



Opinión
Prioridades en
Salud Pública

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León



Columna
¿Hacia dónde va la salud
pública en América latina?

Por el Dr. Federico Tobar



Opinión
El contrato social
de los médicos

Por el Dr. Javier Vilosio

Mé^odicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XVII. N° 88. Setiembre 2015

La Agenda Invisible Salud y Política



GALENO

**SIEMPRE
PENSANDO EN VOS**
www.e-galeno.com.ar

A bright blue lifeguard stand with a white roof and a sign that reads "LIFEGUARD OFF DUTY". The stand is elevated on wooden posts and has a wooden staircase leading up to it. The background shows a clear blue sky and a sandy beach.





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



OSFE *Obra Social*
FERROVIARIA

**TRABAJO Y GESTIÓN
PARA LA SALUD FERROVIARIA**

Estados Unidos 2859/63 - Ciudad Aut. de Bs. As. - C.P: 1227 - Tel: 4127-7700
Centro de Gestión y Atención Telefónica: 0800-333-3313 (días hábiles de 9 a 18hs.)

WWW.OSFE.ORG.AR



ASSIST CARD®

ASSISTING TRAVELERS
ANYTIME, ANYWHERE, ANY REASON

Confíenlos 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**.

NUESTRAS PRINCIPALES SOLUCIONES

-  ASISTENCIA MÉDICA
-  ASISTENCIA LEGAL
-  REGRESO ANTICIPADO
-  URGENCIAS ODONTOLÓGICAS
-  RASTREO Y LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE
-  TRASLADO SANITARIO
-  SERVICIO CONCIERGE
-  ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES
-  CHAT ONLINE

0800 122 2774

divisionosalud@assistcard.com



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.



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 médica 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

Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123

www.construirsalud.com.ar

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

Prevención Salud

El bienestar se elige

Estar bien,
aquí y ahora

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



Además contamos con una línea especial: **Plan Joven**

Contactate con tu Productor Asesor | Llamá al 0 810 888 0010
www.prevencionsalud.com.ar | [f /PrevencionSaludOficial](https://www.facebook.com/PrevencionSaludOficial)

La empresa de medicina prepaga del





Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

DIRECCION, REDACCION,

ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -

C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.

Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar

redaccion@revistamedicos.com.ar

info@revistamedicos.com.ar

revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Yamila Bègné

(Redacción),

Esteban Portela (diseño) y

Graciela Baldo (corrección).

ASESORIA Y DESARROLLOS

TECNOLOGICOS

EN INTERNET:

SFANET, Av. J. B. Alberdi 1233,

2 Piso Of. 6 (1406)

Tel/fax.: 4433-2398 y rotativas

E-mail: info@sfanet.com.ar

www.sfanet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

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

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Impresión: Adagraf Impresores S.A., Salmún Feijoo 1035 1274 - CABA. Tel.: (54-11) 4303-2007/2008.

GRAGEAS 12

COLUMNA

En salud las diferencias matan, y la indiferencia también...

Por Rubén Torres; Patricia D'Aste y Mario Glanc

18

OPINIÓN

Lo que viene: la telemedicina en el primer plano de los servicios médicos en EE.UU.

Por el Dr. Héctor Barrios

20

OPINIÓN

El contrato social de los médicos

Por el Dr. Javier Vilosio

22

OPINIÓN

¿Por qué el gasto en salud es un problema?

Por la Dra. Lilliana Chertkoff

24

COLUMNA

La enseñanza de la medicina en el siglo XXI

Por el Dr. Ignacio Katz

26

PRIMERA PLANA

Una agenda presidencial en salud

Miradas políticas con sustento técnico

28

COLUMNA

¿Hacia dónde va la salud pública en América latina?

Por el Dr. Federico Tobar

32

COLUMNA

Farmacoeconomía y Políticas Públicas en Salud

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete

36

OPINIÓN

Prioridades en Salud Pública

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León

38

VOCES

Acerca de la legitimación pasiva en acciones de amparo que

piden la cobertura de una prestación no incluida en el PMO

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

40

LA MEDICINA EN EL CINE

Albert Schweitzer:

Su presencia en el cine

42

COLUMNA

Futuros Antibióticos: Bioingeniería aplicada

Por el Dr. Enrique L. Sánchez

44

COLUMNA

De la Duda a la Investigación...

Por el Dr. Antonio Ángel Camerano

46

COLUMNA

Sugerencias para la defensa en casos de distocia de hombros

y parálisis del plexo braquial 2da parte (final)

Por el Dr. Fernando G. Mariona

48

COLUMNA

El nuevo Código Civil y Comercial (4ta. parte)

Por el Dr. Floreal López Delgado

50

OPINIÓN

La Salud Pública bajo amenaza (primera parte)

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

52

OPINIÓN

Médicos Municipales:

Apuesta a la capacitación y al crecimiento

Por el Dr. Jorge Gilardi

54

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.



ya eligieron la mejor *Opción*

0810-444-SALUD (72583) / www.sancorsalud.com.ar





Europ Assistance Argentina – División Salud

Incorporación de los beneficiarios de la Obra Social YPF a Europ Assistance Argentina

Se informa que a partir del 01/07/2015, Europ Assistance Argentina – División Salud, ha incorporado a su prestigioso portfolio de clientes de salud, a la Obra Social YPF, como cliente. Los beneficiarios de YPF, contarán con el servicio de Asistencia al Viajero Regional e Internacional, incluidos los países del Tratado Schengen.



EUROP ASSISTANCE ARGENTINA, le da la bienvenida y agradece la confianza depositada por la obra social. Esta incorporación no hace más que sumar al acuerdo estratégico que tienen GALENO ARGENTINA y la Obra Social YPF. ■

Alianzas Estratégicas

CONVENIO DE COOPERACIÓN ENTRE EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA.



El día 10 de agosto de 2015 se formalizó el acuerdo de colaboración recíproca entre el Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social y la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Dicho convenio se celebró con el objetivo de favorecer la concertación de programas de cooperación para la ejecución conjunta y coordinada de proyectos de investigación y/o docencia en áreas de grado y posgrado. El mismo se encuadra dentro de los protocolos de colaboración estratégicos que el Instituto viene celebrando con diferentes representantes y actores de trascendencia en el sector socio-sanitario. En dicho acto tanto el Sr. Decano

de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina, Prof. Dr. Miguel Ángel Schiavone, como el Presidente del Instituto, Dr. Benjamín Surace, coincidieron en resaltar la importancia de estos acuerdos que van más allá de lo coyuntural y que permiten definir un escenario amplio y plural para discutir problemáticas sectoriales. ■



ELECCIÓN DE AUTORIDADES EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES



Luego de la celebración de la Asamblea General Ordinaria, el Consejo Directivo del Hospital Italiano de Buenos Aires quedó constituido por el Ing. Franco Livini (foto) como Presidente de la Institución, el Ing. Juan Mosca como Vicepresidente 1º y el Sr. Roberto Baccanelli como Vicepresidente 2º.

