficinas comerciales de todo el país más cercana a su domicilio.
El material será aceptado hasta el 26 de agosto de 2015, siendo el Juzgamiento el 16 de setiembre de 2015, notificándose al público los resultados el 25 de setiembre y realizándose la inauguración y entrega de premios el 16 de octubre de 2015 a las 18:30 hs. en la Sede Central de Prudencia Seguros. El Jurado será integrado por calificadas personalidades del ámbito fotográfico. ■

EXPOMEDICAL REUNIRÁ MAS DE 200 EXPOSITORES EN COSTA SALGUERO

ExpoMEDICAL, principal Feria del sector salud de los países sudamericanos de habla hispana, se ha consolidado como principal punto de encuentro del sector. Luego del éxito alcanzado en su última edición y gracias a la alta satisfacción de expositores y visitantes, las expectativas para este 2015 se mantienen altas.
Su especial atractivo se encuentra en su aspecto multisectorial, único en el sector. En su 13ra edición, se podrán encontrar en la exposición miles de productos y equipos médico-hospitalarios en exhibición para satisfacer la demanda desde las necesidades más básicas y económicas hasta la más alta tecnología que un Centro de Salud necesita. Este año, se espera contar con alrededor de 200 expositores, y con una convocatoria de más de 15.000 visitantes profesionales. A su vez, ya se confirmó la presencia de stands internacionales, acercando la última tecnología de los principales proveedores mundiales al país. La feria se realizará del 23 al 25 de septiembre de 2015 en los pabellones del Centro Costa Salguero, Buenos Aires, desde las 13:00 a las 20:00 hs. "Como en cada edición de la Feria, nos satisface poder contar entre nuestros expositores con empresas argentinas fabricante de equipamiento hospitalario de primer nivel, como así también acercar las últimas novedades tecnológicas que presentarán los expositores extranjeros", destacó el Lic. Francisco Labora, Director de ExpoMEDICAL. ■

ALIMENTACIÓN Y CHEQUEOS DE SALUD

La Obra Social ***andar*** continúa con su ciclo de charlas orientadas a la promoción de la salud y el cuidado de las personas. En los meses de mayo y junio se realizaron dos eventos abiertos a la comunidad en el Auditorio "Ramón Carrillo" de la sede Central.
La primera de las jornadas estuvo dedicada a la alimentación y tuvo como disertante a la Lic. Norma Cuellar. La nutricionista de la Clínica Cormillot brindó consejos prácticos y útiles para aprender a manejar la ansiedad ante la comida, y convenció al público presente que a través de pequeños pasos se pueden incorporar hábitos más saludables.
El segundo evento estuvo a cargo del Dr. Pablo Tesolin, médico de familia del Hospital Italiano, quien explicó que no todos los chequeos de salud son necesarios y detalló cuáles son aquellos que hay que hacer a cada edad ante la ausencia de síntomas y antecedentes familiares. Ambos encuentros contaron con la participación de la Dra. Juliana Mociulsky, médica endocrinóloga y jefa de diabetes de la Clínica Cormillot, y la Dra. Paola Cerdá, Auditora Médica de ***andar***. La próxima charla se llevará a cabo en el mes de setiembre.

RECONOCIMIENTO

La Obra Social ***andar*** recibió una distinción en el **Festival Verdeveras Mar del Plata** por su compromiso con el medio ambiente. El Intendente de la Ciudad, Gustavo Pulti, y el Arq. Marcelo Artime, Presidente del Enosur, hicieron entrega del reconocimiento a Andrés Rodríguez, representante de los Viajantes y responsable de las campañas de verano que ***andar*** realiza año a año en la Costa Atlántica a favor de la salud y el medio ambiente. ■

Andrés Rodríguez (Viajantes) y Marcelo Artime (Presidente Enosur).

HELIOS SALUD
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
- ✓ TEST DE VIH (HIV) GRATUITO

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

GS1 Argentina

SEDE SAN TELMO: PERÚ 1511 (C.A.B.A.)
SEDE BELGRANO: SUCRE 1525 (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

Política sanitaria en el país de los argentinos

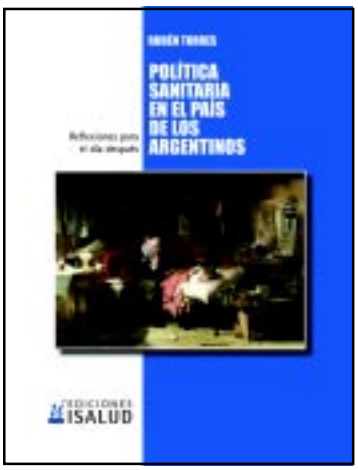
La obra del Dr. Rubén Torres es un recorrido del estado del sistema sanitario de la Argentina y una interpelación a quienes quieren participar activamente en el debate de las políticas de salud en el país. Asimismo, incluye reflexiones acerca de distintos actores que conforman el sistema y su rol en él.

"Este libro está dirigido a todos aquellos que crean que es posible lograr una mejor salud, en un país que no puede responderse por qué, teniéndolo todo, se encuentra en la situación en que está; todos los que quieran y crean que la información, el conocimiento y la discusión de las ideas (la política), son la mejor herramienta para construir una sociedad más solidaria", afirma el Dr. Rubén Torres en su nuevo libro "Política Sanitaria en el país de los Argentinos. Reflexiones para el día después".

El trabajo que fue presentado por el Dr. Ginés González García y el Dr. Aldo Neri, ex Ministros de Salud de la Nación, en la Universidad ISALUD, propone reflexiones sobre conceptos clave dentro del sistema sanitario, como ser la vinculación entre la inequidad, la educación y la pobreza con la salud y los principales problemas sanitarios; los mitos y realidades acerca de las obras sociales y medicina prepaga; argumenta la necesidad de un quiebre histórico en alusión al Pami. También define el rumbo de los hospitales; y presenta reflexiones a partir de resultados verificables de la dicotomía público-privada.

DATOS Y FRASES DESTACADOS DEL LIBRO

- ✔ El fantasma que sobrevuela al sistema argentino es la inequidad, expresada en diferencias de tiempo en el acceso, calidad en atención y resultados dispares en términos de calidad de vida y mortalidad.
- ✔ El compromiso de trabajar duramente para que seamos menos desiguales resulta un imperativo ético obligatorio. La utopía argentina supone explicar por qué algunos muy brillantes logros individuales no se trasladan a esa Argentina que parece condenada a la mediocridad, carente de proyecto de nación y de ubicación en el mundo global.
- ✔ Las políticas de redistribución resultan difíciles y costosas de instrumentar, especialmente en términos de popularidad política, por ello requieren que las políticas públicas para reorientar los recursos privados y su distribución, guarden una coherencia técnica irreprochable para hacer más consistente y transparente el mecanismo de solidaridad.



- ✔ Una extraña resignación se ha instalado entre los ciudadanos respecto de la calidad de los servicios públicos, como la educación y la salud. El ciudadano que puede se repliega cada vez más en el ámbito privado y se desentiende del público, que de todos modos financia con el pago de impuestos, y por otro, los funcionarios encargados de imponer, recaudar y administrar esos impuestos parecen admitir tácitamente que los sistemas que ellos diseñan y administran no son buenos, porque también ellos suelen elegir para sí y para sus familias los servicios privados.
- ✔ Los pobres, tienden a desaparecer de la visión pública y aprenden a ser "pacientes del Estado", sufriendo, y soportando en salas de espera y colas incómodas, demoras interminables, con ilusión primero y con impotencia después que otros tomen decisiones, que frecuentemente se traducen en una asistencia discrecional y magra.
- ✔ No ha existido ningún proceso de extensión de cobertura tan amplio como el de la incorporación de monotributistas a la seguridad social, realizado enteramente a costo del financiamiento del sistema contributivo, con absoluta ausencia de financiamiento público.
- ✔ En el tema hospitales, varias gestiones públicas se han "encantado" con el oxímoron de un fracaso atenuado, que no generará visibilidad ni reclamos por esperas prolongadas, falta de turnos, carencia en la provisión de insumos, y en definitiva quejas públicas que tuvieran impacto político, siendo más funcionales y útiles al marketing político, que a los usuarios, los pacientes y la comunidad toda.
- ✔ Hay que atender con eficiencia las necesidades comunes, y abandonar la peregrina idea de pensar que se defiende las escuelas, o los hospitales amotinándose dentro de ellos, para que nada cambie, con lo cual sólo lograremos que se imponga el mercado, al cual se dice combatir y entonces se habrá extraviado para siempre la construcción de un proyecto de vida bueno para todos.

SOBRE EL DR. RUBÉN TORRES

El Dr. Rubén Torres es médico cirujano infantil universitario, especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales, Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social, en Organización y Gestión de Instituciones de Seguridad Social y en Sociología. Ha sido Director de hospitales públicos y privados en la Provincia de Buenos Aires y en la CABA; Subsecretario de Salud de Santiago del Estero y Superintendente de Servicios de Salud de la Nación. Ha sido también representante de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud en Chile, Consultor Regional en Seguridad Social y Gerente del área de Sistemas de Salud basados en la APS de la Organización Panamericana de la Salud. Actualmente se desempeña como Rector de la Universidad ISALUD. ❑

SIEMPRE
PENSANDO EN VOS

220 | 330 | 440

www.e-galeno.com.ar

GALENO

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583) WWW.SSSALUD.GOV.AR Ley 26.682. Solicitud inscripción Nº 1285. Derechos reservados expediente 200.717/12.

UCA - Segunda Colación de Grados Académica Carrera de Medicina – Promoción 2015

El miércoles 6 de mayo de 2015 se celebró la 2ª Colación de Grados de la Carrera de Medicina, previo a la ceremonia de la entrega de diplomas se celebró la Santa Misa en Acción de Gracias para graduados y sus familias en la Iglesia Corazón de Jesús.

Luego en el Auditorio Santa Cecilia participaron de la ceremonia, el Señor Vicerrector de Asuntos Económicos Dr. Horacio Rodríguez Penelas, en representación del señor Rector quien junto al señor Decano, Dr. Miguel Ángel Schiavone y los Señores Miembros Titulares del Consejo Directivo de la Facultad, Dr. Hugo Said Alume, Dr. Daniel Cardinali, Dr. Juan Carlos Barreira, Dr. Carlos Benjamín Álvarez y, Dr. Pablo Scacchi y el Presbítero Lic. Rubén Revello, se encontraron presentes en el estrado.

Acompañaron la celebración el señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Aconcagua de la provincia de Mendoza, Dr. Ángel Pellegrino, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud UCES, Dr. Hernán Seoane, la Directora de la carrera de Medicina de la Universidad Maimónides, Dra. Marcela Barrios, las autoridades del hospital escuela, Hospital Británico de Bs.As., Dr. Ángel Yebara, Dr. Germán Suárez, Lic. Verónica Hortis de Smith; la Directora General de Docencia e Investigación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dra. Kumiko Eiguchi; la Directora del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez", Dra. Laura Cordero, el ex agregado consular de la Embajada Francesa en la Argentina, Dr. Carlos A. Riera Cervantes, la Lic. Cristina Siciliano Daverio, del Área Programática del Hospital Durand; el Director del Instituto de Espiritualidad y Acción Pastoral de la Universidad,

Se dio apertura a la celebración con la presentación de las Banderas y entonación de las estrofas del Himno Nacional, luego los alumnos de la Facultad de Artes y Ciencias Musicales, ofrecieron a la audiencia un repertorio musical.

Los egresados pidieron al Dr. Pablo Young, Coordinador del Ciclo Clínico UCA en el Hospital Británico,

que sea quien dirigiera unas palabras a ellos. En su discurso comparó la vida de un médico con un libro, siendo su etapa universitaria el prólogo, siguiendo la Residencia como su introducción, y su desarrollo con la especialización. No acabando nunca, "ya que uno es médico para toda la vida".

Seguidamente el egresado *Víctor Hugo Ballesteros*, dirigió su discurso en representación de sus compañeros, haciendo mención a los Dres. Edmundo Ashkar y Osvaldo Tiscornia, profesores que se jubilan de su carrera docente. Por tal motivo el Decano hizo entrega de un recordatorio en reconocimiento de su trayectoria docente en la Facultad.

Posterior a que el Presbítero Rubén Revello bendijera los diplomas; se procedió a tomar juramento a los Graduados, pronunciado por el Director de la Carrera, el Prof. Dr. Hugo Said Alume.

Obtuvo la MEDALLA DE ORO de la 2ª promoción de la Carrera de Medicina, la médica *Gabriela Brana* y los DIPLOMAS DE HONOR *Gabriela Brana; Micaela Iglesias; Alejandra Castrillón Vidal y María Victoria Lipera.*

Se entregaron los diplomas y medallas recordatorias a los 19 médicos egresados y el Dr. Miguel Ángel Schiavone, finalizó el acto con su discurso, haciendo referencia al paso del tiempo, los logros y los obstáculos que el grupo había asumido, felicitó a los egresados y también a los docentes no sólo por haber trasmitido conocimientos científicos sino también por complementarlos con los valores necesarios para su aplicación. Resaltó la importancia de la familia y el "acompañamiento" que tuvieron los egresados por parte de sus padres durante el trascurso de sus estudios. Recordó su paso por la materia de Demografía y Epidemiología, conservando los exámenes finales, y haciendo mención que justamente los mejores alumnos habían obtenido en esa materia las mismas calificaciones que en el promedio general de la Carrera.

Con una bendición de cierre, la entrega de un presente institucional y un brindis de honor, finalizó el Acto que convocó a sus graduados, familias, alumnos y allegados de la Facultad. ❑

Más de 300.000 beneficiarios
avalan nuestra experiencia.

0800-444-OSPe (6773)
www.ospesalud.com.ar

Casa Central
Av. Leandro N. Alem 690 1er. piso (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Superintendencia de Servicios de Salud
0800-222-SALUD (72583)

OSPe
Obra Social
de Petroleros

Inédito fallo de la Corte Prestadores – médicos

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

La Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió sendos fallos en las causas "CAIRONE, Mirta Griselda y otros c/SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES - HOSPITAL ITALIANO s/Despido" y "PASTORE, Adrián c/SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES - HOSPITAL ITALIANO", en las que rechazó las demandas iniciadas por anestesiólogos contra el Hospital Italiano, en las que pidieron el otorgamiento de una indemnización por una invocada "relación de dependencia".

Durante los últimos años, numerosos fallos judiciales reconocieron la existencia de "relación de dependencia" de distintos médicos que iniciaron acciones judiciales contra instituciones sanitarias (hospitales, sanatorios y clínicas) en las que desarrollaron su labor profesional durante una cantidad de años.

En estos casos, su actividad se encontraba regida por las instrucciones que le impartían los directivos, quienes determinaban los días, horarios y lugares donde debían desarrollarse las actividades de los médicos.

A su vez, los referidos directivos fijaban la retribución, la pagaban y establecían un régimen disciplinario especial a los médicos.

Todo ello, consideraban los jueces, constituía una relación de dependencia y, no reconocerlo, representaba un enmascaramiento de la real actividad y desempeño de los médicos, en fraude a la normativa laboral.

En el fallo "Cairone", mencionado en el primer párrafo de este artículo, la Corte Suprema se ha apartado de la doctrina tradicional referida a la protección del derecho del trabajador.

Allí, se analizó la situación de *un profesional médico anestesiólogo*, que se desempeñó por 32 años en el Hospital Italiano, a quien facturó sus intervenciones en cirugía *por vía de la «Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires»*. Cairone, a lo largo de su vida profesional (la demanda fue promovida por sus herederos) –según lo manifestado por el fallo en análisis– jamás formuló reclamo u observación a su desempeño laboral.

Los jueces Highton y Maqueda remitieron al dictamen de la Procuración General que, con claridad, detalla las características especiales de la relación del médico anestesista con el Hospital Italiano:

a) Los pagos se los efectuaba la obra social o la entidad de medicina prepaga que cubría la intervención.

b) El profesional anestesiólogo utilizaba insumos y materiales propios.

c) El médico anestesiólogo *emitía facturas que presentaba ante la "Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires"*.

Esta entidad gestionaba el cobro. Y realizaba *diversos mandatos en su nombre, propios de un trabajador independiente*, como el pago de un seguro, retenciones por ingresos brutos, por ganancias.

Además, en relación a este tipo de actividad profesional, existe un Código de Ética, de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología, el cual determina pautas claras de una autonomía profesional.

Hasta el dictado de estos dos fallos, la jurisprudencia aplicable a la materia se basaba en el antecedente "Iñón, Eduardo Alberto c/ Sociedad Italiana de Beneficencia de Buenos Aires", sentencia del día 10 de octubre de 2008, dictada por la Sala VIII de la Excma. Cámara del fuero laboral. Se trataba de un médico cirujano que desempeñaba tareas en el Hospital Italiano. A este profesional se le había admitido el reclamo por relación de dependencia.

Como dijimos en el primer párrafo, en los fallos "Cairone" y "Pastore" la Corte Suprema rechazó el reclamo de relación de dependencia que formularon sendos médicos anestesiólogos.

En los últimos años se discute en la actividad sanitaria la calificación que les corresponde al trabajo los médicos que desarrollan sus tareas en las instituciones sanitarias (relación de dependencia o profesionales independientes).

Consideramos que no puede hablarse aún de una jurisprudencia nueva en la materia, pero nos parece indudable que el dictado de estos dos fallos va a impactar sus efectos en la discusión aún no resuelta sobre este tema en la actividad sanitaria. ❑

FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Fundación H. A. Barceló
Posgrados

COMENZÁ EN EL SEGUNDO SEMESTRE TU CAPACITACIÓN

MAESTRÍA EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA

Director: Prof. Dr. Alberto Monchablon Espinoza
Vicedirector: Prof. Dr. Pablo Alejandro Palma
2 años (mensual) / RES. CONEAU: 584/09

ACTUALIZACIÓN EN IMÁGENES DEL TÓRAX

Director: Dr. Christian Silvio Rizzo
Duración: 4 meses (presencial)

CURSO DE POSGRADO DE CASOS CLINICOS PARADIGMATICOS EN GASTROENTEROLOGIA (PARTE I)

Director: Prof. Dr. Rodolfo E. Corti
Coordinadores: Prof. Dr. Ricardo Rey; Dr. Muhannad Sarem
Duración: 6 meses (presencial)

POSGRADO EN MANEJO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN ENFERMERÍA

Director: Dr. Carlos Héctor Rodríguez Monti
Duración: 4 meses (distancia)

DISCAPACIDAD Y MEDICINA. UNA MIRADA INCLUSIVA.

Director: Dr. Ricardo Berridi
Duración: 4 meses (presencial)

SEDE BUENOS AIRES

Av. Las Heras 2191
Tel./Fax: (011) 4800 0200
informesba@barcelo.edu.ar

Fundbarcelo
www.barcelo.edu.ar
fundacionbarcelo

Fundación FEMEBA: Capacitación para profesionales médicos

Por el Dr. Javier Vilosio

Coordinador Escuela de Líderes
Fundación FEMEBA

El ejercicio de la medicina implica la constante actualización de los conocimientos, las aptitudes y destrezas de los médicos, así como de su capacidad para comprender e intervenir sobre la problemática social –siempre cambiante- del contexto en el que se desempeñan.

En lo estrictamente biológico las fronteras del conocimiento se expanden aceleradamente, y ello suma nuevos dilemas vinculados a la capacidad de analizar de manera crítica la utilidad de los nuevos recursos tecnológicos y su impacto sobre la salud y la calidad de vida.

Por otra parte, los médicos también somos parte de los mecanismos determinantes del impacto económico que el sector representa para la economía de los países.

Estos dilemas éticos en la frontera del conocimiento, y en la práctica diaria, son cada vez más complejos. La utilización racional, adecuada y oportuna de las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas reclaman del médico contemporáneo capacidades que van mucho más allá de la lectura de textos, y continúan mucho después del tránsito por las aulas de la Universidad.

Esa actualización, además, deben desarrollarla los médicos sosteniendo al mismo tiempo sus actividades laborales habituales.

Tradicionalmente los profesionales de la salud nos educamos en entornos donde la asistencia, la docencia y la investigación se integran en la actividad cotidiana. Una característica distintiva de nuestra profesión.

Consciente de esta situación, la Federación Médica de Buenos Aires (FEMEBA) –que nuclea a más de 112 entidades primarias, con afiliación voluntaria y sin fines de lucro- creó a fines de los noventa la Fundación FEMEBA, con el fin de darle un marco jurídico e institucional a la actividad docente, de investigación y divulgación, dirigida a los profesionales médicos y a todos los actores vinculados a las áreas sociales y sanitarias.

Los objetivos de la Fundación se resumen en la promoción de la salud, a través de la difusión del conocimiento médico científico y su propagación, en un marco de defensa de los valores éticos en el cuidado de la salud, así como la promoción del conocimiento y cuidado del medio ambiente.

Con la experiencia que desarrolló la Fundación FEMEBA se creó el Instituto Virtual FEMEBA, una plataforma de enseñanza orientada a constituirse como una propuesta académica innovadora con el objetivo de contribuir a la formación integral de profesionales y graduados en el área de Ciencias de la Salud, desde una perspectiva humanística y social.

Desde el Instituto nos propusimos mejorar las herramientas de educación a distancia que hoy están disponibles para acercarnos a los médicos de una manera distinta, más abarcativa y adaptada a las condiciones particulares que implica la capacitación de profesionales en actividad laboral.

En el IVF vivimos cotidianamente la posibilidad de intercambiar experiencias y aprendizajes en el proceso de diseño de los equipos de trabajo dedicados a los distintos programas de capacitación que se ofrecen.

El desafío también es grande: el "entrenamiento para aprender" existe. Y, por supuesto, es imprescindible para enseñar. Por eso es para nosotros tan relevante el trabajo articulado entre pedagogos, docentes y médicos. Sabemos que el tiempo (como recurso limitado, y como experiencia vital) tiende a estereotipar nuestro *estilo cognitivo* (la forma en la que aprendemos) y este es un factor relevante a la hora de diseñar y desarrollar los programas educativos.

En el Instituto Virtual FEMEBA entendimos que la educación a distancia es una herramienta clave para la formación de los médicos. En primer lugar, por su inmediatez y omnipresencia, los contenidos están disponibles en cualquier momento del día, en cualquier lugar. Esto permite que quien tenga ganas de aprender lo haga desde su casa o en los momentos que elija. Teniendo en cuenta la carga horaria de los médicos (entre consultorio, guardias, residencia), esta alternativa es óptima.

En segundo lugar, los contenidos están actualizados de manera permanente. El médico-alumno ponderará no solamente a sus colegas-docentes sino también la bibliografía que comparten, pudiendo consultar en internet, por ejemplo.

La plataforma virtual, además, es un ámbito muy adecuado para compartir experiencias, base de la construcción colectiva del conocimiento, aun en ámbitos geográficos muy amplios.

Las tecnologías educativas actuales (campus virtuales, multimedia, bibliotecas digitales) son grandes aliadas del aprendizaje y la educación médica. La metodología que ha decidido implementarse en la Fundación FEMEBA es diversa, ya que existe un fenómeno de "saturación metodológica" que puede afectar la motivación de los estudiantes.

Existen variantes cuando se habla del aprendizaje de competencias clínicas o quirúrgicas. Para las primeras se utiliza mucho el análisis de casos, la resolución de problemas, el aprendizaje en la cabecera del paciente. Para las habilidades quirúrgicas lo mejor son los "hands on", es decir el taller, los simuladores y la realidad virtual, grandes aliados de esta última década porque agilizan la curva de aprendizaje y permiten equivocarse y aprender del error, sin riesgo.

La mayoría de estas herramientas las aplicamos en nuestros cursos y evidencian la permeabilidad que los médicos tienen con esta dinámica.

Desde el Instituto, estamos orgullosos de la oferta que vamos construyendo, articulando recursos y capacidades con otras Instituciones académicas.

La capacitación continua es imprescindible y nuestra tarea es facilitar el acceso permanente de los colegas a la misma. ❑

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 Previs Médica

SMG SEGUROS

Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar / www.smgseguros.com.ar

Salud pública: la hora de un salto de calidad

Por el Dr. Jorge Gilardi
Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

El país entra en la recta final donde se sabrá dentro de muy poco quienes estarán en condiciones de afrontar las elecciones para ocupar cargos ejecutivos y legislativos a nivel nacional.

Serán días de propuestas, promesas, críticas y debates porque la sociedad necesita saber qué proyecto pretende cada candidato.

En este sentido, desde la Asociación de Médicos Municipales ya hemos manifestado que el sistema de salud necesita: "Un salto de calidad". Y esto va más allá de los nombres y de los colores políticos; hasta acá se han hecho cosas, muchas de las cuales salieron de reclamos nuestro basados en la experiencia de conocer las entrañas del sistema de salud.

Por eso, aplaudimos las obras que se hacen, pero decimos que hay que plantear mecanismos que le den dinámica a la tarea diaria; esto es aumentar el personal, aumentar la entrega de insumos, distribución acorde a los espacios físicos. Esto es "salto de calidad". Nosotros lo venimos pidiendo desde hace mucho tiempo y creemos que es hora de que quienes lleguen a ocupar la jefatura de gobierno lo tengan muy presente.

La AMM demostró durante sus maravillosos años de existencia una dinámica coherente a través de quienes tuvieron la responsabilidad de dirigirlas. Dentro de nuestra entidad hemos dado distintos "saltos de calidad" en defensa del profesional de salud colaborando para tener un sistema cada vez mejor desde el punto de vista humano. Por eso a veces levantamos la voz para exigir los elementos necesarios para ejercer nuestro trabajo.

Hay un tema que merece ser un disparador para entender de que se trata todo esto y tiene que ver con la capacitación: Nosotros creemos que es un pilar esencial de la salud pública.

La AMM presenta algunas aristas que han sido y son de gran valor institucional para nuestros colegas. Ellos así lo demuestran, al elegir, fortalecer su capacitación y su formación profesional en nuestro Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud.

No debemos olvidar que atender nuestra formación médica es una de nuestras grandes responsabilidades, dado que la capacitación y la actualización de los profesionales es una de las mejores formas de optimizar la salud pública.

Todo aquel colega que sigue formándose se vuelve un pilar esencial del sistema público de salud. Es por eso que día a día miles de argentinos y extranjeros buscan la excelencia del recurso humano en nuestros hospitales.

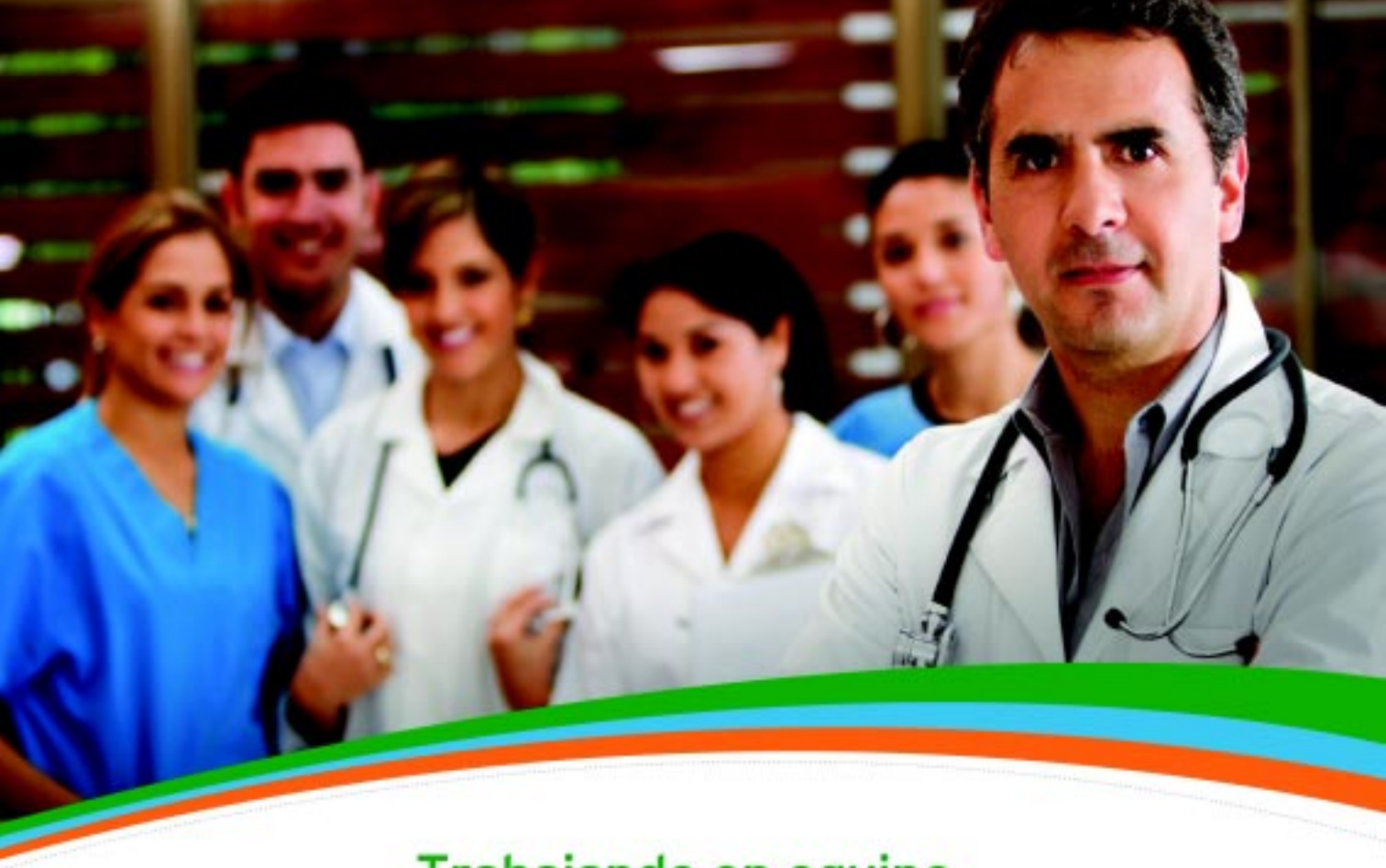
Debemos enorgullecernos de que los médicos municipales sean considerados no solo por su capacidad y calidad en la atención, sino también por el compromiso y la vocación que despliegan en la atención a los pacientes.

Hace 20 años poníamos en marcha el edificio de nuestro Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud. Resulta relevante destacar que la actualización de los profesionales que concurren a capacitarse es únicamente posible en un marco en que el instituto se ha actualizado también.

Los avances tecnológicos, al igual que los cambios en los paradigmas de la comunicación y la transmisión del conocimiento hacen que constantemente debamos someternos a dicha actualización. Desde hace varios años, desde nuestro instituto incorporamos al modo tradicional de enseñanza, los cursos virtuales, modalidad que facilita y acerca la capacitación a miles de colegas. Sumado a esa metodología, en breve incorporaremos simuladores que nos permitirán ofrecer capacitación con la más reciente tecnología disponible, algo fundamental para poder estar en el nivel de los países más avanzados en el ámbito de la formación. Todo esto demuestra que nuestra lucha gremial además de ocuparse de los salarios, las condiciones y medio ambiente de trabajo, los jubilados y las estructuras edilicias y tecnológicas, reafirma también su compromiso con la educación y la formación, a fin de poder brindarles a nuestros asociados las mejores posibilidades que existen en el sector.

El hospital es de todos; somos los médicos y el equipo de salud quienes estaremos ahí para asistir y sanar, para ayudar cuando haya vidas en riesgo, pero no para arriesgar nuestras vidas. La salud pública es de todos y es entre todos que debemos cuidarla.

Y los gobernantes deberán brindarle un salto de calidad. ❑



Trabajando en equipo,
sumamos confianza a nuestros Asegurados

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

CAUCIÓN | VIDA | ACCIDENTES PERSONALES
RESPONSABILIDAD CIVIL | PRAXIS PROFESIONAL
CAUCIÓN AMBIENTAL (SEGURO AMBIENTAL OBLIGATORIO)

YouTube f
TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

CALIFICACIÓN A
Evaluadora Latinoamericana S.A.

TPC
COMPAÑIA DE SEGUROS

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

SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN www.ssn.gob.ar - 0800-666-8400 Nº de inscripción SSN: 074

Seguridad Social e Ingresos

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

Siempre alguien paga por la atención en salud. Cuando el financiador es una Obra Social. Para poder pagar por la atención de una persona esos pagadores (financiadores) deben recibir previamente dinero que les permita afrontar tales gastos. Y acá viene el primero de los problemas. Las obras sociales, las prepagas y el propio Estado reciben ese dinero al inicio de un determinado período (a modo de simplificación, entiéndase a principios de mes), proveniente del salario de un empleado, de un pago mensual o salario diferido. *Por lo tanto, la mayor rentabilidad se proyecta antes de que los pacientes gasten para su atención en salud. Pero por el propio sistema de aportes el flujo de ingreso del dinero es progresivo.*

Hay un tercero, conocido como prestador, que es quien brinda la atención a los pacientes. Incluye al médico que realiza una consulta, al centro de imágenes que realiza tomografías, al sanatorio en el que un paciente se interna, entre otros. Pero a diferencia de los financiadores, y sin entrar en detalle sobre las diferentes modalidades de pago, los prestadores tienden a comportarse de manera similar al restaurante: cuanta más gente reciban más cobrarán por ello.

Tenemos así un actor más propenso a que se gaste para aumentar sus ingresos (el prestador) y otro que si pudiera elegir, preferiría no hacerlo para maximizar sus ganancias (el financiador). En el medio, y casi como un rehén está el ciudadano (que es un "paciente" para el prestador y un "afiliado" para el financiador) y rara vez dispone de la información adecuada para consumir bienes y servicios que maximicen su salud.