El Hospital Italiano, cada año, atiende 2.900.000 consultas, gestiona 46.000 egresos y realiza 43.500 procedimientos quirúrgicos en sus 41 quirófanos. Su capacidad de internación es de 750 camas (200 de cuidados críticos) y dispone de 770 camas de medicina domiciliaria. Conforman su equipo de trabajo 8.000 personas: 3.100 médicos, 2.800 miembros del equipo

de salud y 2.100 personas de los sectores administrativos y de gestión.

A nivel asistencial, el Hospital Italiano cuenta con más de 40 especialidades médicas, un completo equipamiento de diagnóstico y tratamiento, y un plantel profesional reconocido. Además, posee una universidad propia que dicta las carreras de Enfermería, Medicina, Bioquímica y Farmacia, y un Instituto de Ciencias Básicas y Medicina Experimental. ■

IMAT INAUGURÓ EL NUEVO LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN SU SEDE CENTRAL



En el marco de la renovación integral del Laboratorio de Análisis Clínicos a través del acuerdo con la reconocida firma MANLAB, IMAT inauguró la nueva planta de atención a los pacientes e incorporó la realización de 750 nuevas prácticas, incluyendo la más alta complejidad en Infectología Molecular y Medicina Genómica.

El nuevo espacio, inaugurado en el tercer piso de la sede Central de IMAT, ofrece mayor confortabilidad para el paciente y dispone de mayor cantidad de boxes de atención. Asimismo, se amplió el horario de extracción desde las 7 am.

Se destacan como nuevos beneficios la disminución significativa en los plazos de entrega de resultados, el envío ágil de resultados por correo electrónico y el ofrecimiento de una infusión luego de cada extracción.

La firma MANLAB es referente de este segmento y goza de reconocimiento internacional, siendo el tercer laboratorio más grande de Latinoamérica. Dispone de una gran infraestructura y tecnología de avanzada. Además, concentra el 60% de la actividad bioquímica del país y cuenta con certificación IRAM-ISO 9001:2008, garantizando altos estándares de Calidad. ■

OMINT ART



La nueva compañía aseguradora de riesgos de trabajo del Grupo OMINT.

Con la trayectoria y calidad de siempre, OMINT ART cuenta con beneficios exclusivos para sus clientes. Consulte sobre estos beneficios comunicándose al **0800 - 555 - 0278** o acérquese a nuestra nueva oficina de Av. Leandro Alem y Tucumán.

www.omintart.com.ar

GRUPO OMINT



La Fundación Universal Assistance, institución sin fines de lucro, participa a los chicos de la entrega de juguetes por el Día del Niño

LA FUNDACIÓN UNIVERSAL ASSISTANCE LLEVÓ UN MENSAJE POSITIVO A LA COMUNIDAD DEL HOSPITAL ELIZALDE



Por iniciativa de la Fundación Universal Assistance (UA), el jueves 13 de agosto, a las 11hs, se llevó a cabo la entrega de juguetes para celebrar el Día del Niño en el marco del 236 Aniversario del Hospital Elizalde (La Casa Cuna) del barrio de Barracas.

Allí, acompañados por la presidente de la Fundación UA, Inés Civile, el locutor Pancho Ibañez, vocal de la organización, y voluntarios del Grupo IMAS, se hizo entrega de juguetes a los 150 chicos internados en terapia intensiva e intermedia, con el objetivo de generar un momento de alegría y de experiencia positiva en el niño que está atravesando una situación dolorosa, que afecta a toda su familia.

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 chicos.

Para obtener más información, consultar www.fundacionua.org
Acerca del Hospital Elizalde: <http://www.apelizalde.org/>

NUEVO SERVICIO DE PARAMÉDICOS EN MOTOS DE ACUDIR EMERGENCIAS MÉDICAS



Con el fin de asistir más rápido en casos de emergencia médica, Acudir S.A. formó un equipo de paramédicos en motos. Los mismos pueden sortear el difícil tránsito de la Ciudad de Buenos Aires y llegar pronto al lugar del incidente.

Los paramédicos están capacitados y equipados con todo lo necesario para asistir al paciente, como primeros auxiliares, ante de la llegada de la ambulancia UTIM en camino.

Esta nueva incorporación está dentro del plan de mejora continua de la empresa, cuyo objetivo es brindar un servicio eficiente y de calidad a los pacientes. ■

MÁS TECNOLOGÍA Y MÁS SERVICIOS EN EL SANATORIO DUPUYTREN NUEVA TERAPIA INTENSIVA

Ahora al Sanatorio Dupuytren referente principal de derivación de diferentes puntos de nuestro país por su alta complejidad, se le suma equipamiento de última generación con la Nueva UTI. Destinada a la atención de pacientes adultos críticamente enfermos. Equipada con 12 endosuites ubicadas en el 2º piso "Torre Virrey". Están distribuidas en 6 compartimientos individuales y 6 habitaciones con baño privado. Todas las camas son de marca Stryker modelo Muka.



El área cuenta con monitores multiparamétricos Spacelabs Healthcare, de 19", módulos de capnografía, EEG y monitoreo hemodinámico, 2 centrales de monitoreo Spacelabs Healthcare, cardiosfibriladores Primedic, electrocardiógrafos Spacelabs Healthcare, monitoreo de PIC para neurointensivismo, respiradores microprocesados de alta complejidad Carefusión Avea y 2 estaciones de enfermería completamente equipadas. La unidad cuenta con un sistema integrado de visualización online de los protocolos de laboratorio y estudios de imágenes: radiografía, tomografía y resonancia (Resonador cerrado Philips modelo ACHIEVA 1,5 Tesla). Se brinda atención al paciente en un marco de alta complejidad, al disponer de sistemas de monitoreo centralizado de última generación, cámaras de televisión internas, sistema de alarma de paro y procesos de identificación personalizados. El Servicio está integrado por un equipo de profesionales Médicos, de Enfermería, de kinesiología y Nutrición con amplia experiencia y entrenamiento para la atención de patologías agudas y graves. ■



"DEFENDEMOS LOS DERECHOS DE LOS CIUDADANOS CON GESTIÓN Y COMPROMISO"

La Gerencia de Atención y Servicios al Usuario del Sistema de Salud de la Superintendencia de Servicios de Salud viene desarrollando una intensa tarea en los Centros de Atención: Centro de Atención Personal, Centro de Atención Telefónica y Centro de Atención Virtual.