¿Cómo alinear intereses, beneficiando al paciente y al sistema de salud en su conjunto? Básicamente, con reglas claras. Teniendo en cuenta que gastar en salud es necesario (y ese gasto tiende a crecer), el objetivo debiera ser gastar bien. Y gastar bien implica hacerlo en todo lo necesario para atender los problemas de salud del paciente. Pero sólo en lo necesario.

Pacientes y prestadores deben entender que más no siempre es mejor. No siempre "hacer" (por ejemplo, "chequeos completos") es la mejor opción para encarar la atención en salud de una persona, y tampoco lo son muchas veces las nuevas técnicas o medicamentos más caros. Es cierto que no acceder a servicios de salud necesarios supone un riesgo para el paciente; pero acceder a aquellos que no necesita, también.

Son necesarias herramientas como la Medicina basada en la evidencia y la Evaluación de Tecnologías Médicas para acercarse a la verdad (verdades muchas veces transitorias) para confirmar si algo sirve para aquello que dice servir (por ejemplo, ¿una droga para bajar la presión baja efectivamente la presión?) y sólo en caso afirmativo, analizar qué ventajas supone frente a los tratamientos disponibles y si estamos en condiciones de afrontar el costo incremental que podría suponer su uso.

Volviendo a los restaurantes, los pacientes deben entender que no es suficiente justificativo comer de más en un tenedor libre por el mero hecho de haber pagado previamente por un menú amplio y a gusto del comensal. También los financiadores deben comprometerse a no limitar la "carta" y mucho menos a bajar la calidad del producto que los comensales merecen.

En definitiva, aun cuando los recursos son finitos, lograr que la salud sea rentable y de calidad requiere reglas de juego claras, que se cumplan y se hagan cumplir, y del compromiso de todos, más allá del rol circunstancial que cada uno ocupe en un determinado momento.

Un modelo de servicios que permite tener un solo interlocutor para resolver todos los temas en torno a los sistemas de información, tomando el rol de integrador de todos los otros servicios genera una integración virtual. El aumento de costos directos reales es un factor preponderante en la integración sanitaria. Los hallazgos justifican: Medidas de control y discusión mutua entre financiador y prestador. Considerar incentivos en el futuro y perfilar los centros como medida de optimización.

La gestión eficiente de la cadena de valor constituida por el sistema de contrataciones es un elemento clave que permite posicionar al financiador con ventajas competitivas para garantizar la viabilidad de largo plazo y fundamentalmente brindar excelencia prestacional a los usuarios del sistema de salud. Todo esto lleva a una discusión semántica del mal uso de las palabras (en cuanto a la terminología). Entonces si estamos midiendo las intervenciones de la calidad de vida todo aquello que le permita favorecer la independencia es valioso para el paciente. Ha sido interesante en el análisis del eje el concepto "Es muy difícil integrar lo que no se tiene por información o aprehendido". Esta expresión se la toma como una visión integradora. ❑

(*) Médico. Magister de la Universidad de Buenos Aires en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. (Título en trámite). Autor del Libro La integración entre financiadores y prestadores en el sistema de la seguridad social Argentina. Fundación Sanatorio Güemes; 1 edición (Abril 21, 2015).

PROTECCIÓN
PARA QUIENES NOS PROTEGEN

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PRAXIS MEDICA

COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros

SSN
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
www.ssn.gob.ar
0800-666-8400

Prudencia Compañía Argentina de Seguros Generales S.A. - Palacio Houlder
25 de Mayo 489, P.6 | C1002ABI | Ciudad de Buenos Aires | ARG | Tel: +5411 5235 8816
prudencia@prudenciaseguros.com.ar | www.prudenciaseguros.com.ar

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

Perspectiva internacional

Nuevas tecnologías y Gasto Sanitario

El impacto de la incorporación de la tecnología en el ámbito de la salud es una de las problemáticas más debatidas a nivel mundial. El Dr. Michael Drummond y la Dra. Beatriz González López-Valcarcel, especialistas en la materia, aportaron una visión global y reflexionaron sobre posibles modos racionales de encarar el crecimiento tecnológico.

El aumento constante de las nuevas tecnologías tiene un impacto de doble signo en el ámbito de la salud: las grandes mejoras vienen acompañadas siempre de altísimos costos. En resumidas cuentas, esa es la problemática que, ante la potenciación de la tecnología, enfrentan los sistemas de salud de todo el mundo. Para aportar una perspectiva internacional sobre el tema, en el Congreso de Salud de los Trabajadores, organizado por el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social (IISSS), estuvieron presentes el doctor Michael Drummond, especialista de la Universidad de York, y la doctora Beatriz González López-Valcarcel, catedrática de la Universidad de Las Palmas. Entre ambos, describieron y analizaron la problemática a la vez que ahondaron en las diferentes formas de hacerle frente: subrayaron la importancia de la evaluación de tecnologías sanitarias y del análisis de coste-efectividad.

APOSTAR A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

Para dar inicio a su presentación, Drummond destacó que "todos los países han enfrentado diferentes retos ante los altos costos de la nueva tecnología sanitaria". Se ha acudido, explicó a la reducción del presupuesto y también a un enfoque basado en resultados. "El problema con estas soluciones es que la desigualdad sigue en aumento". La última respuesta para hacer frente al impacto de las tecnologías es el uso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS).

Dr. Michael Drummond

Los desafíos del cambio tecnológico en salud

- Innovación constante en la industria de la salud.
- Las nuevas tecnologías pueden traer grandes mejoras en salud pero también son un mayor disparador de los costos.
- Se hace necesario un enfoque que asegure el uso apropiado de la tecnología sanitaria.

Según fue definida en 2002 por INHATA, la ETS es un campo interdisciplinario que estudia las implicaciones económicas, políticas, éticas, médicas y sociales del desarrollo de nuevas tecnologías en salud. "Es un campo que ya tiene más de treinta años de desarrollo", destacó Drummond. "Si bien existen diferentes enfoques, hay elementos que todos los sistemas de ETS tienen en común, como la conexión entre los resultados de la evaluación y la toma de decisio-

nes sobre qué tecnologías cubrir". Este desarrollo, enfatizó el doctor, resulta de suma importancia ya que implica que "los estudios de ETS ya no son meramente académicos, sino que están vinculados con la toma de decisiones".

Al exponer la distribución mundial de ETS, Drummond dejó en claro que, mientras en Europa el uso de ETS es extensivo, sobre todo en los países del norte, en América todavía es una práctica no del todo usual: sólo Brasil, Colombia, México, Canadá y algunos planes de salud de Estados Unidos contemplan este tipo de estudios. Entre las distintas entidades que, en todo el mundo, se dedican a la ETS, Drummond mencionó algunas de las más relevantes, como el PBAC, de Australia, el CADTH, de Canadá, IQWiG, de Alemania, y el NICE y el SMC, del Reino Unido.

"La ETS es la mejor respuesta ante la crisis financiera en salud", apuntó Drummond. "A diferencia de otras medidas, considera tanto los costos como los beneficios de cada tratamiento a analizar, lo que permite tomar decisiones más selectivas". "Cuando tomamos decisiones sobre la base de los estudios en ETS, podemos alentar las tecnologías con más beneficios", enfatizó el doctor.

Más adelante en su presentación, Drummond ahondó en las prácticas y principios para mejorar la ETS. Ampliar el espectro de tecnología evaluada es uno de estos principios: "No tiene sentido concentrarse solamente en la evaluación de drogas y medicamentos; para mejorar la ETS en cada país, hay que considerar cuán generales son los procesos que analiza". Inglaterra, por ejemplo, analiza todo tipo de tecnologías sanitarias.

Otra de las claves del éxito de la ETS según Drummond es establecer criterios para priorizar la cobertura de tecnologías. A su vez, los sistemas de ETS deben apostar a la calidad en el proceso de revisión y a lograr un alto nivel de compromiso de los actores involucrados. La transparencia y la comunicación de los resultados de la ETS son también importantes criterios para evaluar si un programa de ETS funciona adecuadamente.

Implementación de los resultados de la ETS. ¿Qué podemos hacer?

- Desarrollar un plan de implementación para cada programa de ETS.
- Generar más consejos sobre qué discontinuar y qué adoptar en materia de tecnología sanitaria.
- Monitorear la puesta en práctica de las guías y consejos.

Para determinar los efectos del uso de programas de ETS, Drummond analizó qué ocurre en los países que sí utilizan este tipo de prácticas. "En estos países, hay un crecimiento en el uso de esquemas de riesgos compartidos y en el uso de la economía para determinar el valor de los medicamentos y las tecnologías". Es así que surge la fórmula que compara valor con precio. Además, en los países que implementan ETS, los fabricantes de tecnología entregan más valor al sistema de salud y los estudios clínicos arrojan resul-

Dra. Beatriz González López-Valcarcel

tados cada vez más relevantes. "La tendencia es la participación temprana de los fabricantes, ya que tratan de tener una mayor coherencia para que los productos que desarrollan vayan en la línea de los programas de ETS".

Ya que la Argentina está considerando implementar programas de ETS, Drummond enfatizó que hay cuatro puntos a tener en cuenta en este sentido. En primer lugar, evaluar las capacidades de hacerlo: "La Argentina tiene la habilidad necesaria", destacó el doctor. En segundo lugar, es necesario establecer qué datos se utilizarán para los estudios de ETS: "Pueden utilizarse datos internacionales pero también van a ser necesarios datos locales". En tercer lugar, la política juega un rol importante: "Se trata de un factor a considerar individualmente en cada país, pero sí tiene que haber una decisión respecto de qué entra y qué no en el paquete sanitario". Por último, hay que considerar las estructuras y los procesos: "Hay que pensar en los métodos a utilizar para optimizar el nivel de transparencia", señaló Drummond.

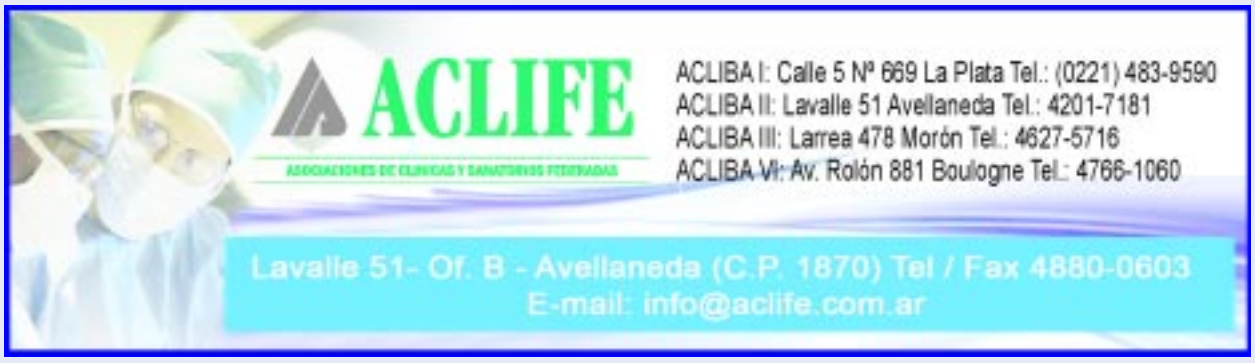
Hacia el final de su presentación, Drummond dejó un mensaje general a nuestro país, de cara a la posible implementación de programas de ETS. "Hay mucha experiencia en ETS que pueden utilizar; no están solos en este rumbo. Si surgen problemas, no se preocupen, todos tenemos inconvenientes: bienvenidos al club".

EL CAMINO HACIA LA COSTE-EFECTIVIDAD

La doctora González López-Valcarcel se propuso despejar mitos y realizó una aguda crítica con el objeto de revelar por qué el análisis de coste-efectividad es una herramienta vital para encarar el aumento de los costos de tecnología en el ámbito de la salud. "El avance de la tecnología fue el principal motor del desarrollo económico del siglo XX, destacó la doctora, pero esto tiene un precio alto: entre un tercio y la mitad del gasto sanitario se explica por el avance de la tecnología". Es que, tal como explicó González López-Valcarcel, "las nuevas tecnologías propulsan el gasto sanitario a través del precio, del número de pacientes y del número de usos". Agregó González López-Valcarcel que las nuevas tecnologías sanitarias vienen con una triple problemática asociada: "Son siempre más caras, vienen acompañadas de una extensión de las indicaciones y son acumulativas, no sustitutivas".

Otra de las problemáticas que aparecen con las crecientes tecnologías de salud es la de los precios. En este sentido, González López-Valcarcel vino a hacer una reflexión crítica y a la vez ética. A partir de la comparación de los precios del mismo medicamento en distintos países, la doctora dejó en claro que "los precios tienen que ver con el nivel de rentas de los países. La sanidad es un bien de lujo: a medida que las sociedades se vuelven más ricas dedican más porcentaje de su PBI a la salud". "La mala noticia es que más gasto no significa necesariamente mayor salud", advirtió la especialista.

¿Por qué son tan altos los costos de los nuevos medicamentos? Para González López-Valcarcel, la respuesta es clara: "porque hay gente dispuesta a pagar un precio alto, porque las empresas farmacéuticas tienen el monopolio y porque no hemos sido capaces todavía de mejorar el sistema de patentes".



Patentes, un arma de doble filo

Ventajas

- Resulta un incentivo a la investigación.

Desventajas

- Resulta en la provisión insuficiente de medicamentos para enfermedades raras y medicamentos huérfanos, sobre todo en los países de bajos ingresos.
- Impuesto ineficiente, destinado en parte a marketing.
- Patentes estratégicas y defensivas.
- Los precios de monopolista se establecen según disposición a pagar.

Alternativas al sistema de patentes

- AMC, Advance Market Commitements: los donantes se comprometen a garantizar la compra de un número mínimo de dosis a un precio determinado, para garantizar cierta tasa de rentabilidad. Las compañías se comprometen a vender a precios bajos el resto de las dosis. AMC es altamente coste-efectivo.
- PRV, Priority Review Voucher: La FDA otorga patentes en países ricos a cambio de medicamentos para enfermedades raras en países más pobres.

Todo esto, expuso la doctora, saca a la luz el lado oscuro de la industria, que va en la búsqueda de beneficios económicos sin parámetros morales. Una pregunta que está en la base de estos conflictos es cuánto sale sacar un nuevo medicamento: "El problema, justamente, es que es imposible saberla. Los estudios en esta línea no disponen de información transparente, que pueda ser reproducida por otros agentes".

El lado positivo del asunto, expuso González López-Valcarcel, es que "hemos empezado a compartir nuevos valores, como el que considera a la coste-efectividad como un servicio ético". "La coste-efectividad compara dos alternativas mirando la diferencia de costos y la diferencia de efectividad." En un contexto en el que todas las nuevas tecnologías resultan más eficientes pero, a la vez, son mucho más costosas, "el problema es cuál se va a cubrir". El análisis de coste-efectividad puede ayudar a dar una respuesta ética a esa pregunta.

Nuevos consensos sociales

- El despilfarro es inmoral.
- La equidad como valor social.
- La práctica médica es un bien público.
- En este contexto es que la coste-efectividad como criterio para la asignación de recursos se entiende como un principio moral.

"El análisis de coste-efectividad, señaló González López-Valcarcel, nunca es individual, sino que siempre es para grupos de población". Un ejemplo terminó de dejar en claro la relevancia de este tipo de análisis para la inversión sanitaria. En España, comentó la doctora, se tratan tumores con nuevos medicamentos que suman uno o dos meses de sobrevida pero que cuestan hasta treinta mil euros más. "Los recursos de los sistemas de salud son limitados y hay que elegir qué cubrir para afrontar los gastos en grupo", analizó la doctora.

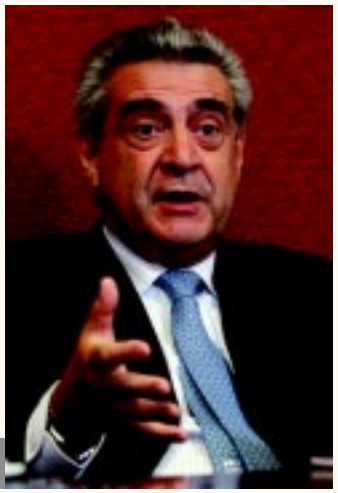
El análisis de coste-efectividad

- Se ha convertido en una profesión.
- Es un método fiable, estandarizado, de análisis y comparación de tecnologías sanitarias.
- Se utiliza para priorizar y decidir sobre financiación y cobertura.

Los beneficios del análisis de coste-efectividad no se detienen ahí. El análisis también establece criterios de equidad y garantiza que se usen correctamente los recursos públicos. Además, previene los malos usos, como la tendencia al acopio o reservas de recursos para dolencias específicas, la judicialización o la posible motivación política de la industria.