El Lic. Jorge Quintana, Gerente del Área, destacó que durante la presente gestión se incrementaron sustancialmente las consultas y trámites de los beneficiarios de Obras Sociales y usuarios de Entidades de Medicina Prepaga.

"Este aumento de consultas se debe a la decisión política de la actual gestión de la Superintendente de Servicios de Salud, Liliana Korenfeld, basada en la necesidad de incrementar la difusión de los servicios que brinda el Organismo, con el objetivo de garantizar el acceso y asegurar la calidad de las prestaciones de salud para todos los beneficiarios y usuarios del Sistema", afirmó el funcionario. Desde Mayo 2014 a Mayo 2015 se incrementaron en un 28% las respuestas a consultas realizadas en los tres centros de atención.

En el período mayo 2014 a mayo 2015 se resolvieron en un 58.49% los reclamos de beneficiarios de Obras Sociales y usuarios de prepagas por "gestión inmediata", es decir mediante la comunicación directa con la Obra Social o con la Empresa de Medicina Prepaga.

El porcentaje restante se resolvió en primera instancia con emplazamientos administrativos en un plazo máximo de 20 días, mientras que un porcentaje menor se resolvió por aplicación de acciones obligatorias establecidas por ley. ■



ES BUENO TENERTE



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 traspaños. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72563) - www.ossalud.gov.ar - R.N.C.S. 4-0060-D. R.N.E.M.P. (Prov.) 1406.



ASSISTCARD INCORPORÓ AL CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES A SU CARTERA DE CLIENTES



Nos enorgullece informarles que el Centro Gallego de Bs. As., incorporó desde julio el servicio de ASSIST CARD con asistencia a nivel nacional, países limítrofes e internacional. Así este importante hospital de la comunidad, suma un servicio de excelencia, para todos sus socios. ■

EL HERPES ZÓSTER (CULEBRILLA) Y LA VACUNA QUE LO PREVIENE

Por la Dra. Hebe Vázquez - Médica Infectóloga (M.N° 58353)

Coordinadora Médica de Vacunas en el Adulto de HELIOS SALUD

¿Sabía usted que toda persona que ha padecido varicela puede sufrir Herpes Zóster? Este virus permanece en el cuerpo por el resto de la vida. El virus puede activarse nuevamente, en especial en adultos a partir de los 50 años y en personas con deficiencias de su sistema inmunológico (trastornos de las defensas). La culebrilla no se contagia de persona a persona. Pero si usted tiene un sarpullido de culebrilla, puede contagiar el virus a alguien que nunca tuvo o nunca fue vacunado contra la varicela. Por ejemplo, un niño expuesto a una persona con culebrilla puede desarrollar varicela, pero no culebrilla. El virus se contagia por contacto directo con el sarpullido.



Síntomas: Los primeros síntomas de culebrilla son ardor o dolor agudo y hormigueo o picazón, generalmente de un lado del cuerpo o la cara. El dolor puede ser leve o fuerte. Luego, aparece un sarpullido: conjunto de ampollas de color rojizo. Las partes del cuerpo afectadas con mayor frecuencia por esta erupción son la base del tórax y la cara, aunque cualquier parte del cuerpo puede verse comprometida; si la culebrilla aparece en la cara, puede afectar la vista o la audición. Las lesiones evolucionan a costra en 14 días aproximadamente. Pero el dolor puede durar semanas, meses o incluso años después de la curación de las ampollas. Este dolor crónico se denomina neuralgia posherpética.

El Herpes Zóster y sus complicaciones

- 1 de cada 4 personas con Herpes Zóster se complican.
- La neuralgia posherpética es la complicación más frecuente del Herpes Zóster.
- Este dolor "neurítico" es invalidante y puede persistir meses o años aunque la erupción haya desaparecido.
- La duración de la neuralgia posherpética aumenta con la edad.

La vacunación: Actualmente existe una vacuna que puede protegerlo del Herpes Zóster y de su complicación más frecuente, la neuralgia posherpética. La vacuna se indica a partir de los 50 años para ser aplicada en el brazo, en dosis única e independientemente de que la persona haya tenido Herpes Zóster. Esto se debe a que los episodios de Herpes Zóster pueden repetirse. Sólo está contraindicada en embarazadas o personas con trastornos severos de sus defensas (inmunocomprometidos). ■

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF OSPAT junto a ADIRA en su 40° aniversario



La Obra Social del Personal de la Actividad del Turf OSPAT se unió, el 26 de agosto pasado, a la celebración del 40° Aniversario de la fundación de la Asociación de Diarios del Interior de la República Argentina ADIRA -la cámara empresaria que nuclea a los diarios y periódicos editados en todo el territorio nacional, con excepción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, acontecimiento del que formó parte el Gobernador de la Provincia de Buenos Aires y candidato presidencial Daniel Scioli, así como el Gobernador de Santa Fe, Antonio Bonfatti.

El Presidente de OSPAT, Carlos Felice y Directivos de la entidad, se unieron a una concurrencia nutrida conformada por editores de diarios de todo el país, referentes de la radio, televisión abierta y por cable, autoridades del Poder Ejecutivo Nacional, miembros del Congreso de la Nación, del Poder Judicial, representantes de Cámaras Empresarias y más personalidades relevantes de la actualidad nacional. ■



LA UCA PRESENTÓ EL BARÓMETRO DE LA DEUDA SOCIAL DE LA INFANCIA

El Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina presentó el informe "Situación de la Infancia en el quinto año del período del Bicentenario. Mayor protección social, privaciones y desigualdad (2010, 2011, 2012, 2013, 2014)" del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie del Bicentenario (2010-2016). Año V. Las palabras de apertura estuvieron a cargo de Beatriz Balian de Tagtachian, Vicerrectora de Investigación y la presentación del informe la realizó Ianina Tuñón, Coordinadora del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Asimismo, participaron Agustina Cavanagh, Directora Ejecutiva de Fundación Cimientos; Catalina Hornos, Directora General de Hacienda Camino y Paula Torres, periodista especializada en Responsabilidad Social Empresaria.

Durante la presentación se proyectó el cortometraje. *Una escuela en la mirada de las niñas y los niños. Escuela Hogar Guido Spano, San Antonio de los Cobres, Salta*; en el cual un equipo de niñas y niños de una escuela hogar emprendieron la tarea de hacer una investigación sobre diferentes aspectos de la comunidad educativa de su escuela. Se trata de un ejercicio de investigación en el que los niños ejercen su derecho de expresión, participación y juego. ■



SIEMPRE PENSANDO EN VOS



www.e-galeno.com.ar



GALENO

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0600-222-SALUD (72583) WWW.SISSALUD.GOV.AR Ley 25.682, Solicitud Inscripción N° 1205. Derechos reservados expediente 200.717/12.

En salud las diferencias matan, y la indiferencia también...

Por Rubén Torres; Patricia D'Aste * y Mario Glanc**

Los argentinos contamos con uno de los sistemas de salud más inclusivos de Latinoamérica; casi no existe lugar en el que un habitante requiera servicios de salud y no pueda recibirlos. Dedamos casi 9 de cada 100 pesos al cuidado de nuestra salud, y ese gasto dividido por el número de habitantes, arroja uno de los gastos en salud más altos de América. ¿Es entonces por falta de financiamiento que el sector de la salud esta estancado?; no pareciera: hay hospitales y unidades de atención recién construidos en todo el país (aunque no funcionan a pleno por falta de profesionales y técnicos); los carteles anuncian por doquier obras públicas destinadas a salud; las obras sociales cubren tratamientos cuya efectividad está en debate en los países del primer mundo.

Una mirada sobre los resultados que obtenemos, promediando los logros de todos los argentinos, parece arrojar conclusiones optimistas: vivimos más; mueren menos niños antes de cumplir 1 año y son más las posibilidades de vivir una vida exenta de discapacidades o secuelas; contamos con un número de médicos mayor que casi todo el resto de los países de la región y una industria farmacéutica pujante; pero esto pareciera ser una ficción propia de la "tiranía" estadística, pues no significa que todos los argentinos gozamos de buena salud o que los servicios asistenciales ofrecen una respuesta de igual calidad, seguridad, oportunidad y eficacia para todos.

La efectiva protección en términos de salud depende de variables que no están relacionadas con lo que efectivamente cada uno necesitaría si enfermara, sino con la posición en el inequitativo escenario de nuestra sociedad, la calidad y el resultado de lo que cada uno reciba dependerá de ello y no de su necesidad: de si posee o no obra social (y cuál, ya que las diferencias entre ellas son grandes); de donde viva (la probabilidad de morir de un recién nacido formoseño es 2,5 veces mayor que la de uno de la región norte metropolitana; y la de este, 2 o 3 puntos menor que uno de la zona sur de la misma región); qué y cuánto coma, si le alcanza para pagar los remedios (con niveles de pobreza mayores del 25%); si tiene agua potable, cloacas o gas

natural (que sólo tienen el 60, 87 y 67% de los hogares del AMBA respectivamente); el nivel educativo que haya alcanzado o si le "subió la prepa".

En la práctica, una salud para quienes puedan pagarla y otra para quienes sólo reciben lo que pueden en reemplazo de lo que necesitan.

Silenciosamente, y a diario (porque pocas veces son noticia), unos hacen cola en la madrugada esperando un número salvador que les permita atenderse ese día; mientras otros llaman médico a domicilio; y otros esperan ambulancias que no llegan a sus barrios carenciados por falta de seguridad, o porque las calles son intransitables; unos compran medicamentos de dudosa necesidad con descuento, mientras otros compran medicamentos imprescindibles a cuenta de su magro salario; unos esperan en guardias abarrotadas de hospitales en cuyas escalinatas duermen varias personas y atienden médicos y enfermeras amenazados por la violencia, agobiados por el pluriempleo o vencidos por la falta de motivación. La respuesta parece ser la indiferencia de la política, pero cuando un niño muere desnutrido, un adolescente sucumbe ante la droga; un anciano es abandonado a su suerte, una mujer es golpeada por su pareja; una niña es abusada en su hogar o alguien cambia su pronóstico de sobrevida por un cáncer, y el sistema no responde, la indiferencia mata.

Por indiferencia hemos dejado al sistema de salud sin una conducción que lo piense a largo plazo, librado a discusiones que poco tienen que ver con la salud pública o a legislaciones que emparchan atendiendo problemas puntuales que son necesidades de algunos pocos. Llega el tiempo de abandonar la indiferencia sobre esa salud desigual y fragmentada y fijar la vista en la diferencia entre esos unos que tienen el beneficio de la pertenencia y aquellos otros que sólo poseen la condena de la exclusión. □

* Patricia D'Aste es presidenta de SADAM

** Mario Glanc es Director de la maestría en sistemas de salud y seguridad social de la U. ISALUD.



ACLIFE
ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y SANATORIOS FEDERADOS

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

Lavalle 51- Of. B - Avellaneda (C.P. 1870) Tel / Fax 4880-0603
 E-mail: info@aclife.com.ar



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN

CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA INFECTOLÓGICA



- ✓ CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS
- ✓ ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE VIH



- ✓ LABORATORIO
- ✓ VACUNAS PARA ADULTOS



- ✓ HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA
- ✓ ÁREA PSICOSOCIAL



- ✓ ACCIDENTES CORTO-PUNZANTES
- ✓ HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA
- ✓ TEST DE VIH (HIV) GRATUITO

PRIMERA INSTITUCIÓN CERTIFICADA EN EL
ÁREA DE SALUD POR GS1 EN 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
W W W . H E L I O S S A L U D . C O M . A R

facebook/HeliosSaludArg



Lo que viene: la telemedicina en el primer plano de los servicios médicos en EE.UU.

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



“ ¡El médico está en tu móvil! Nosotros usamos nuestros teléfonos móviles para casi todo, pero ¿pueden ellos curar un resfriado común?, ¿Aliviar la alergia de tu hijo?, ¿Hacer un diagnóstico, cuando estás enfermo mientras disfrutas de las vacaciones?

¡Sí! ¡Hay una app para eso! Pero ¿Qué es lo que hay en el otro extremo de la línea? Un médico, real... ¡en vivo! Seriamente, un médico certificado, con licencia estatal, clínico o pediatra, puede reunirse con vos 24/7/365 ya sea por tu teléfono móvil o por video chat (en tu móvil, laptop o tablet) dentro de los 30 minutos. Cuando quieras. Donde quieras. Simple”.

Interesante ¿no? Esta es la publicidad que TELADOC™, una empresa especializada en este tipo de servicios, realiza para el personal de T-Mobile, una compañía de más de 34.000 empleados a lo largo de los Estados Unidos, en donde ha alcanzado, según las mediciones realizadas, nada menos que un 96% de satisfacción y un 14% de utilización del servicio.