En sus conclusiones, la doctora González López-Valcarcel enfatizó la idea de que, aunque el avance de la tecnología es revolucionario, su costo pone en riesgo el funcionamiento sostenido de los sistemas de salud. Además, volvió a subrayar que el sistema de patentes, si bien genera innovación, también otorga monopolios que establecen precios obscenos. "El análisis de coste-efectividad es una herramienta vital para el establecimiento de los recursos; es un criterio de orden moral". ❑

Macro-tendencias en la atención de salud corporativa en los Estados Unidos



Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Towers Watson

Hoy analizaremos algunos cambios que se están produciendo en el mercado de salud corporativa en Estados Unidos. El análisis resulta atractivo porque, además de mostrarnos algunos cambios interesantes, también nos nuestra algunos caminos alternativos que en el futuro tal vez nos toque recorrer en nuestro país.

En efecto, en Estados Unidos se está transformando la atención de salud provista por el empleador en una convergencia de macro-tendencias que están creando importantes desafíos de planificación estratégica. Naturalmente, esta convergencia también está creando nuevas oportunidades y provocando nuevas decisiones de los empleadores y en última instancia, en sus empleados.

Si bien la reforma de salud que ha liderado la Administración Obama ha contribuido -y acelerado los cambios-, ésta es sólo una de los muchos factores que generan el rediseño de los beneficios del cuidado de la salud y de la prestación de cobertura médica de las compañías para los próximos cinco a diez años.

En última instancia, todos los empleadores tienen que alcanzar y sostener una estrategia de atención de la salud corporativa que, conforme a la definición que han hecho las organizaciones más importantes, sea alcanzable, eficiente, alineada con sus necesidades del negocio y finalmente, que entregue valor.

Y el grado de cambio, así como su velocidad, es la creación de aquello que, en el ámbito militar de los EE.UU. – en una definición atribuida al ex Secretario de Defensa Donald Rumsfeld- se define como un mundo VUCA (Volatile, Uncertain, Complex and Ambiguous) es decir, un mundo con un entorno que es volátil, incierto, complejo y ambiguo.

También a los empleadores les toca desarrollar sus estrategias de atención de la salud en su "mundo VUCA".

En el marco de esta percepción, para los empleadores que examinan los cambios en el cuidado de la salud y su evolución estratégica, es imprescindible entonces:

- Anticiparse a los temas que condicionarán el marco de actuación.
- Entender las consecuencias de las cuestiones y acciones.
- Apreciar la interdependencia de las variables.
- Prepararse para realidades alternativas y sus desafíos.
- Interpretar y abordar las oportunidades relevantes.

Una de las mayores preocupaciones de los principales actores del sector salud en los Estados Unidos –los grandes empleadores, la "industria" y el sector gobierno– es lograr el control de los costos médicos con las siguientes premisas:

- Alcanzar un manejo óptimo de las condiciones de atención.
- Los costos deben ser controlados para mejorar la salud y deben alinearse con su valor contributivo o dicho de otra manera, con los resultados que produce su inversión.

Para ello, entre otros, deben alcanzarse los siguientes objetivos:

- Involucrar a las personas sanas en la prevención.
- Influenciar a las personas en la práctica de hábitos saludables.
- Comprometer a los pacientes respecto de sus cuidados y en el compromiso con sus tratamientos.
- Alcanzar también un manejo óptimo del tratamiento de las patologías crónicas.

Naturalmente no parecen sencillos de alcanzar, pero muchos cambios que se están produciendo en distintas áreas de la medicina, de las comunicaciones y del conocimiento pueden contribuir eficazmente para ellos.

De hecho, los objetivos se ven favorecidos por la contribución generada por los desarrollos de alta tecnología, quienes están acelerando rápidamente algunos cambios, pudiendo señalarse tres desarrollos en particular:

1. Las redes de conocimiento de la era de la "computación y del conocimiento inmediato", que proveen la síntesis y el acceso al conocimiento de los últimos avances médicos.
2. La nueva velocidad que se está desarrollando la investigación y el análisis de los resultados, tales

como la tecnología que reducirá el costo de la secuenciación del genoma humano.
3. La nanotecnología que está permitiendo diagnósticos y procedimientos mínimamente invasivos.

También se están generando grandes cambios en la oferta de servicios médicos. A título de ejemplo señalemos los resultados de las mediciones realizadas recientemente por Towers Watson:

- El 66% de las empresas está haciendo foco en la construcción de un entorno de trabajo saludable.
- El 80% de las empresas piensa ofrecer servicios de Telemedicina en 2018.
- El 60% de las empresas espera estar ofreciendo en 2018 apps para los teléfonos móviles de sus empleados y así enviar mensajes sobre recomendaciones de hábitos saludables y cuidados de la salud en general (fechas de vacunaciones, chequeos, etc.).

Gracias a la explosión en las ventas de tablets y smartphones, una amplia gama de aplicaciones se están desarrollando para permitir a distancia, el monitoreo, la evaluación de los síntomas e incluso la atención y el apoyo a los pacientes.

Ésta atención va desde la "gestión" de la diabetes a la asistencia neonatal y a la evacuación de consultas a través de soluciones de telemedicina. En resumen, pronto los dispositivos móviles serán cada vez más capaces de ofrecer un "Avatar médico".

Toda esta tecnología también será fundamental para ayudar a hacer frente a la preocupación existente en los Estados Unidos acerca del insuficiente acceso a la atención sanitaria. Actualmente, la escasez en la atención primaria se estima en ese país en 16.000 médicos, pero se proyecta que el déficit crezca de 50.000 a 55.000 médicos en el año 2025.

Por lo tanto, los desarrollos tecnológicos serán utilizados también para el seguimiento virtual y para los encuentros virtuales, reduciendo así la necesidad de las visitas "cara a cara", para diagnósticos de rutina, para tratamientos y para el seguimiento de los signos vitales del paciente.

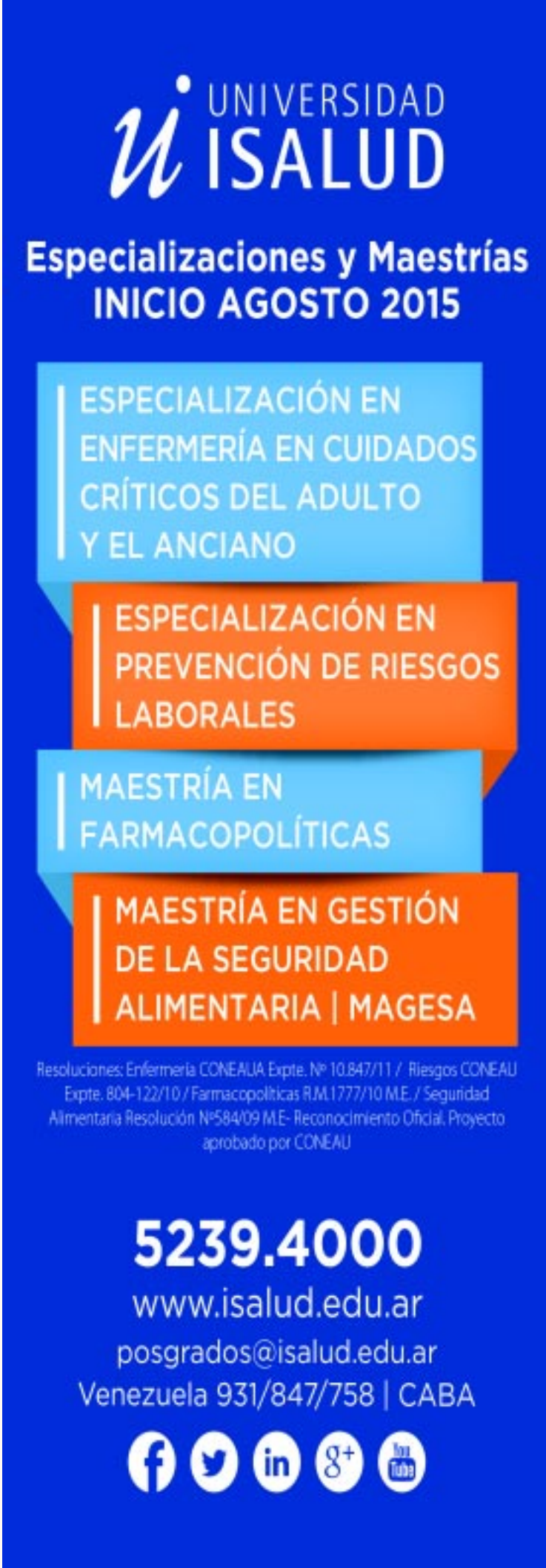
Parecería que estamos muy lejos de todo esto en la Argentina. Sin embargo deberíamos recuperar nuestra capacidad para "aggiornarnos" y también nuestra capacidad de crear.

Por supuesto que las dificultades del sector conspiran contra eso. Permítame amigo lector decirlo en lenguaje criollo: Resulta difícil plantar semillas en el jardín si se está prendiendo fuego la cocina.

Pero no tenemos mejor alternativa que crear, que como todos decimos siempre, la crisis se transforme en una oportunidad. Claro que para esto debería llevase a cabo una inversión en materia de Management y de desarrollo de nuevas tecnologías en materia de Gerenciamiento.

La consecuencia de esto será una mayor diferenciación entre los "players": proveedores de primer nivel y los de segundo nivel. Y el mercado sabrá leerlo sin duda alguna. Habrá organizaciones que piensen estratégicamente mirando al futuro y otras... que sólo mirarán el corto plazo.

Nosotros también tenemos un entorno VUCA... estamos obligados a actuar en consecuencia. ❑



Crear espacio fiscal para Salud

El desafío urgente en la Provincia de Buenos Aires

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.

El Sistema de Salud en la Provincia de Buenos Aires está sumido en una profunda crisis. Los hospitales públicos provinciales presentan gravísimos problemas de infraestructura, mantenimiento, falta de insumos básicos y escasez de recursos humanos en especialidades críticas. Los recursos humanos están en permanente conflicto. Durante el 2014 se produjeron más de 10 medidas de fuerza entre paros y movilizaciones de los gremios del sector. Los principales reclamos tienen que ver con la cuestión salarial, la inseguridad y la falta de insumos y recursos humanos. Los hechos de inseguridad en los hospitales fueron creciendo en cantidad y gravedad. Faltan medicamentos esenciales y especiales. Finalmente los resultados en términos de salud de la población tampoco son alentadores: este año no se alcanzarán las cifras que se establecen en las Metas del Milenio de una mortalidad infantil del 8,5 por mil y una materna del 15 por cien mil. Lamentablemente persiste una alta mortalidad materna e infantil por causas reducibles.

El primer problema a resolver a fin de superar esta situación es el del financiamiento del sector. Se podrá aducir que con esto sólo no alcanza y poner como ejemplo el sector educación en donde se incrementó notablemente el financiamiento en estos años sin lograr los resultados adecuados. Es cierto, el modelo de Gestión y de Atención también requieren de profundas transformaciones, pero de nada valdrá cambiar estos dos sin un financiamiento adecuado. Por eso la prioridad para el próximo gobierno en la Provincia de Buenos Aires será incrementar el espacio fiscal en salud.

EL "ESPACIO FISCAL" EN SALUD

El concepto de espacio fiscal hace referencia a la capacidad con la que cuenta un gobierno para proveer recursos de manera permanente para financiar un determinado proyecto sin afectar la sostenibilidad de mediano plazo de la posición fiscal.

Extendiendo este concepto al campo de la salud, implica evaluar si existe margen presupuestario para cerrar la brecha de financiamiento público en salud sin perjudicar la estabilidad macroeconómica del país o provincia en este caso, es decir, sin generar presiones para elevar el déficit fiscal por encima del 1% del PBI (regla fiscal).

Existe "espacio fiscal" cuando un gobierno puede aumentar el gasto sin menoscabar su solvencia fiscal. Existe "espacio macroeconómico" cuando un gobierno puede aumentar el gasto sin afectar la estabilidad macroeconómica. Puesto que para el crecimiento a largo plazo es preciso proteger la solvencia y la estabilidad, un gobierno puede incurrir en gastos públicos adicionales cuando existe espacio fiscal y espacio macroeconómico.

EL PROBLEMA DEL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

En la Provincia de Buenos Aires existe una escasa asignación presupuestaria para salud, ineficiencia en la utilización de los recursos y en la aplicación de los programas, problemas de financiamiento del IOMA y deuda acumulada con proveedores.

El presupuesto 2015 para toda la Provincia de Buenos Aires presenta un incremento del 36% respecto al del 2014. Pero para Salud este incremento fue sólo del 25% (de 13 mil doscientos millones a 15 mil seiscientos millones) En términos porcentuales disminuyó respecto al 2014 (del 6.8% del total al 6,3% para este año). Este incremento no alcanzará ni a cubrir la inflación estimada. El Ministerio de Salud ha ido perdiendo participación relativa en el total del Presupuesto Provincial, durante toda la actual gestión.

Los gastos corrientes superan significativamente las partidas que se destinan a gastos de capital. Para 2014 los gastos corrientes representaron el 86% del presupuesto del Ministerio, quedando sólo el 2% asignado a inversión y el restante 12% a transferencias.

La ineficiencia se verifica a través de la subejecución presupuestaria producto de las facultades discrecionales de las que dispone el Poder Ejecutivo Provincial para la reasignación de partidas. Los montos ejecutados en pos de la inversión en salud de la provincia, en prácticamente todos los años de la gestión actual, fueron inferiores a los montos asignados por Ley de Presupuesto a dicho objetivo. Esto fue producto de la priorización de otras áreas de gobierno.

O sea que además de ser escasa la proporción del presupuesto destinado a inversiones, éstas se sub ejecutaron. A saber: En el año 2008 se destinó a inversión por Ley de Presupuesto el 0,71% del total del Presupuesto de Salud, habiéndose ejecutado al cierre del ejercicio solo el 0,43% del total de lo gastado por el Ministerio de Salud. En el 2009 se le asignó el 3,26% y se ejecutó el 0,87%, en el 2010, se asignó el 2,66% y se ejecutó sólo el 1,01%, en el 2012, se destina a inversión 1,36% y se ejecuta el 1,11%, en el 2013 se destinó a inversión en salud el 1,87% del total del presupuesto de la jurisdicción, y se ejecutó el 0,63%. El 2011, fue el único año en el que el porcentaje ejecutado en inversión supera el presupuestado, se le destinó el 0,71% y se ejecutó el 1,75%. Esta combinación de escasa inversión e ineficiencia repercute en el estado de los hospitales en cuanto a su infraestructura y equipamiento.

De la misma manera que lo anterior, los fondos correspondientes al IOMA no son asignados en su totalidad ni en tiempo y forma, por el tesoro provincial generando problemas financieros a la Obra Social y retraso en los pagos a los proveedores, llegando algunos

casos a una demora de 6 meses lo cual produce enormes problemas en el sector privado IOMA dependiente.

Otra fuente de ineficiencia que podemos observar corresponde a la utilización de fondos provenientes de programas financiados por organismos de créditos multilaterales. Por ejemplo el programa SUMAR en la Provincia solo ha alcanzado a nominalizar el 16% de la población objetivo (444 mil sobre 2.7 millones).

CREAR ESPACIO FISCAL PARA SALUD

El primer desafío del próximo gobierno de la provincia será crear espacio fiscal para el sector salud. Una primera medida indispensable para lograr esto es la reestructuración interna del presupuesto provincial. La prioridad para la salud debe reflejarse a partir de la reasignación de partidas. Se debe realizar una reingeniería del presupuesto destinando a salud, fondos que actualmente se destinan a rubros menos prioritarios como por ejemplo el de propaganda. Se debe llevar el presupuesto de salud del 6,3% actual al 10 por ciento del presupuesto total. Esta medida de aumentar alrededor de 4 puntos el presupuesto significaría, en el presupuesto actual, una inyección de nueve mil millones de pesos para el sector público de salud.

Una segunda medida está relacionada con mejorar la eficiencia del gasto público de salud. Esto está relacionado con disminuir el gasto corriente, aumentando la inversión, ejecutar efectivamente el monto total asignado a cada partida, mejorar la performance de los programas financiados por organismos de crédito multilaterales y transferir por parte del tesoro, en tiempo y forma, la totalidad del monto correspondiente al IOMA.

Otra medida a desarrollar es la modificación del nomenclador hospitalario para la facturación a la seguridad social. Provincias como San Luis o la Ciudad de Buenos Aires han modificado por ley o decreto el nomenclador de facturación a la seguridad social llevándolo a valores más razonables que los actuales que figuran en el nomenclador de hospitales de autogestión o de gestión descentralizada. Esta medida debe acompañarse por una fuerte política de facturación y cobranza y de mejoría de los sistemas informáticos hospitalarios.