Sobre la base de cinco factores que cada vez resultan más críticos, el desarrollo de la TELEMEDICINA (TM) en EE.UU. es un fenómeno creciente. En efecto,

- el aumento de la cantidad de pacientes.
- un menor número de médicos.
- un creciente número de visitas y un mayor tiempo de espera (18,5 días de promedio vs 8 minutos de promedio).
- mal uso de la emergencia por causa de la falta de acceso. (85% de los pacientes no pueden esperar a una visita programada).
- el incremento de costos médicos.

Así, la empresa TELADOC™, ha reportado un crecimiento de prácticamente el doble de consultas entre el año 2013 y el 2014, pasando de 158.000 a 298.000 consultas.

Naturalmente, no todas las enfermedades pueden diagnosticarse a través de móviles y tablets. Pero un número significativo de la demanda (95%) son resueltas, siendo las siguientes patologías las de mayor prevalencia:

- Infecciones del tracto urinario.
- Alergias.
- Conjuntivitis.
- Gripe.
- Bronquitis.
- Tos.
- Infecciones de las vías respiratorias superiores.
- Otitis.
- Congestión nasal.
- Sinusitis.

La pregunta que se hacen las empresas en EE.UU es si la TM puede beneficiar a los empleados y a las

organizaciones. Naturalmente que una de las causas de su desarrollo está asociada -como no podía ser de otra forma, amigo lector- a la reducción de costos médicos. Un papel importante también lo juega el hecho de ofrecerles a los empleados un servicio que es muy valorado por ellos.

De hecho, según un análisis de Towers Watson sobre la base de la demanda generada por algo más de 38 millones de personas cubiertas por el seguro médico en los EE.UU., la TM está realizando un cambio notable en la accesibilidad de los servicios médicos.

Asimismo, en la encuesta que realizara recientemente Towers Watson en dicho país sobre los “Cambios en el cuidado de la salud”, el 22% de los empleadores ofrecen este servicio, un 15% piensa instrumentarlo en 2015 y otro 34% va a incluirlo entre el 2016 y el 2017, es decir que en dos años, más de dos tercios de los empleadores brindará el servicio.

Según los estudios, los principales impulsores para su inclusión por parte de las empresas son:

- Accesibilidad para la atención: algo que se puede definir como un desafío permanente, especialmente en materia de atención primaria. Las dificultades para obtener turnos a última hora del día o los fines de semana son un claro ejemplo de esto.
- La productividad de los empleados: elimina, durante los horarios de trabajo, el tiempo de viaje a la consulta médica tradicional, así como el tiempo perdido en la sala de espera del consultorio.
- Satisfacción y compromiso: a partir de los altos niveles de satisfacción que genera el servicio -96% como ya señalamos-, se logra una mejora en el compromiso de los empleados para con la empresa.
- Costos para el paciente: en un entorno de “deducibles” y “copagos” crecientes en el seguro médico tradicional, la TM es algo excelentemente recibido por parte de los empleados ya que no tiene costo para ellos.
- La geografía: el acceso a la atención médica en lugares remotos, con inexistente o reducida oferta médica.

Claro, que como siempre ocurre con las innovaciones, aún quedan algunos obstáculos que salvar en materia legal, ya que hay algunos estados en EE.UU. -muy pocos en realidad- en donde la práctica aún no se encuentra autorizada.

En la Argentina aún tenemos bastante camino por recorrer. Aunque no caben dudas que a partir de las mismas problemáticas que impulsaron el fuerte crecimiento en EE.UU., uno debería imaginar que muy pronto tendremos novedades en la materia.

Bienvenido todo aquello que contribuya eficazmente a una mejor salud para la gente. □



UN BIENESTAR TAN GRANDE
COMO LA CONFIANZA.

300.000
BENEFICIARIOS

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 (C1001AAQ)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

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

OSPe

**Obra Social
de Petroleros**

El contrato social de los médicos

Por el Dr. Javier Vilosio (*)



En la filosofía política se define el *contrato social* como un acuerdo, explícito o no, entre miembros de un determinado grupo, a través del cual se establecen responsabilidades (obligaciones) y prerrogativas, entre ellos y el conjunto al que pertenecen.

A través de este contrato, en la visión clásica de Rousseau, se constituye el Estado: los individuos aceptan voluntariamente resignar libertades personales y acatar normas que ordenan la vida colectiva, a cambio de los beneficios que obtienen de la organización social (reglas), y ceder el monopolio de la violencia (capacidad de sancionar, y ejercer la defensa colectiva) en las instituciones del Estado.

Desde los inicios de la profesión médica el papel de sus miembros en la sociedad ha cambiado, como no podría ser de otra manera, acorde a lo hecho en otras cuestiones tales como la organización social del trabajo, el avance y la distribución del conocimiento y la riqueza, las expectativas de la sociedad, y el desarrollo de multimillonarios mercados vinculados a la salud.

Así, nuevos problemas sociales, éticos y morales han puesto en cuestión el papel, las responsabilidades y lo que los médicos deberían esperar de su propio trabajo, y los usuarios deberían esperar de las intervenciones médicas.

Está claro que la profesión ya no puede ser concebida como analogía de un apostolado. Pero es igualmente importante comprender que no se trata del ejercicio personal de algunas destrezas valoradas en el mercado, independientemente de valores éticos y colectivos. Valores que exceden, pero incluyen, el ámbito profesional, y que orientan la vida social en su conjunto.

El pacto a través del cual la sociedad otorga prerrogativas e impone obligaciones particulares a los miembros de la profesión -explicitado a través de normas morales, éticas y legales- sufre las tensiones que esos cambios imponen, y reclaman su revisión.

En 2002, las revistas *Annals of Internal Medicine* y *The Lancet* publicaron una Carta a los Médicos sobre el profesionalismo médico en el nuevo Milenio (*Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*¹), cuyo contenido era el producto de un proyecto impulsado por la Fundación del Colegio Americano de Medicina Interna (ABIM Foundation), el Colegio Americano de Médicos, la Sociedad Americana de Medicina Interna y la Federación Europea de esa especialidad.

En vista al nuevo milenio, el documento define al *profesionalismo* como la base del contrato entre la profesión médica y la sociedad. Y en su introducción se refiere expresamente a la explosión tecnológica, el cambio de las fuerzas del mercado, los problemas en la prestación de servicios, el terrorismo, y la globalización. Y enfatiza en las mayores dificultades que imponen a la labor médica cuestiones políticas, legales y comerciales.

Tres principios fundamentan la noción de profesionalismo: la prioridad del bienestar del paciente, la prioridad de la autonomía de las personas, y la justicia social.