La reforma de la coparticipación en salud es una cuarta medida a tener en cuenta. Actualmente las transferencias a los municipios por este rubro se producen teniendo en cuenta algunos indicadores del sistema municipal de salud pero no son de asignación específica por lo cual muchos municipios reciben más dinero en concepto de salud de lo que invierten en su sistema sanitario. La coparticipación en salud requiere de una profunda reforma y de asignación específica para salud.

La búsqueda de inversión privada y de la posibilidad de acordar con organismos de crédito multilaterales o Fondos Internacionales específicos es una quinta medida a explorar.

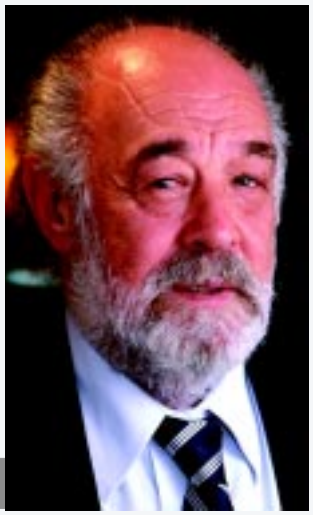
Finalmente la integración de fondos nacionales que se ejecutan en la provincia como por ejemplo los de diferentes programas nacionales que hoy financian oferta de servicios o los del Pami sería otra alternativa válida a tener en cuenta para crear mayor espacio fiscal en salud en la provincia de Buenos Aires.

En resumen, la prioridad absoluta para iniciar una recuperación del sistema de salud en la Provincia de Buenos Aires pasa por lograr un shock de financiamiento y para esto es necesario crear mayor espacio fiscal para la salud. Varias son las alternativas que se pueden implementar. Solo se requiere de la decisión política de priorizar de una buena vez a la salud. ❑

(*) Ex Subsecretario de Relaciones Institucionales e Investigación del Ministerio de Salud de la Nación (2008 – 2009)

COLUMNA

La salud, la ciencia y la tecnología en la brecha social



"En la tempestad, lo esencial es el rumbo"
Joseph Conrad

Por el Dr. Ignacio Katz

Los adelantos científicos y tecnológicos en el campo de la salud implican un desafío para la medicina, bajo la dualidad de una oportunidad y un riesgo. La oportunidad es aprovechar los avances, tanto mundiales como nacionales, para incorporarlos en un sistema productivo de salud, racional y humano; el riesgo es que la lógica propia de la tecnificación sea un agregado a la ya fragmentada y desigual estructura socio-sanitaria.

La fragmentación ha impactado desarticulando el sistema productivo de salud por efecto de las circunstancias y de las relaciones económicas puestas en juego por el mercado. Hoy por hoy ya han adquirido características de propiedades autónomas que solo pueden y deben ser rectificadas, corregidas y encausadas mediante una *planificación estratégica* que se sustente mediante un *acuerdo sanitario*.

De lo contrario, la llamada *brecha social* se transforma en una modalidad en la que domina la desigualdad y que seguirá profundizando la inequidad y la inhumanidad. En ella impera el individualismo que arrasa con el concepto de *solidaridad*, principio sostén de la atención médica. Según un estudio reciente de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), la "brecha" entre ricos y pobres se encuentra en su punto más alto, tanto en los países desarrollados como en los denominados "emergentes".

El tema exige conocimiento y racionalidad que posibiliten la comprensión sin la cual no se puede discernir, decidir y actuar a la altura de la historia contemporánea. Hoy se impone un compromiso participativo, habida cuenta que los méritos del pasado no compensan la mediocridad de la situación sanitaria presente. Aunque como todo proceso abierto, es plausible de una evolución futura positiva.

En este escenario sobresale el vínculo entre ciencia y tecnología, términos que fueron caracterizados con absoluta claridad por Ruy Pérez Tamayo cuando expresó que ciencia es *lo que hay que hacer para saber* y tecnología es *lo que hay que saber para hacer*. Donde ésta última *aumenta el desarrollo de las fuerzas productivas que a su vez modifican las relaciones de producción social*. En esto no se han visto exentos también los servicios de atención médica, que por su estrecha relación con el mercado han seguido y sufrido esta misma metamorfosis.

Aquí se encuentra el centro de la cuestión. No se ha logrado una armónica vinculación entre la producción de nuevas tecnologías y su aplicación adecuada en una distribución justa y organizada. Por el contrario, la brecha distributiva se ha potenciado en el área sanitaria. Este estado actual no solo se ha automatizado sino anarquizado, primando no la *producción de salud* y el *consumo de la asistencia médica* sino el índice de ganancia económica.

Situación que vale la pena graficar con el concepto de anomia, que no significa simplemente la ausencia de normas. El concepto fue introducido hace más de cien años por el sociólogo francés Emile Durkheim en su clásico libro *La división del trabajo social*. Se vive en estado de anomia cuando se pierde el sentido de las leyes y sus fines; es *un estado de disociación entre los objetivos de la población y su acceso efectivo*.

Pero como nos referíamos al inicio, la ciencia y tecnología también posibilita una oportunidad, por lo que este escenario no es fatal. Existen avances científicos y tecnológicos que podrían ser usufructuados al servicio de una mejora de la salud de la población en su conjunto. Por solo mencionar adelantos de científicos argentinos, investigadores de la UBA con la conducción del Dr. Pedro Cozar Camero retomaron una medicación de hace décadas contra el mal de Chagas, el nifurtimex, y lo potenciaron con el uso de la nanotecnología, logrando introducir la droga dentro de las células donde se ocultaba el parásito. Por su parte, un neuquino, Andrés Finzi, dio un gran paso para frenar el VIH, liderando un equipo de expertos en Canadá.

Como vemos, entre muchos otros casos, la ciencia, como la microbiología y la nanotecnología, está realizando avances para combatir enfermedades clave, y que cuenta con la tecnología para llevarlos a cabo, pero para que realmente estén al servicio de las mayorías, hay que torcer el rumbo de la mercantilización de la salud que achica cada vez más su campo de acción. Lo que nos lleva a señalar que el progreso técnico debería, por imperativo ético, ser acompañado por un progreso

social que tienda a la nivelación, de manera que la humanidad se haga dueña de sí misma.

Como siempre, además, se trata de diseñar un sistema integral que haga uso de estos recursos bajo una gestión adecuada. *La gestión* es la toma de decisiones responsables, debidamente formada e informada, en un marco de complejidad dinámica. Supone una planificación estratégica que contempla las múltiples dimensiones en juego (científicas, financieras, administrativas, jurídicas, burocráticas, corporativas, logísticas, territoriales, humanas, profesionales, informáticas, etc.).

Para ilustrar por el absurdo y con ejemplos concretos, observemos lo ocurrido en la localidad de Villa La Angostura en 2013, donde un grupo de mujeres tuvo que literalmente desnudarse para obtener acceso a un mamógrafo. La idea fue hacer un calendario en el cual posaban desnudas para juntar los fondos necesarios para comprarlo. Nótese, además, que no se trata precisamente de una localidad de bajos recursos. Si nos retrotraemos un poco en el tiempo, tenemos el caso de la compra también de un mamógrafo para una localidad de Río Negro de apenas 400 habitantes. La anécdota termina pareciendo un chiste, con el intendente optando por emitir un anuncio donde permutaba el aparato por una ambulancia. O bien, la falta de ambulancias de neonatología, mientras el Ministerio de Salud muestra su preocupación por el incremento en el porcentaje de partos llevados a cabo en los domicilios particulares.

Estos no son sino botones de muestra de la necesidad de construir un verdadero sistema de salud integral. Reconocemos que el sendero está minado por trampas de intereses, complicidades corruptas y no corruptas, y encrucijadas que requieren superar la comodidad de la ignorancia y aprovechar eficientemente las oportunidades que todo camino crítico posibilita. Pero, al decir de Theodor Adorno, "negar la necesidad de comprender es expulsar la comprensión misma."

El acuerdo sanitario al que nos referimos requiere además, por un lado, superar lo que Karl Krauss llamaba las falsas peticiones humanísticas: aquellas que permiten hacer retrospectivamente (en forma ilusoria) lo que no hicieron cuando hubieran debido hacerlo; y, por otro lado, la imprescindible autocrítica. No como asignación de culpas, sino como medio de perfeccionamiento y de desbrozar los caminos que conduzcan a la plena realización nacional y social, dignificando la condición humana, librándola del estigma de la postración, la pobreza y la dependencia. ❑

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).*

FACULTAD DE
Ciencias Médicas
UCA

CARRERA DE GRADO

- Medicina
- Licenciatura en Enfermería

POSGRADO

- Doctorado en Cs. Biomédicas
- Maestría en Ética Biomédica

CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN

- Cardiología
- Oncología Clínica
- Enfermedades Infecciosas
- Psiquiatría
- Medicina Legal
- Nefrología
- Microbiología Clínica
- Nutrición
- Geriatría
- Clínica Pediátrica
- Kinesiología Cardio-Respiratoria
- Medicina del Deporte
- Medicina del Trabajo
- Otorrinolaringología
- Flebología y Linfología
- Cirugía Gastroenterológica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Oftalmología Infantil
- Neurocirugía
- Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
- Implantología Oral
- Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial
- Odontología para niños y adolescentes
- Periodoncia

CURSOS DE POSGRADO

- Perfeccionamiento en Trasplantología
- Auditoría Médica
- Medicina Interna
- Actualización en Otorrinolaringología
- Curso de Gestión de Calidad en Servicios Hospitalarios Públicos y Privados
- Curso Superior de Posgrado en Diabetes y Metabolismo
- Curso de formación en Oncología Farmacológica
- Curso Universitario de Posgrado de Emergentología y Trauma
- Curso Superior de Fitofármacos y Productos Herbarios
- Diplomatura en Autismo y Síndrome de Asperger
- Curso Superior Continuado de Ortodoncia, Articulación Temporomandibular y Cirugía Ortognática
- Curso Avanzado en Microcirugía
- Curso Superior Universitario en Cirugía General
- Curso Cirugía Laparoscópica Básica
- Curso Oncología Molecular.
- Curso Universitario en Glaucoma
- Cirugía Reconstructiva con Colgajos

CURSOS DE EXTENSIÓN

- Curso de Gerenciamiento Estratégico de las Empresas de Salud

Av. Alicia Moreau de Justo 1600 PB • csmedicas@uca.edu.ar
Tel: 4349-0419/0420 • www.uca.edu.ar/medicas
Lun., Mié. y Jue. de 12 a 20 • Mar. y Vie. de 9 a 20

COLUMNA

El desafío central de nuestro sistema sanitario: Gasto versus selección de prioridades en atención de la salud

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)

La evaluación económica (EE) en salud como metodología de análisis para la toma de decisiones ha sido y continúa siendo la gran ausente sin aviso de nuestro sistema de salud. Nadie pone en duda que se trata de un poderoso instrumento técnicamente probado que posibilita dimensionar en términos comparativos el beneficio en cuanto a la efectividad de aplicar determinada intervención sanitaria en relación a cada peso adicional que se pretenda asignar a dicha actividad bajo evaluación. Pero a pesar del tiempo pasado, aún sigue siendo motivo de discusión cómo conjugar el paradigma económico con el sanitario. Otros países ya lo han salvado hace tiempo. España es un ejemplo. Hace no mucho tiempo escuche con asombro a alguien sostener que "la salud es un tema demasiado importante como para dejárselo a los economistas". También se ha escuchado decir algo similar para con los médicos. ¿A quien hay que dejarle entonces el tema? Dice Vicente Ortún que "*mejorar la sanidad no es solo cosa de buenos gestores y clínicos, sino que pasa también por mejorar la forma en la que hacemos política*". Ya decía Virchow en 1848 que "*La medina es ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala*". Pero también sostenía sabiamente que "*La libertad no es poder actuar arbitrariamente, sino la capacidad de hacerlo sensatamente*". Me pregunto. ¿Hay alguien que pueda dejar de admitir que no hay nada mejor que la Evaluación Económica en Salud para combinar y poner a ambos participantes (economistas y médicos) en su exacta dimensión, y además "en caja" respecto del gasto, su magnitud y distorsiones?.

Evaluar es dar valor moral y ético a la decisión técnica. El problema mayor en la Argentina es el impacto que la tecnología en salud tiene sobre el gasto, explícitamente como variable más importante. La adopción, utilización y variabilidad en el uso de tecnología de diagnóstico y tratamiento, de gestión y de los nuevos medicamentos, cada vez con mayor velocidad de ingreso al mercado sanitario, supone una transformación creciente de los sistemas de salud, pero también pone en situación difícil a sus finanzas. Hay que tener presente el costo de oportunidad de cada unidad monetaria invertida en mejorar la salud. En ese contexto, resulta imprescindible contar con esta herramienta ampliamente conocida y utilizada en diversos países de la región y el mundo, que ha acumulado conocimiento teórico y experiencia como para ser aplicada desde un ámbito del Estado que defina las políticas regulatorias respecto de la aprobación de nuevos equipos, fármacos o técnicas. Especialmente cuando en la gestión del cambio tecnológico en el mercado de la salud confluyen intereses de políticas de servicios de salud, de Salud Pública y de política industrial, no siempre coincidentes.

Cuestiones como la incorporación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) al Programa Nacional de Inmunizaciones, la instalación y puesta en funcionamiento de nuevo equipamiento terapéutico o de medicamentos cuyos resultados dependen de la variabilidad de la práctica médica, con alto costo y cuestionable efectividad, constituyen ejemplos que tienen como denominador común la dificultad para los financiadores de determinar si es o no deseable la erogación asociada a los supuestos beneficios esperados. Pero también es útil preguntarse si una práctica tan antigua como la episiotomía, y por cierto bastante utilizada todavía, es o no costo/efectiva. Y no he escuchado muchas reflexiones serias al respecto.

Supongamos que el país pudiera determinar un monto de recursos para financiar el cuidado de la salud de sus habitantes durante cierto lapso temporal, y que la autoridad sanitaria fuera quien distribuyera esos recursos y definiera las acciones sanitarias necesarias para alcanzar el objetivo propuesto. Y supongamos también que el costo de financiar ciertas prestaciones para alcanzar determinados niveles de salud de la población – según sus necesidades y/o demandas – superara los recursos que se dispusieron para el período en cuestión. El resultado sería una brecha que tendería a ampliarse en el tiempo, entre el significado monetario de las necesidades asistenciales crecientes, frente a la magnitud de los recursos disponibles. Obviamente habría llegado entonces el punto de inflexión de tomar decisiones respecto de incorporar o no nuevas prestaciones, lo que llevaría a la necesidad de priorizar. El beneficio o utilidad marginal de una nueva incorporación se cruzaría con el costo marginal de su financiación ¿Se puede incorporar entonces todo lo que asome en el horizonte innovador? El problema es

cómo, por qué, para qué y sobre a partir de qué bases ciertas.

Dado que el mercado sanitario no puede tener la libertad absoluta de asignar esos recursos, convendría preguntarse entonces qué criterios debería aplicar la autoridad sanitaria para regularlo, seleccionando la innovación a incorporar al financiamiento. Si bien en el tiempo ha habido respuestas para cada caso, muchas veces pragmáticas, se carece de un criterio general conocido y explícito de antemano que otorgue suficientes garantías de transparencia al proceso decisorio, más aun cuando mucha tecnología y medicamentos quedan sujetos a la judicialización y el amparo. Los gestores y los políticos pueden diseñar medidas, pero el que las implanta es el médico, y la suya es quizás la parte más difícil. Por eso, es necesario lograr que el profesional sanitario esté informado y se sienta integrado, para que se implique en la decisión y ésta sea la mejor en costos y en efectos.

Y muchas veces los efectos suelen ser los comunes a estas causas: controversia de opiniones en donde se mezclan consideraciones técnicas y políticas, "captura" de muchas decisiones regulatorias por parte de los prestadores o de la industria y una creciente demanda de la población potencialmente receptora de las nuevas intervenciones, en donde por desconocimiento lo que vale más que el juicio técnico es el juicio de valor. He aquí el nudo gordiano del problema. ¿Es la efectividad compatible con la equidad y viceversa?.

El sistema de salud está obligado a diseñar, implementar y hacer cumplir criterios de selección de eventos prioritarios para la atención de la salud de la población, que se conviertan en regla conocida, técnicamente moral y de aplicación transparente para todos los agentes del sector, incluidos los profesionales. Ahora bien ¿Existen métodos convincentes y adecuados, que puedan aportar reglas claras, trasparentes y generales para los diversos ámbitos de la actividad sanitaria? La respuesta es SI.

El problema es que existen tres cuestiones centrales que no están presentes:

a) Una razonable masa crítica de especialistas en evaluación económica con experiencia local que puedan desarrollar una adecuada curva de aprendizaje a futuro.
b) Una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías, independiente del poder regulatorio, pero que le provea del rigor técnico al proceso de toma de decisiones en materia de incorporación de tecnologías y medicamentos en el sector salud.
c) Escasa información de mínima y aceptable calidad en materia de costos, epidemiología, metaanálisis y teoría económica aplicada, condición esencial para establecer un punto de inflexión a mediano y largo plazo.