Y en cuanto a las responsabilidades de los médicos, enumera: el compromiso con la propia capacidad, la honestidad frente a los pacientes, la confidencialidad, el mantenimiento de relaciones adecuadas con quienes atendemos, la mejora en la calidad de los servicios y el acceso a los mismos, la distribución justa de los recursos disponibles, el conocimiento científico, el mantenimiento de la confianza a través de un adecuado manejo de los conflictos de interés, y la

responsabilidad profesional: el trabajo colaborativo, el respeto entre pares, la participación en procesos de autorregulación profesional, la organización de procesos educativos, y la aceptación del escrutinio externo de todos los aspectos de su desempeño.

Cualquier lector de estas líneas puede presumir que los médicos que trabajaron en esa declaración gozaban de un estatus social muy distinto al del promedio de los médicos argentinos de la actualidad. Y es bueno recordar que un principio filosófico del concepto de pacto social es la proporcionalidad entre derechos (beneficios) y obligaciones (responsabilidades).

¿Podríamos los médicos argentinos discutir sobre las peculiaridades de este pacto entre la profesión y la sociedad, en el contexto actual, y en el futuro previsible?

Sin embargo, los principios éticos en los que se fundamentan estas definiciones son difíciles de rechazar, y la profesión continúa transitando, además, un necesario camino de revisión y autocrítica de algunos conceptos básicos de nuestra educación profesional.

Asistimos (como otras antes que nosotros) a una época de cambios fascinantes.

Iniciativas como la de *Elegir sabiamente* (*Choose wisely*²) promovida desde 2012 por la ABIM Foundation, y la campaña *Demasiada Medicina* (*Too much medicine*³) que se inició a través de la revista *British Medical Journal* (BMJ) se fundamentan en la certeza de la sobreutilización de recursos médicos y el daño que por esta vía se produce a las personas. El daño que los médicos, más por acción que por omisión, producimos a las personas.

Aunque el mercado haya ganado la batalla por la curación, primero, y el diagnóstico, después, parte de nuestra responsabilidad profesional es ahora cuando hay que proteger a la sociedad de la enorme presión que impone la medicalización de la vida cotidiana, y el consecuente consumo (de eso se trata) de prácticas innecesarias y peligrosas.

Las consecuencias de este avance del consumismo sobre la salud han sido reiteradamente descriptas en términos económicos (vinculados a la ineficiencia en la distribución del gasto) y sus consecuencias sobre la inequidad en el acceso y la calidad de los servicios que son puestos a disposición de las personas.

Podríamos agregar también las consecuencias sobre la idea de que la tecnología (médica) podría sustituir a la reflexión sobre la finitud de nuestra propia existencia y acallar nuestras emociones incómodas. Pero sabemos que la expectativa de eternidad, inherente a la promesa de un medicamento o una intervención médica para cada malestar, es falsa.

Los médicos argentinos enfrentamos actualmente el desafío de rediscutir nuestro pacto con la sociedad, explicitar las prerrogativas que nos son otorgadas, defender nuestro trabajo y reafirmar nuestras responsabilidades frente a la comunidad en la cual vivimos. □

1) Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*. *Ann Intern Med*. 2002;136:243-246. doi:10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012.

2) <http://www.choosingwisely.org/>

3) <http://www.bmj.com/too-much-medicine>.

(*) Médico. Master en Economía y Ciencias Políticas.



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*

(*) Acceso a estos descuentos contratando su póliza de Planis Médico

 **SMG**
SEGUROS

¿Por qué el gasto en salud es un problema?



Por la Dra. Liliana Chertkoff (*)

En la segunda década del siglo XXI, aún seguimos hablando de crisis de la salud en la Argentina, de la desproporción de los costos y de los conflictos que esto produce.

Sin embargo, sería interesante observar qué nos sucede a todos y a cada uno de quienes integramos la compleja trama social.

Al estudiar, los altos costos, podemos asegurar que son el resultado de una enorme relación de eventos interactuantes, que es imprescindible conocer, para descubrir cómo abordarlos, con respuestas estratégicas, eficientes y Ecoambientales.

El concepto de Sistema y de Proceso, son estructuras de pensamiento que en general se desconocen al momento de definir conductas.

En general, podría suceder que estamos respondiendo automáticamente, con patrones de comportamientos antiguos, con respuestas obsoletas a nuestras búsquedas, y a las necesidades reales de la población.

- ✓ ¿Qué principios atraviesan nuestras ideas?
- ✓ ¿A qué le tememos a la hora de actuar?
- ✓ ¿Cuáles son los supuestos?
- ✓ ¿Cuánto claudicamos de los principios que inspiraron nuestras carreras de profesionales?
- ✓ ¿Cuánto conocemos del impacto de nuestras acciones?

Somos protagonistas de un tiempo de cambios exponenciales, sin embargo nuestras mentes, podrían estar respondiendo de forma antigua, no solo de los profesionales que ejecutan, también las de los grupos que financian esas acciones.

Comprender por ejemplo, la multiplicidad de eventos interconectados que asociados potencian un daño, son *oportunidades perdidas* prematuramente que podríamos evitar hablando desde la Epidemiología.

Los términos Eco Ambiental, Sustentable y Sostenible.

Aún producen pruritos...

La idea de sistema, proceso y de conexión de todos los problemas, es indispensable a la hora de buscar soluciones.

Los sistemas son tramas sensibles a las variables.

Cada intervención, podría abordar los problemas, con mejores resultados, incidiendo en el proceso.

En la Argentina existen tres Subsistemas de Salud, Público, Privado y el de las Obras Sociales, todos están incluidos en el universo de las personas que habitan este territorio.

Los vínculos de estos subsectores están fragmentados, compiten entre sí, con protagonistas que suelen ser actores de dos subsectores a la vez.

En cada uno de éstos a la vez, se repiten iguales problemas.

La revolución de las sociedades científicas (Thomas Kuhn 1962) cambió la línea de paradigma científico.

Estamos en el 2015, aún viviéndonos disgregados, ignorando cuánto podríamos transformar y beneficiarnos.

Utilizamos los medios tecnológicos avanzados, pero aún necesitamos incorporar los nuevos paradigmas científicos, para comprender que Ambiental y Ético, no es un fantasma y genera impactos exponenciales al aplicarlos. (*Rédito económico y político*)

Cada uno de los grupos interesados, desde los económicos, profesionales y políticos tendría asegurados sus intereses.

¿Cómo? En aproximaciones sucesivas de programas integrados.

Utilizando, la ciencia económica, la física, la epidemiología etc. que aportan herramientas para refuncionalizar los sistemas en sustentables, con efectos positivos en el costo /beneficio.

Con equipos interdisciplinarios, que puedan seguir el proceso y las interconexiones profesionales/administrativas/sociales.