Son estas cuestiones precisamente las que podría contribuir a aportar el adecuado complemento técnico a la decisión política respecto de si corresponde o no a los financiadores cubrir los costos de determinada inversión o desarrollo innovador en cualquiera de los ámbitos, sea público o privado.

Aplicando la teoría de la relación de agencia. Si el Principal (Estado), regulador por excelencia, asumiera el compromiso de tomar decisiones a partir de objetivos sanitarios perfectamente definidos, con rigor técnico y transparencia en la información evitando su "captura" por otros principales (farmoindustria, tecnoindustria, capital privado) cuyo poder de marketing esta ampliamente demostrado, se neutralizarían debates que confunden más a la opinión pública y a los propios profesionales (los Agentes) en relación a lo que aportan en conocimiento y confianza respecto de garantizar la mejor calidad y mejor seguridad de la cobertura asistencial.

Quizás nos falte mucho por aprender en EE. Y por hacer. Pero nunca es tarde para empezar. ❑

(*) Profesor Titular – Cátedra de Análisis de Mercados de Salud Magister en Economía y Gestión de la Salud – Fundación ISALUD

CIDPEN S.R.L
Cuidados Interdisciplinarios Domiciliarios
en Pediatría y Neonatología
"En los niños con necesidades médicas complejas las internaciones prolongadas pueden evitarse"
www.cidpen.com.ar Tel: 4308-4532

Ricardo Gutiérrez: Un ejemplo de vida*

La cuna vacía

(Carlos Rinaldi - 1949)

SINOPSIS

"Biopic" del pediatra argentino Dr. Ricardo Gutiérrez.

UNA HISTORIA DE VIDA

La película, que abarca la vida de Ricardo Gutiérrez (Ángel Magaña) desde que estudiaba abogacía en la Universidad de Buenos Aires hasta la fundación del primer Hospital de Niños que lleva su nombre, se inicia con el arribo sucesivo a Buenos Aires de dos diligencias que permiten el encuentro de tres personajes: Ricardo y Eduardo Gutiérrez, con Cecilio Maciel quienes se reúnen con su amigo, Gervasio, minusválido.

Aunque sus biografías no lo marcan con precisión, el filme ubica el ingreso del Dr. Ricardo Gutiérrez a Medicina (luego de abandonar abogacía) en 1860 con 22 años. En los siguientes 30 minutos, dominan hechos previos (la exhortación del Dr. Francisco Javier Muñiz, cirujano jefe de los campamentos argentinos, a quienes parten hacia el combate); simultáneos (se hace hincapié en la atención alternada a los heridos y a los niños de la guerra – esto último no registrado taxativamente en sus biografías- y posteriores a la Guerra de la Triple Alianza (su condecoración). El resto del filme secuencia su viaje a Europa, su impulso a la fundación de un Hospital de Niños – los había sólo para adultos hasta entonces- ante las damas de beneficencia, los a la postre logrados barracones a modo de primer "hospital" y su lucha en la epidemia de cólera. En esta sucesión hay algunos desfases históricos que se han obviado a fin de salvar la linealidad del relato. Tras una escena dramática en la que Gutiérrez rescata de la muerte al hijo de Lucía y Cecilio, la película cierra con Gervasio en su silla de ruedas.

El *biopic* roza por momentos el melodrama, transita facetas históricas ciertas aunque, por momentos, no rigurosas en sentido estricto si se las coteja con su precedente reseña biográfica, presenta algunos desfases temporales y agrega amores y desamores no debidamente comprobados en la vida de Ricardo Gutiérrez. Estas licencias cinematográficas posibilitan, sí, una narración diacrónica lineal con instantes de irregular emotividad y dramatismo. Muestra buenas actuaciones del trío actoral Gutiérrez-Bianco-Caviglia y un Magaña de mayor edad que el Gutiérrez personificado en sus años mozos, El filme, a pesar de su aceptable factura, deja la impresión de que pudo haberse obtenido mejor producto final.

Finalmente, cabe tener en cuenta que la época de rodaje tornaba preciso el rescate y encomio de figuras con sensibilidad y repercusión social. Si bien cabe reconocer que no se trata de un emprendimiento propagandístico directo, corresponde señalar, asimismo, que éstos, por aquellos años, estaban focalizados cinematográficamente en documentales y noticieros.

Título: *La cuna vacía.*
País: Argentina.
Año: 1949.
Director: Carlos Rinaldi.
Música: Lucio Demare.
Fotografía: Francis Boeniger y Humberto Peruzzi.
Montaje: Vicente Rinaldi.
Guión: Florencio Escardó.
Intérpretes: Ángel Magaña (Ricardo Gutiérrez); Orestes Caviglia (Dr. Francisco Javier Muñiz); Nelly Duggan (Lucía); Hugo Pimentel (Eduardo Gutiérrez); José María Gutiérrez (Gervasio); Zoe Ducos (Carlota); Ernesto Bianco (Cecilio Maciel); Pascual Nacaratti (José María Gutiérrez), Juan Fava (capitán, Guerra de la Triple Alianza), Alberto Mendoza (médico joven en la sala de barracón inicial); Fernando Labat (compañero de Medicina); María Luisa Robledo (madre desesperada cuyo hijo es clandestinamente tratado en el Hospital de Adultos), Lucía Barausse (la madre preocupada en la escena con curandera); Ada Cornaro (en escena corta con María Luisa Robledo y Ángel Magaña); Claudio Martino (un colega médico de Gutiérrez) e Irma Roig (muchacha en el Corso de Flores –breve aparición-). Hay una lista de actores y actrices que figuran en los créditos de presentación: Ana Arneodo, María Esther Buschiazzo, Oscar Caruso, Mario Giusti, Jorge Villoldo, Nora Gálvez, Susana Campos; Pablo Cumo; Jacinta Diana; Carmen Giménez; Margarita Linton; Domingo Márquez; Carlos Rossi y los niños del Teatro Municipal Lavardén.
Por el contrario, otros que actuaron, según la bibliografía, no aparecen: Claudio Nájera, Maruja Roig, Lilian Blanco, Warly Ceriani, Marcela Sola, Marta González y Blanca Tapia. A unos y a otros no se los podido identificar entre los personajes del filme (por anónimos y/o por participación en escenas breves) pero corresponde mencionarlos.
Color: blanco y negro.
Duración: 113 minutos.
Género: "drama, biopic".
Productoras: Artistas Argentinos Asociados.
Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=xLI2mF-6SPM

Autor: José Moviola
jose.moviola@yahoo.com.ar

RICARDO GUTIÉRREZ Y LA MEDICINA

Ricardo Gutiérrez nació en Arrecifes (Provincia de Buenos Aires) el 10 de noviembre de 1838.

Sus biografías refieren su actuación durante las epidemias de cólera de 1867-1868 y de 1884 y la de fiebre amarilla de 1871, año en que fue becado por el gobierno nacional para perfeccionarse en Europa (beca firmada por el Presidente Domingo Faustino Sarmiento).

Estando en París se orientó hacia la clínica infantil, propiciando desde allí la creación de un hospital pediátrico.

No debe obviarse el rol pionero que le cupo a ese país a este respecto pues en 1802 se inauguró en la capital francesa *L'Hôpital des Enfants-Malades*, primer hospital en el mundo dedicado exclusivamente a la internación de niños.

Primitivamente, el Hospital de Niños fue fundado en el barrio de Almagro pasando al año siguiente a la calle Arenales.

El 30 de abril de 1875 se inauguró el Hospital de Niños "San Luis Gonzaga", como se lo llamó originariamente, en la calle Victoria 1179, hoy Hipólito Yrigoyen 3420. Esta sede se trató de una casa humilde y alquilada, ubicada en una zona de quintas, potreros, hornos de ladrillos, corralones y viejos caserones de la época virreinal. Se nombró como Director por tres meses al Dr. Rafael Herrera Vegas a la espera del regreso de Ricardo Gutiérrez, acontecido en agosto de ese año tras un período de perfeccionamiento en Francia. La insuficiente capacidad del Hospital forzó a su traslado el 22 de abril de 1876 a un mejor edificio ubicado en Arenales 1462.

A los primeros facultativos y practicantes: Ignacio Pirovano (Jefe del Servicio de Cirugía) y José María Ramos Mejía se incorporaron los Dres. Eduardo Holmberg en Anatomía Patológica, Mariano Bejarano en Oftalmología, Baldomero Sommer en Dermatología y Juan Pujol en Otorrinolaringología**.**

La gestión directriz de Ricardo Gutiérrez se extendió por más de dos décadas. Durante ella pudo poner en marcha, por vez primera en la Argentina, la medicina psicosomática, considerando que los juguetes en las camas de los niños coadyuvaban a su curación.

En 1886, Ricardo Gutiérrez facilitó a las damas de beneficencia la estadística del año anterior para fundamentar la necesidad de la construcción de un nuevo y amplio hospital. Tras prolongadas tramitaciones se adquirió el solar actual, se colocó la piedra fundamental en 1893 y en 1896 se inauguró el actual edificio en el Nº 1330 de la calle Gallo**.** Así, la Argentina de esos días poseyó un Hospital de Niños que constituía un orgullo de la Pe-

diatría de Sudamérica por su alta complejidad, por albergar todas las especialidades pediátricas y no descuidar la educación médica continua ni la asistencia integral del niño y su familia, objetivo primordial para la formación impartida en su ámbito.

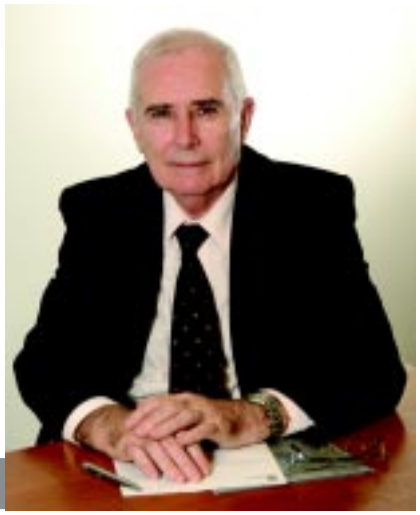
Lamentablemente, Ricardo Gutiérrez, primer especialista de Pediatría en nuestro país, no fue testigo de la inauguración pues falleció en su casa de la calle Libertad el 23 de setiembre de 1896. Al abrir sus puertas, el hospital podía internar 230 niños, atendidos por 12 médicos, 8 practicantes y 12 hermanas de la Congregación del Huerto. ❑

REFERENCIAS

1. Tarrés, MC y D'Ottavio AE: La *cuna vacía*: fragmento de vida de un luchador por la pediatría argentina. *Revista Medicos* Cine 2012; 8(4): 133-138

*** El autor agradece el valioso aporte de los Dres. María Cristina Tarrés y Alberto Enrique D' Ottavio.**

Virus del Herpes modificado genéticamente para tratar el cáncer de piel



Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)

Un tratamiento experimental empleando una cepa de virus de herpes simplex genéticamente modificada que ha demostrado ser efectiva para destruir las células del cáncer de piel y para detener el crecimiento tumoral, de acuerdo con una reciente investigación [1]. La inmunoterapia antiviral oncolítica, denominada T-VEC, fue empleada para tratar pacientes con melanoma en un estudio clínico de fase 3.

La investigación, publicada recientemente en el *Journal of Clinical Oncology* es la primera en mostrar que este tipo de aproximación inmunoterapéutica – en la cual un virus se dirige directamente a las células tumorales y activa el sistema inmune para combatir el cáncer – mejora significativamente las posibilidades en el tratamiento del cáncer de piel, especialmente los inoperables.

Este ensayo clínico fue llevado a cabo en 64 centros de investigación a nivel mundial y fue dirigido por el Institute of Cancer Research (ICR) de Londres.

En este estudio efectuado con 436 pacientes con melanoma maligno inoperable, más del 16,3% de los pacientes que recibieron talimogene laherparepvec — T-VEC – mostraron una respuesta perdurable durante seis meses, en comparación con un 2,1% de los del grupo testigo, que recibieron el tratamiento normal. Algunos de los participantes en el estudio mostraron respuestas que se extendieron más allá de los tres años.

Los pacientes con melanoma en estadio III y en estadio IV temprano que recibieron terapia con T-VEC (163 personas en total) sobrevivieron en promedio 41 meses, en comparación con una sobrevida de 21,5 meses registrados en los 66 pacientes en estadios tempranos que recibieron la inmunoterapia de control.

Los científicos diseñaron T-VEC sacando dos genes claves, que evitaban que se reprodujeran dentro de las células sanas. Por el contrario, el tratamiento detecta y ataca las células cancerosas. Más aún, el T-VEC está diseñado genéticamente para producir una molécula denominada factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF) – que activa el sistema inmune para destruir los tumores.

Los expertos en cáncer anticipan que éste podría ser el primer paso en una serie de indicaciones para estos agentes antineoplásicos para los años venideros.

"Existe un entusiasmo creciente acerca del uso de tratamientos virales, como el T-VEC, capaces de producir un ataque de doble acción – tanto matando las células directamente como dirigiendo al sistema inmune en contra de ellas, "dijo Kevin Harrington, el director del ensayo en el Reino Unido y profesor de terapias biológicas contra el cáncer, del ICR.

"Y dado que la terapia viral puede dirigirse directamente a las células cancerosas, "agregó Harrington, "tiende a tener menos secundarismos que la quimioterapia tradicional o alguna de las otras inmunoterapias nuevas.

La incidencia del cáncer de piel ha aumentado en los últimos 30 años, con más de 73.000 nuevos casos de melanoma diagnosticados en el último año y con casi 10.000 muertes, de acuerdo con la American Cancer Society.

La respuesta a T-VEC fue más marcada en pacientes con cáncer menos avanzado y en los que no habían recibido tratamiento previo, dijo Harrington. Debido a esto T-VEC tiene potencial como tratamiento de primera línea para melanomas más avanzados, de acuerdo con los investigadores.

Actualmente se están llevando a cabo otros ensayos para determinar como el T-VEC podría actuar sobre otros tipos de cáncer. "Ahora que los virus oncolíticos han demostrado un aceptable perfil riesgo/beneficio en el melanoma, este tratamiento puede ser probado contra otros tipos de cáncer en los cuales las opciones son más limitadas," dijo Howard L. Kaufman, MD, director asociado para ciencias clínicas y jefe de cirugía en el Rutgers Cancer Institute of New Jersey (EE.UU.), quien también colaboró con esta investigación. ❑

Fuente: (1) Guzowski, S. Genetically Modified Herpes Virus to Treat Skin Cancer. DDD, Wed, 05/27/2015.

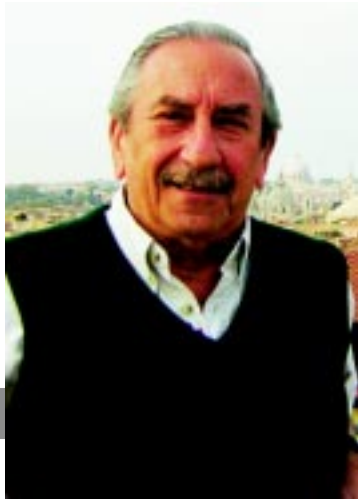
(*) Asesor farmacológico - Ex-Director Médico de Schering-Plough - Ex-Docente de FEFYN, elsanchez1211@hotmail.com

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

COLUMNA

Sugerencias para la defensa en casos de distocia de hombros y parálisis del plexo braquial (1era parte)



Por el Dr. Fernando G. Mariona
Abogado - Director de TPC
Compañía de Seguros S.A.

Entre las demandas más comunes, costosas, difíciles y complejas para defender dentro del ámbito de la responsabilidad profesional médica se encuentran los reclamos judiciales por distocia de hombros con lesiones permanentes (12 meses o más posnacimiento) del plexo braquial. El afectado será un recién nacido, infante o niño que sufrió una lesión severa que se alegará fue causada por la comisión u omisión del médico durante el parto. Las demandas generalmente incluirán a la institución donde el parto se realizó. Los representantes legales del damnificado serán los padres en representación del menor. Los progenitores reclamarán por su propio derecho respecto de daños que han sufrido como consecuencia del mencionado evento. En general esas demandas son por montos muy elevados.

La ciencia médica nos provee la siguiente información basada en evidencia.

- La distocia de hombros ocurre en el 0.2 al 3% de los partos vaginales.
- La parálisis del plexo braquial en el RN ocurre en el *1.5 por mil* de los partos vaginales.
- Parálisis del plexo braquial temporarias ocurren entre el 1 y el 17% de casos de distocia de hombros.
- El 50 al 90% de estas lesiones llegan a una completa resolución luego de un proceso de rehabilitación del que los padres son responsables de que se cumpla.
- Lesiones del sistema nervioso central del feto pueden ocurrir en el 0.5% de los casos de distocia de hombros.
- La distocia de hombros no puede ser claramente predecida o prevenida.
- El factor más relevante para considerar la posibilidad de una distocia de hombros es que la embarazada tenga historia clínica de distocia de hombros en un parto anterior.
- Cuando el obstetra hace el diagnóstico de distocia de hombros ya ha ejecutado una maniobra inicial para realizar el parto y al descubrir el evento inicia "maniobras avanzadas" para su resolución.
- Las "maniobras avanzadas" para remediar la distocia de hombros están descriptas en la literatura médico-obstétrica desde tiempo inmemorial.
- No hay ninguna maniobra obstétrica mejor que otra o cuyo orden de aplicación brinde mejores resultados clínicos finales.
- Todas las "maniobras avanzadas" descriptas y utilizadas causan de por si estiramiento adicional en el plexo braquial fetal.
- El obstetra debe dirigir su atención a la ejecución correcta de las maniobras y muy importante la descripción detallada en tiempo y espacio en la historia clínica del parto.
- El obstetra debe describir la situación y las maniobras con detalles a los miembros de la familia presentes o no en el momento del parto, y mantener su atención en los resultados en el RN en contacto diario directo con el neonatólogo-pediatra o consultores.

Esta información es importante para nosotros cuando tratamos de defender un caso de distocia de hombros acompañado por una parálisis del plexo braquial del recién nacido ya sea temporaria o permanente.

En los casos en los que el litigio se inicie (a veces años después del evento) una defensa efectiva solo puede organizarse utilizando la información *escrita* proporcionada por el obstetra y el personal envuelto y conservada en la historia clínica. La posición de los abogados actores es generalmente "si no está escrito en la historia e informado en tiempo real es porque no se hizo" "o que la distocia no fue advertida" y por consiguiente el abogado defensor queda a la merced de la decisión de terceras personas.

En estos casos, el juez deberá evaluar los argumentos de ambas partes, quienes presentarán teorías sumamente complejas sobre las causas de la lesión, una parte con el fin de imputarle responsabilidad al obstetra y/o al neonatólogo y de paso al establecimiento médico, y la otra parte tratando de demostrar el diligente cumplimiento médico dentro de la *lex artis.* También el juez deberá evaluar el dictamen médico legal del perito designado de oficio, quien no siempre será un médico legista y podrá o no ser obstetra.

El abogado defensor puede y debe objetar la intervención de "peritos" que no tienen la educación, entrenamiento y experiencia paralela al médico tratante. Es decir un oftalmólogo no debe ser permitido de proveer una opinión sobre un caso obstétrico, por más que sea médico oftalmólogo legista. El plan de estudios de la UBA para médico especialista en Medicina Legal, interpretamos que debe ser muy útil para la interpretación de las conductas humanas de los colegas, pero estamos convencidos que debe ser en cada caso dentro de la misma especialidad. Caso contrario el enfoque médico legal se transformará en un "copia y pega".

Con frecuencia vemos que últimamente el argumento legal de la parte actora se basará en un simple "*res ipsa loquitur*", la doctrina jurídica de fuente anglosajona que literalmente significa "las cosas hablan por sí mismas".

Además, existe una gran cantidad de peritos de parte actora consultados por ésta o el abogado que la represente, antes de la mediación o de la demanda que sostienen –no necesariamente obstetras - que todos los casos de lesión del plexo braquial sufridas durante un parto como consecuencia de una distocia de hombros son causados por la excesiva "tracción" ejercida por el médico, y con eso le dan a entender a los letrados de la actora que se encuentran frente a un "caso".

Lo que deberá lograr la defensa en un caso como este será entonces convencer al juez que el médico actuó adecuada y profesionalmente, como lo hubiera hecho cualquier otro profesional médico de su mismo rango y especialidad, al encontrarse con un cuadro de distocia de hombros que pudiera poner en peligro la vida del paciente.

Más aún: la defensa debe refutar la afirmación hecha por la parte actora de que toda lesión del plexo braquial sufrida durante el parto es consecuencia de un error del médico, que ejerció la tracción de manera inapropiada, entre otras críticas al accionar médico, y de acuerdo con el contenido de la documentación clínica en la que se reflejen, desde los cuidados prenatales, el trabajo de parto, parto y posparto inmediato y mediato *y toda conversación mantenida con los especialistas tratantes y la familia.*

Esa documentación debe incluir la conversación mantenida con los padres en la primera visita posparto y cuando es posible hecha delante de una tercera persona, preferiblemente personal médico en el consultorio o la clínica. Se debe preguntar a la familia y documentar cuál es el tratamiento que se sigue, ya sea quirúrgico o rehabilitación, cuál es la frecuencia de las sesiones y si los padres cumplen con ese programa. En caso de dudas el pediatra deben ser consultado y las conversaciones documentadas. Esta información es imperativa para mantener una evidencia escrita del interés del obstetra en el desarrollo de la "lesión".

Por lo tanto, uno de los aspectos principales a tener en cuenta para la defensa de estos casos es que es necesario que el juez logre hacer una distinción entre los cuidados normales (es decir, lo que hacen los obstetras bien capacitados) o "cuidado ideal", y lo que se recomienda para estos casos en los libros de texto, consensos de la especialidad, artículos médicos, doctrina y jurisprudencia. Con frecuencia, son muy diferentes.

¿CÓMO DEBERÍAN EVALUARSE LOS CASOS DE DISTOCIA DE HOMBROS?

Para quienes defendemos a los médicos y a las instituciones médicas, el primer tema a analizar en un caso de distocia de hombros es: realmente debemos dejar que este caso llegue a juicio, o deberíamos tratar de lograr un buen acuerdo en mediación o en todo caso en la audiencia del art. 360 del C.P.C. y C. (antes del dictado del auto de apertura a prueba).

Los que demandan generalmente basan su reproche en tres puntos principales, a saber:

1. Dadas las circunstancias particulares del embarazo de la paciente, en caso que así hubiera sido, el médico debería haber previsto que existía un alto riesgo de distocia de hombros y documentado ello en las fichas de los cuidados prenatales. En caso de que dicha documentación no exista, se presumirá que no existió la previsión del médico para tratar de evitar lo evitable.
2. Como el médico debería haber previsto la posibilidad de una distocia de hombros, también debería haber hablado sobre este tema con la parturienta y haberle ofrecido la posibilidad de optar por una cesárea. Se afirma que, lo más probable en estos casos, es que la paciente opte por la cesárea. De ello deberían existir registros escritos en las fichas de los cuidados prenatales y en un adecuado, específico y claro Consentimiento Informado. En caso de no poder contar con esa documentación se presumirá que dicho proceso de información no fue cumplido.
3. El simple hecho de que el recién nacido haya sufrido una distocia de hombros ya implica que el médico ha ejercido una tracción demasiado fuerte durante el parto, lo que equivale a decir que el profesional no cumplió con los estándares de cuidados adecuados, y por lo tanto provocó la lesión sufrida. Si en el partograma no existe la descripción de las dificultades y el registro de las maniobras realizadas por el médico para tratar de evitar el daño, se presumirá que más allá de la imprevisibilidad de la emergencia obstétrica, no existió una adecuada práctica médica para tratar de evitar el daño.

Claro está que el equipo de defensa del médico y de la institución, abogados y consultor médico junto con la aseguradora del profesional sólo deberían permitir llegar a juicio aquellos casos en donde no hubiera existido conducta negligente o inexperta alguna sobre los cuidados médicos usuales prestados (o desviación significativa, al menos), o aquellos otros en los que pudieran existir dudas razonables en cuanto a la relación de causalidad entre el acto médico y el daño alegado y realmente sufrido. Para ello deberían basarse ineludiblemente en la documentación clínica existente, desde las fichas de consultorio durante los cuidados prenatales, hasta la historia clínica y partograma del día del evento y la historia clínica de neonatología del posparto inmediato.

En los casos en los que la distocia de hombros y las lesiones del plexo braquial hayan ocurrido aún cuando *todos* los cuidados médicos hayan sido los adecuados, deben llevarse a juicio sin dudar. Es una mera cuestión de justicia: el profesional asegurado no cometió error alguno.

Además, al no contestar las demandas y preferir arribar a un acuerdo económico aunque el reclamo no tenga una evidencia científica seria y concluyente acerca del accionar médico, sólo se promueve con esto la presentación de más y más demandas injustificadas o simples aventuras jurídicas, como habitualmente se las define.

En los casos en los que sí hubo una desviación clara en los cuidados médicos, la mejor opción es lograr un acuerdo razonable mediante una negociación.

No debe perderse de vista que en general para la jurisprudencia nacional la falta de responsabilidad del obstetra para el período expulsivo se ha asentado por lo general, en la imprevisibilidad de la aparición de la distocia de hombros, y en que en esta hipótesis las maniobras que adopten los obstetras son necesarias para superar ese trance con lesiones relativamente menores (lesión al plexo) en comparación con otras posibilidades que pueden presentarse como la *hipoxia fetal o la muerte del niño, de la madre o de ambos.*

De manera que las estrategias previas que se deberían evaluar para poder ejercer una correcta defensa, deben ser en principio para aquellos casos en que determinados factores atribuibles a la madre, deberían ser tenidos en cuenta por el médico, para activar su conocimiento, y desarrollar y documentar prácticas médicas preventivas. ❑

RP News
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
SALUD, SEGUROS Y MEDIO AMBIENTE

Carlos y Felipe Contepomi, una familia unida por el deporte y la medicina

El Dr. Carlos Contepomi, médico traumatólogo, y su hijo Felipe Contepomi, médico deportólogo y ex jugador argentino de rugby que brilló en la selección argentina "Los Pumas", llegando a ser capitán del equipo y máximo anotador de la historia, tienen en común mucho más que el ejercicio de la medicina. Juntos crearon el Centro Médico Contepomi, especializado en medicina del deporte, traumatología y rehabilitación, desde el cual el foco profesional está puesto en la salud y la concientización de la importancia de la actividad física.

Por eso, y por haber compuesto un modelo de trabajo que une la profesión con la familia, conversamos con el Dr. Carlos Contepomi para conocer de cerca su modalidad y estructura laboral.

¿Cómo es trabajar en familia y llevar juntos adelante un Centro Médico? ¿Existe alguna complejidad especial debido a este factor particular?

El trabajo en familia significa tener bien claros cuáles son los objetivos a lograr y cuál es el mejor camino. Por nuestra experiencia, aprendimos que con diálogo, tolerancia y mucho trabajo es posible tener buenos resultados. Nada es difícil cuando la relación personal es buena y el fin es noble y ético. Hay pocas cosas más agradables que compartir la pasión entre padre e hijo. Además, manejar un Centro Médico, a diferencia de cualquier otro sector, solo es distinto por el componente profesional, donde se debe valorar los conocimientos y la experiencia de cada uno.

¿Qué códigos internos manejan como para no mezclar lo familiar con lo profesional?

Cuando la relación familiar es buena los códigos son los mismos. Respeto y trabajo a conciencia por sobre todas las cosas.

¿Cómo surgió la idea de trabajar juntos?

Hace seis años, cuando Felipe me comunicó su regreso al país para ejercer su profesión, hablamos de la posibilidad de integrar el Centro Médico Deportológico a un grupo de especialistas en Traumatología. Y enseguida nos pusimos a trabajar al respecto. En el año 2009 nació este equipo abocado al área de traumatología y rehabilitación que participan en la prevención, diagnóstico y tratamiento, de toda lesión o deformidad en el aparato musculo esquelético. El trabajo interdisciplinario nos permite efectuar las evaluaciones que llevan al deportista a llegar al máximo de su capacidad o le permiten detectar alteraciones en su organismo a fin de prevenir riesgos mayores.

¿Recuerdan algún episodio difícil o crítico que les haya tocado enfrentar en lo laboral?

El episodio no tiene nada que ver con lo familiar, pues las únicas dificultades que hemos enfrentado son financieras y las dificultades típicas de un país difícil en lo laboral.

¿Qué harían ante una situación de posible conflicto con el paciente?, ¿Cree que influye la falta de comunicación entre médico-paciente?

La comunicación médico paciente es fundamental para lograr buenos resultados, no sólo en lo que respecta a una buena relación, sino con fines de entender al paciente, ganar su confianza, llegar a un diagnóstico correcto y poder ser eficiente en su tratamiento. Todo esto evita futuros conflictos.

¿Qué opinan sobre los códigos de ética y responsabilidad profesional en la medicina?

En lo personal tengo la impresión, pero no la experiencia, de que la responsabilidad profesional en nuestro país pasa más por elementos técnicos (examen, diagnóstico o tratamientos) que por códigos de ética. En nuestra formación familiar o profesional, la ética ocupa un lugar preponderante, es una norma de vida, pero claro que todo apunta a no descuidar nunca por ello lo técnico.

Una ética que está por debajo y que sostiene, como una columna vertebral, a toda la labor de estos dos especialistas, padre e hijo, y a su equipo, sumado a una profesionalización marcada por la capacitación constante, hacen que su labor siga dando frutos y marcando precedencia.

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 Tridimensionada
- 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

TÜV CERT
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

COLUMNA

El nuevo Código Civil y Comercial

(3ra. parte)

Responsabilidad profesional en el arte de curar (o embellecer)

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

Si nos atenemos al texto, la reforma parece modificar todo el sistema.
Pero la mayor parte del nuevo articulado se limitó a incorporar principios que los tribunales aplicaban en forma unánime y por eso parecían ser parte de la legislación, aunque no lo eran.
Nos limitamos a lo que es específico de la responsabilidad profesional en general.

EL DAÑO

El Código parte del concepto de "daño causado" al que califica de "antijurídico" si no está "justificado" por una causa legal.
El primer requisito es pues la causación por el demandado salvo justificación.
Son causales de justificación:
Las que interrumpen la causalidad: acto de la víctima, de tercero, caso fortuito.
Las legales: ejercicio legal de un derecho, necesidad y legítima defensa.
Y solamente en la subjetiva: ausencia de culpa.
Los cambios son sólo aparentes: en materia de responsabilidad profesional, la teoría de las "cargas dinámicas probatorias" ya obligaban a probar todos esos elementos que siempre orillaron el difuso límite con la inversión de la carga de la prueba.

LAS DOS RESPONSABILIDADES

Objetiva

Es la que se genera por los daños causados por las cosas, si son riesgosas o viciosas, y de los dependientes o las otras personas en las que se delegue el cumplimiento de obligaciones.
La utilización de cosas "riesgosas o viciosas".
Las "riesgosas" son aquellas que son peligrosas funcionando bien y de acuerdo a su uso regular.
Seguiremos debatiendo si el quirófano es un ámbito riesgoso y debe o no responder por una infección intrahospitalaria no causada por falencias en la asepsia.
Las "viciosas" son las que tienen fallas y que por ese motivo causan daño.
Seguiremos pagando: los daños causados por el electro bisturí, el autoclave o cualquier otro instrumento descompuesto.

Subjetiva

Requieren que exista el elemento "culpa" las conocidas imprudencia o negligencia teniendo en cuenta: el estado de la ciencia médica y la información disponible en las condiciones en que la atención es prestada.
Las limitaciones en las "condiciones" son eximentes de la culpa solamente si el profesional no las podía controlar, por ejemplo si medió emergencia en la vía pública.
Por el contario si actuó en condiciones deficientes eligiendo libremente un lugar inadecuado en una cirugía programada, existirá culpa, en este caso "in eligendo".

EL DOBLE ASPECTO DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR LAS PERSONAS

La norma:

Son, en principio, subjetivas porque la responsabilidad depende de que el acto sea realizado con "culpa". Es el caso del profesional al que se le imputa haber hecho algo mal (antijurídico) debe probarse su culpa que podrá refutarse por las circunstancias.
Es el caso de los cuadros "enmascarados", que dificultan el diagnóstico, la emergencia, que no da tiempo a realizar todos los estudios previos ni a tomar las precauciones necesarias y las patologías "raras": estadísticamente infrecuentes y cuyos síntomas coinciden con otras más frecuentes.

Las excepciones:

Disocia la del profesional, que sigue siendo subjetiva.
Con la del establecimiento: las que causen las personas que están bajo la dependencia laboral de las instituciones sanitarias como el personal médico o paramédico.
Una vez determinada la culposidad de la conducta dañosa de las personas (o la promesa de resultado), la responsabilidad del principal (establecimiento o financiador) deviene en "objetiva" ya que no puede eludirla demostrando que obró con prudencia al designar al dependiente o en quien delegó el cumplimiento.
No distingue el puramente dependiente (el empleado) de aquellos en quienes delegan el cumplimiento de sus obligaciones, como un profesional ajeno al establecimiento a quien se requirió atender varios pacientes o aun uno solo.
Se cierra así el viejo debate, más bien teórico, sobre si merecían diferente tratamiento jurídico los hechos del empleado en relación de dependencia que los del profesional independiente.
El nuevo código adopta la postura de la unificación dependencia/delegación como causal de responsabilidad objetiva.