El nihilismo INSTITUCIONAL, y el desconocimiento, no nos ayudan a dilucidar las posibilidades reales que tenemos a nuestro alcance.

Un apasionante desafío, en este tiempo nuevo que nos convoca a ser creativos, estudiosos y rescatar los ideales que le dan sentido a la vida. □

Bibliografía:

- Frijtof Capra-La Trama de la Vida Ed. ANAGRAMA.
Klajman Mauricio-Equidad Complementaria Jornadas, Economía y Salud 1998.
JBreilh-Epidemiología Economía, Medicina y política 2008.
Superintendencia de Servicios de Salud 2014.
Jon Elster-Lógica y Sociedad Ed. Gedisa 2008.

(*) Médica Sanitarista
chkconsultores@gmail.com
www.chkconsultores.com.ar



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)



TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

CALIFICACIÓN



Evaluados
Latinoamericana S.A.



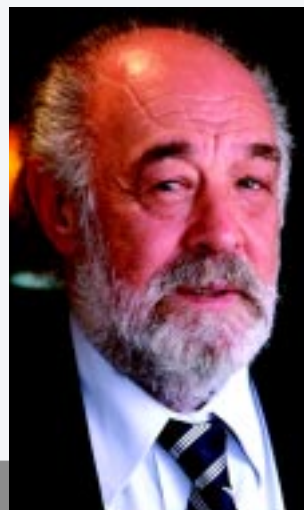
COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

La enseñanza de la medicina en el siglo XXI

“Seamos padres del futuro y no solo hijos del pasado”
Miguel de Unamuno

Por el Dr. Ignacio Katz



EL ESTADO COMO FARO: PREGUNTAS PARA UN OBJETIVO

El Estado como gran orientador y responsable de la política sanitaria cumple un rol esencial en toda reformulación solidaria y equitativa del campo de la salud en la Argentina, del cual es garante. Para lograrlo es necesario resolver ciertos interrogantes que ayudan a ir organizando un plan estratégico, a saber: ¿cómo superar un pasado aún presente en las instituciones, algunas con niveles de autonomía que impone al conjunto formas y contenidos anárquicos? ¿Cómo superar estadios en los que los gobiernos han cedido a los colegios profesionales la matriculación sin integrarlos a la gestión asistencial como miembros activos? ¿Cómo demandarle al Estado actitudes a concertar con las facultades y las escuelas médicas, para que agreguen a sus currículos los requisitos médicos nacionales, regionales y locales que respondan a las pautas que surjan de un observatorio de salud? Finalmente, ¿cómo lograr que el Estado asuma su rol de garante-responsable del derecho a la salud? Las respuestas a estas preguntas deben servir como guía para consolidar al Estado como faro que ilumina el campo sanitario nacional.

Como respaldo a esta función surge la necesidad de diseñar y construir un verdadero observatorio de salud. Los criterios básicos de su finalidad están dados por identificar a la población que abarca en su accionar, diferenciando la enferma de la vulnerable, y al mismo tiempo segmentándola según su biodiversidad, tecnodiversidad y aquellas otras diversidades que se encuentran en relación con las distintas regiones de procedencia. Esto permite formular “nuevas formas de asociación de política operacional”, con el objetivo de examinar y explorar interacciones que hagan posible el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Su elaboración implica inteligencia y capacidad de construcción suficiente para responder sin ambigüedades a una realidad manifiesta.

El segundo aspecto del análisis se basa en potenciar los espacios formativos de los médicos, creando nuevos lazos institucionales y pedagógicos. A esto se refiere Edgar Morin al decir: “No se puede reformar la institución sin haber reformado previamente las mentes, pero no se pueden reformar las mentes si no se reforman previamente las instituciones”. El cambio, entonces, debe ser simultáneo en las *conciencias* y en las *normas*

por medio de una transformación en las políticas estratégicas para recuperar una *cosmovisión optimista*.

El proceso actual de evolución científico-tecnológico en el campo médico muestra tal acumulación de información que obliga, en parte, a descripciones difíciles de conocer y comprender, y por otra a redefinir las “capacidades esenciales” que se requieren para ejercer la labor médica. Estas capacidades deberán responder en forma conjunta a los contenidos curriculares dictados por las *facultades de medicina* y al mismo tiempo a las enseñanzas recogidas en las *escuelas médicas*, representadas por las tareas propias del hospital, el cual, en épocas atrás, cumplía cabalmente con dicha finalidad. Tanto una como la otra tienen que estar enlazadas a fin de responder a las necesidades que precisan y requieren los *responsables del área sanitaria del ámbito gubernamental*.

DE LA INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTOS A LA FORMACIÓN INTEGRAL

Para abordar el proceso educativo centremos el análisis, en primer término, en las Facultades de Medicina. Son ellas las que deben aportar graduados capaces de integrar la comprensión de la enfermedad, el tratamiento de la misma como así también la promoción de la salud y la prevención, además de trabajar proponiéndose lograr estos objetivos en equipos multidisciplinarios, para alcanzar las metas que faciliten *conductas saludables de vida*. En ese ámbito, las facultades deben promover estándares de *conocimiento*, *valores* profesionales de ética y moral que impacten positivamente en la *cultura* ciudadana. Un profesional de cualquier área, pero especialmente de la médica, sin valores humanistas que sostengan su práctica, es un graduado incompleto, un “analfabeto ético”. Los *requisitos globales mínimos necesarios* que se deben alcanzar son capacidades resultantes de un proceso de educación médica, en que el Estado Nacional está implicado a partir de los requerimientos profesionales que él mismo *debe demandar*, a fin de cumplir con las metas de equidad y bienestar social que el derecho a la salud representa. Sin una orientación por parte de las autoridades, los saberes médicos se alejan de las verdaderas preocupaciones sanitarias de la sociedad en donde intervienen estas casas de estudios.

La función esencial de las facultades de Medicina,

recién, se mostrará completa si ellas se articulan con las escuelas médicas y con aquellos centros de actividad médica hoy llamados “privados” (por no ser del Estado, aunque su función es tan pública como la de aquél). Por avatares políticos y económicos diversos, dichos centros se encuentran mejor equipados y son los que funcionan con mayor nivel de eficacia (aunque no con eficiencia). De ahí la necesidad de una organización educacional innovadora público-privada, que integre ambos sectores.

RECUPERAR E INNOVAR: LA MEDICINA COMO CIENCIA-ARTE

Pasemos a las escuelas médicas, que son las que permiten traducir los conocimientos de la ciencia médica básica en experiencias clínicas y habilidades, siendo por sobre todo *espacios de reflexión*, núcleo esencial para discernir conocimientos, conductas habituales, errores y valores éticos profesionales. En estas escuelas se desarrolla la experiencia basada en la *educación médica continua*. No se trata de enseñanzas separadas sino de pedagogías conjuntas.