Para Mosset Iturraspe eran conceptos asimilables la dependencia laboral y la simple delegación del cumplimiento de la obligación médica aunque sea por una única vez.
Para Bueres no, y para eso desarrolló el principio del "deber tácito de seguridad" cuya interpretación extensiva causó daño a la actividad (muchas veces los principios exceden lo previsto por sus creadores).
No existen cambios de base, sólo algunas aclaraciones:
La más sana es que la actividad profesional NO es una "actividad riesgosa" por ello la prueba de la culpa sigue siendo necesaria.
Sólo pueden ser riesgosas o viciosas las cosas (instrumental sobre todo) de que se utilicen.
Aclara que la autorización administrativa, ni el cumplimiento de las medidas de prevención para el uso de la cosa riesgosa no disminuyen la responsabilidad por los daños, lo que es un tanto redundante porque si no lo fuera no sería "objetiva".
Y termina con el debate sobre la extensión de la responsabilidad no sólo al "dueño o guardián", también lo serán los que "usen, dirijan o controlen". Los cirujanos que utilicen instrumentos serán también responsables de los daños que causen aunque el propietario sea el sanatorio.

LOS FACTORES DE ATRIBUCIÓN

Mantiene los tradicionales

La omisión de la "diligencia debida" de acuerdo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.
La imprudencia, negligencia y la impericia y el aumento de la diligencia exigible cuanto mayor es el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento.
Y el dolo. Cuya prueba seguirá a cargo de quien la alegue.
Esto significa que sigue en cabeza del paciente probar la culpa salvo presunciones.
Cuando se impute la causación a un tercero, o a la patología previa del paciente, la prueba está a cargo del profesional.

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Pese a ser la más frecuente causa de juicios de daños, después de los accidentes de tránsito, merece un solo artículo, el 1.768. Que remite a las obligaciones de "hacer".
Mantiene las distinciones que la jurisprudencia había establecido.
En medicina "terapéutica": en principio no garantiza el resultado sino la actividad diligente (sin imprudencia ni negligencia) ajustada a lo que la ciencia médica considera correcto en el momento de su realización, con independencia del éxito.
La conocida obligación "de medios".
En ciertas especialidades:
Procurar al paciente cierto resultado concreto, con cierta independencia de su eficacia.
Si bien el Código no lo aclara, seguramente será juzgada a partir de la información suministrada previamente (el consentimiento informado) o lo que es de público y notorio conocimiento (aquello que todos conocen).
La obligación de "medios aumentada" o "de resultado moderada".
Y para otras especialidades o prácticas:
La obtención de aquello que fue acordado, sin eximentes, salvo la ruptura del nexo causal, que en rigor de verdad no es un eximente sino un prerrequisito porque faltaría el daño" causado".
La "obligación de resultado".

UNA "SEMI" NOVEDAD: LA PRUEBA

Establece como principio el tradicional "onus probandi incumbit actor" que en castellano significa: "la carga de la prueba se encuentra a cargo de quien alega" (el hecho o la ciencia) en la práctica que es el paciente quien debe probar, en principio, la culpa del profesional y éste los factores eximentes, salvo presunción legal.
Pero a continuación faculta al juez a "distribuir la carga de la prueba de la culpa o de haber actuado con la diligencia debida, ponderando cual de las partes se halla en mejor condición de aportarla…".
El tradicional principio de las "cargas dinámicas probatorias".
Con un pequeño agregado meramente facultativo: el juez podrá (si lo considera pertinente) comunicar a las partes que aplicará el principio. La condicionalidad de la comunicación desdibuja el principio ya que bien puede no hacerlo y al momento de sentenciar aplicarlo, tal como ocurre actualmente.

¿CÓMO SE APLICARÁ EL NUEVO CÓDIGO?

El derecho es "lo que los jueces dicen que es".
En lenguaje común significa que si el derecho se modifica en forma no substancial son los tribunales los que deciden en qué medida y plazo son aplicados esos cambios.
Y como no advertimos cambios fundamentales, auguramos que las modificaciones, por su sutileza tardarán un tiempo en afectar las sentencias.
Mientras tanto, casi todo, seguirá como viene ocurriendo.

¿QUÉ ES LO MODIFICADO DE APLICACIÓN INMEDIATA AL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL?

La identificación del "dueño o guardián", con quienes "usen, dirijan o controlen" las cosas riesgosas o viciosas, malas noticias para los cirujanos.
El plazo de prescripción de tres años del que hablamos en el número anterior, muy positivo para el sector.

VENTAJAS

El derecho tiende a proteger al más débil en forma creciente.
El principio es correcto pero, el ser humano (débil o poderoso) tiende a abusar de los derechos que la ley le confiere. Un buen ejemplo lo tenemos en el derecho del trabajo: todos sus principios son positivos, lo que no impide que el sector sufra, casi a diario de demandas en las que se reclaman remuneraciones, diferencias salariales, multas y otros rubros falseando la realidad y mal usando de las presunciones favorables creadas por la ley.
En responsabilidad médica existía la tendencia a declarar a la actividad profesional (no al instrumental) como "riesgosa", a aplicar las presunciones de la ley de defensa del consumidor contra los profesionales y establecimientos que de haber predominado hubiera traído nefastas consecuencias.
Por eso alegrémonos de lo que NO fue cambiado.
En el próximo número abordaremos el daño resarcible y quiénes pueden reclamarlos.
En ese rubro las noticias no serán tan auspiciosas. ❑

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

El emponderamiento de pacientes y médicos

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

El derecho a la salud de las personas, además de ser una parte fundamental de los derechos humanos, lo son de los derechos ciudadanos, formando parte de numerosas declaraciones de instituciones de orden global, que contrariamente a lo que podría suponerse, en vez de instalarse como criterios socio-políticos, vienen involucionando en el orden mundial donde se declama una cosa pero se hace exactamente lo contrario.

Éticamente, o si se quiere bioéticamente, el derecho a la salud de las personas se vincula directamente con aquello que entendemos y aceptamos como una vida "digna".

El objetivo básico de la protección jurídica y de la salud descansa en potenciar la promoción integral de la misma que, por un lado, proporciona un aumento de la salud a la población y, por otro, ahorra costos de asistencia hospitalaria. Y ahora que estamos atravesando un período grave de profunda crisis económica globalizada, se requiere la sostenibilidad de los Sistemas Públicos de Salud así como el emponderamiento de pacientes y médicos (equipo de salud en su totalidad), así como de médicos y pacientes (famoso viceversa)... algo que cada día está más lejos de traducirse en realidad.

Durante la década de los noventa, en el fin del siglo pasado, se vendió desde ciertos organismos internacionales la necesidad de producir una "reconversión" global de los sistemas de salud, el resultado de la ecuación derivó en una crisis que luego se tradujo en recortes de las coberturas sociales-solidarias y universales, sumergiendo a la población médica en un burnout insoportable, y a los pacientes en un estado de zozobra e intolerancia que se ha terminado de convertir en un quiebre en el vínculo médico-paciente, médico-sistema, paciente-cobertura, y numerosos etcéteras que han degradado la condición de los unos y los otros, todo ello mientras los discursos dicen todo lo contrario a lo que la realidad impone.

Las coberturas solidarias se han ido deformando restando valor al acto médico y condicionando a las necesidades de salud de las poblaciones, aduciendo siempre razones económicas de fuerza mayor, al carácter catastrófico de ciertas enfermedades, y extrañas administraciones que priorizan la exclusión antes que la integración, partiendo de la premisa del ahorro a costillas del estado de indefensión de los pacientes.

Curiosamente, y contrario a lo que podría suponerse, Europa es la mejor muestra de la calamidad global, ya que es la que ha alentado la iniciativa de restar coberturas solidarias, desmantelar servicios, condicionar especialidades médicas, disminuir camas, limitar los actos quirúrgicos, un ejemplo aberrante que se ha ido diseminando asociado al crecimiento y dispersión del estado planetario de una crisis que nadie sabe dónde comienza, dónde termina, y mucho menos hacia dónde se dirige, ya que todos los días le nace una nueva justificación injustificable.

De hecho, construir hospitales para luego no tener con qué llenarlos o bien, no tener con qué hacerlos funcionar apropiadamente, es uno de los tantos disparates de este nuevo modelo de medicina contable-administrativa donde las variables de ajuste son, justamente, sus actores principales: médicos, enfermeros, farmacéuticos, bioquímicos, técnicos, pacientes, recursos tecnológicos, medicamentos, tecnologías biomédicas, los que están cada vez más cercados y/o impedidos de cumplir adecuadamente con sus roles debido a que los gerenciadores-administradores han sido formados para no sumar, no agregar valor, restar, dividir, negar, no escuchar, no ver, esgrimiendo un cinismo que hoy por hoy ya es parte de cualquier paisaje.

Tanto es así, que los pacientes, hartos de ser ninguneados han comenzado crear sus propias organizaciones a efectos de defenderse de la estupidez contable-administrativo-gerencial y política que pretende decirle al enfermo cómo vivir con su enfermedad y sin asistencia protectora, e imponiéndole al equipo de salud un criterio de producción industrial inadmisible en cualquier ámbito donde las ciencias se entrelazan con los servicios a las personas o lo que es lo mismo, lo que "gasta" no sirve o lo que es lo mismo, el derecho humano a la salud es algo que debe cercenarse para disminuir el gasto social, otro disparate que no resiste análisis alguno.

Aquí, la visión política de que la salud no suma no votos, se ha visto acompañada por otra aberración que es que la educación tampoco suma votos, así como tampoco lo hacen los recursos laborales, los derechos a una vivienda digna y/o a una vestimenta digna, incluyendo en ello el acceso al agua, que para algunas visiones europeas es equivalente a un "lujo".

Traducido, lejos de emponderar los roles de médicos y pacientes (para mencionar sólo dos de los ángulos involucrados), el modelo político se ha empecinado en negar lo evidente y en colocar todo tipo de piedras y palos en ruedas, algoritmos, protocolos, que alguna vez funcionaron medianamente bien.

Por un lado los médicos están atrapados en una madeja que los condiciona o les resta protagonismo, por el otro, los pacientes están cada vez más enfermos de frustración, de depresión, y de saberse indefensos ante un sistema perverso que se come a todos para salvar los libros de contabilidad de los temibles rojos propios de recursos mentidos y presupuestos diezmados (para no decir lavados).

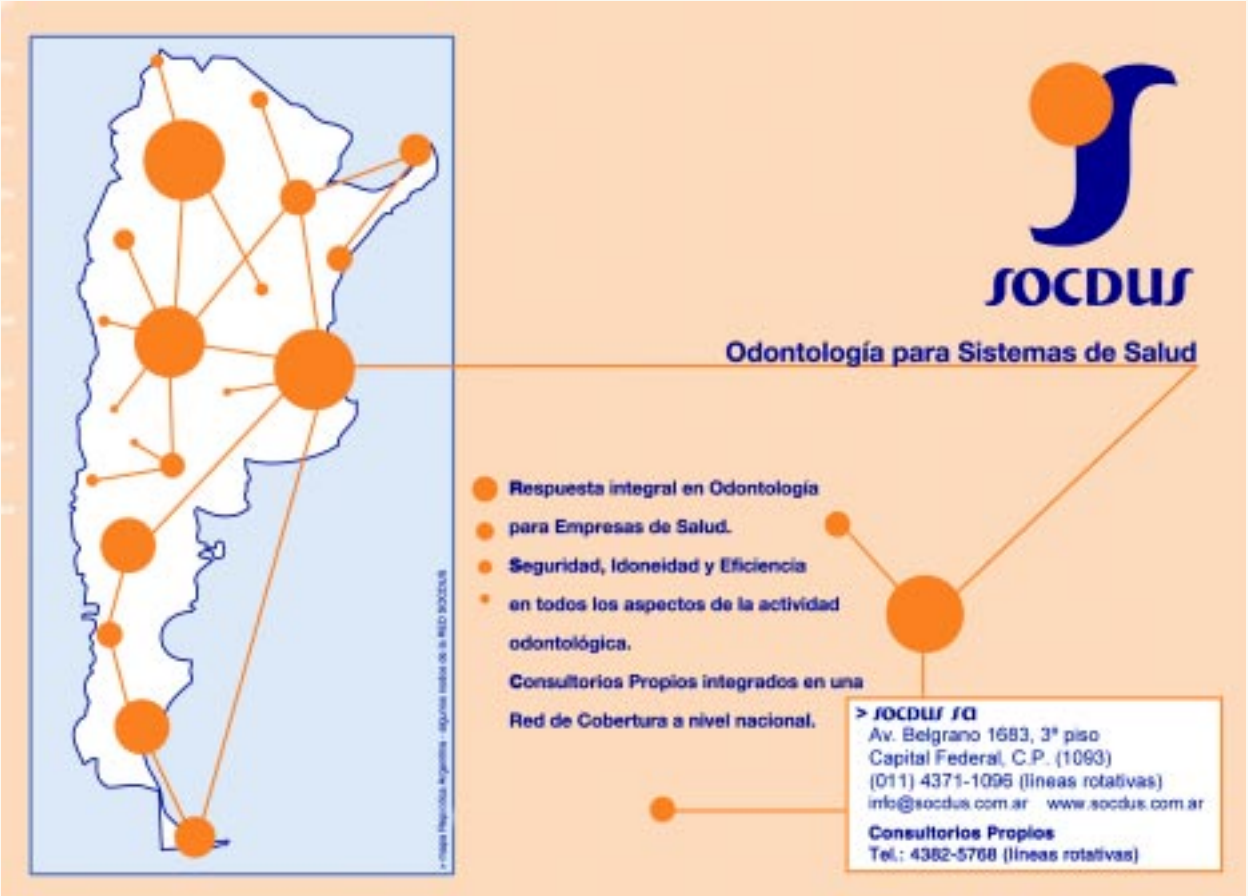
La solución a tanta estupidez y miseria humanas es relativamente simple. Es imprescindible emponderar los roles de los miembros del equipo de salud en su totalidad, así como emponderar a los pacientes en sus roles, quitando las trazas de corrupción y terminando con la falsedad de recortes que incrementan los peligros epidemiológicos globales a cambio de economías mentidas.

Insisto con algo que ya expresé desde estas mismas páginas: la Industria Farmacéutica sigue investigando bajo las pautas vigentes desde los años sesenta/setenta del siglo pasado, sigue construyendo costos del mismo modo que lo hacía en aquellos mismos años desconociendo que el mundo, los médicos, los investigadores y hasta los enfermos, deben enfrentar realidades donde nadie encaja adecuadamente en su rol, a lo que hay que sumarle una clase política incapaz de comprender que la coberturas insuficientes derivan en gastos geometrizados que luego se traducen en más impuestos para apagar incendios en salud lo que se deja para mañana triplica su costo y cuadruplica su incidencia y justamente eso es lo que está sucediendo, mientras la realidad se niega por impericia y negligencia de partes. La realidad está indicando que cada vez son menos los pacientes que tienen acceso a sus medicamentos, agravando sus enfermedades por decisiones políticas que no son otra cosa que un delito de lesa humanidad. ❑

Referencias bibliográficas

1. El eje vertebral del derecho a la salud. mayo de 2015 - Honorio-Carlos Bando Casado. Profesor honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Académico de las Reales Academias de Farmacia, Jurisprudencia y Legislación y Doctores. El Médico Interactivo.

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2015-06-08. Copyright by Cerasale, 2015.
Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos*, Medicina Global.
http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com | CIENCIAS MÉDICAS NEWS®
http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com | CIENCIAS DE LA HERENCIA®
http://saludequitativa.blogspot.com | GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®
ocho años▲14 millones de lectores▲180 mil documentos editados ▲ 480 millones de consultas reales ▲ 79 países registrados [acceso libre y gratuito].



ExpoMedical 2015

13ra. feria internacional de productos, equipos y servicios para la salud

- 200 EMPRESAS EXPOSITORAS
- 15.000 VISITANTES PROFESIONALES
- 60 JORNADAS & SEMINARIOS
- 180 DISERTANTES

23 al 25 de septiembre 2015

CENTRO COSTA SALGUERO / BUENOS AIRES / ARGENTINA

14tas JORNADAS DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA

En conjunto con:

ACTIVIDADES DESTACADAS:

- El Planeamiento Estratégico en el Hospital y la conformación de Equipos de Trabajos
- Plan Federal de Salud
- Mantenimiento de los recursos físicos

Vea todas las Jornadas de Capacitación Hospitalaria horarios y contactos para las inscripciones en:
www.expomedical.com.ar

Media Partner: Temas Hospitalarios

Organiza: MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54-11)4791-8001
Skype: expomedical
info@expomedical.com.ar

www.expomedical.com.ar

ES
BUENO
TENERTE
OSDE
Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet www.buenosaires.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar - R.N.O.S. 4-0080-0. R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.

acudir
emergencias médicas

La calidad es una actitud

LA MAYOR ESTRUCTURA OPERATIVA EN CABA

www.acudiremergencias.com.ar

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO 9001