La escuela médica en sí, tiene su basamento en la interacción médico-paciente. Es la que sustenta el aprender, enseñar y capacitar en forma simultánea, como única manera de controlar la desactualización que el devenir conlleva. Se trata del sitio donde el que aprende imprime un rol activo al que enseña, y así acompaña la evolución de la institución.

Hasta no hace mucho tiempo estas escuelas eran los hospitales públicos, verdaderos “nidos de maestros”, espacios de incubación y desarrollo de profesionales de la salud capacitados para la atención de las necesidades sanitarias de la población. Hoy, más allá de desear su recuperación en su *triple función asistencial, docente y de investigación clínica*, se precisan innovadoras asociaciones con el sector privado a fin de salvar las grietas que los hospitales poseen. Estas fisuras, de hecho, impiden la formación sólida que requieren los propios maestros. Esa recuperación implicaría revivir el legado de aquellos que hicieron viable alcanzar el nivel que la Argentina poseía en atención médica. Se trata de un dilema médico, ético y moral que nos impulse a dejar de lado la parálisis o la inercia organizacional, y bregar por actualizar estructuras, estrategias y culturas que posibiliten la construcción de un *Sistema Federal Integrado de Salud*.

Son estas escuelas las que pueden brindar experiencias educativas que otorguen, revisen, y refuercen conocimientos, de manera de lograr actividades en correspondencia a la ciencia-arte que significa el oficio médico en permanente evolución, en donde reconocemos que “el error” juega un rol destacado. Vale recordar a Georges Canguilhem, quien expresaba que “*equivocarse es humano; perseverar en el error es diabólico*”. Esto nunca es más cierto que en el campo de la salud. □

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).

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
- Geriatria
- Clínica Pediátrica
- Kinesiólogía
- 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 Bucomaxilofacial
- Odontología para niños y adolescentes
- Periodoncia

CURSOS DE POSGRADO

- Perfeccionamiento en Trasplantología
- Auditoria 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 Continuo 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

Una agenda presidencial en salud Miradas políticas con sustento técnico

De cara a las elecciones presidenciales de octubre, referentes del sector de la salud reflexionan sobre los temas y las problemáticas que deberían integrar una agenda que guíe políticas y acciones. Así lo hicieron Luis Scervino, Hugo Magonza y Javier Vilosio, quienes destacaron la importancia de pensar el sector a largo plazo, de generar estrategias y de integrar.



Hugo Navarro, Luis Scervino, Hugo Magonza y Javier Vilosio.

Una preocupación aqueja por igual al sector público, a la seguridad social y al sector privado: la salud raramente forma parte de las agendas políticas de los candidatos. Esta es una realidad que, por supuesto, conlleva muchas desventajas para el sector: sus problemáticas quedan invisibilizadas y no se avanza hacia una estrategia general para la salud. Es por eso que resulta

vital discutir qué temas deberían integrar una agenda presidencial en salud. En el marco de las 13^{as} Jornadas Federales y 12^{as} Internacionales de Política, Economía y Gestión del Medicamento y de las II Jornadas Profesionales Farmacéuticas, fue justamente estas cuestiones las que abordaron Luis Scervino, Vicepresidente del Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social, Hugo

Magonza, Presidente de Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), y Javier Vilosio, representante del Grupo PAIS (siglas de Pacto Argentino por la Inclusión en Salud). Con la coordinación de Hugo Navarro, Tesorero de la Federación Farmacéutica (FEFARA), ente organizador de las Jornadas, la mesa "Una agenda presidencial en salud: miradas políticas con sustento técnico"

dejó en claro por qué resulta vital que la salud integre una agenda política y, a la vez, detalló qué aspectos deberían discutirse: el fortalecimiento de la salud pública, la universalidad concreta de la cobertura, la evaluación de tecnologías, el trabajo sobre los índices básicos de salud y la integración son, según los disertantes, algunos de los más importantes.

UN PLAN NACIONAL DE SALUD

Fue Hugo Magonza el encargado de abrir la ronda de diálogo. “En general, la salud le importa a muy pocas personas: a los enfermos, a sus familiares y a nosotros, que componemos los equipos de salud”. La invisibilización del sector en las agendas políticas, expresó Magonza, es un tema que se viene verificando hace tiempo. Es por eso que, ya hace doce años, ACAMI presentó un Plan Nacional de Salud, para el cual congregó a representantes de todo el país y de los tres subsectores de la salud: “Después de mucho discutir, nos dimos cuenta de que los problemas que nos preocupan son los mismos; sí hay diferentes enfoques, por eso tiene que haber alguien que funcione de rector de la actividad: este es un rol que sólo puede ser del Estado”, afirmó Magonza.

“Es muy difícil convencer a la gente de que la salud es un tema

importante y de que hay que ponerlo en la agenda diaria y planificarla a largo plazo”. Por eso mismo, Magonza pasó a explicitar los conceptos básicos que integran aquel Plan Nacional de Salud ideado por ACAMI. La cuestión de la universalidad de la cobertura encabeza la lista: “El mayor esfuerzo que debemos hacer hoy es lograr que la buena calidad y la cantidad de la cobertura se extienda a los 42 millones de argentinos”, enfatizó. Para esto, la solidaridad se presenta como un rector vital: “No nos imaginamos un sistema no solidario; nuestro sistema es intrínsecamente solidario, aun en las entidades privadas. Nosotros proponemos un plan de modificación gradual del sistema, basándonos en las cosas que andan bien”. Las acciones que se encaren, remarcó Magonza, tienen que mejorar continuamente la situación de los actores de salud.

Un modelo solidario, agregó el representante de ACAMI, también debe incluir un fondo para enfermedades catastróficas. “Estoy convencido de que tenemos que empezar a creer que podemos ser eficientes, inteligentes, racionales y honestos”. La canasta prestacional, por su parte, “no puede ser anárquica ni estar definida sólo por uno de los poderes”, señaló. En cambio, “tiene que estar incluida en una estrategia nacional de salud regida desde un órgano director, como el Ministerio de Salud de la Nación”. La judicializa-

Principios del Plan Nacional de Salud

Hugo Magonza, ACAMI

- Universalidad de la cobertura.
- Solidaridad.
- Calidad.
- Accesibilidad.
- Equidad.
- Efectividad.
- Integración subsectorial.
- Implementación progresiva.
- Alcance federal, con adaptación a las realidades regionales.
- Financiado, preferentemente desde la demanda.
- Sustentable, política y económicamente en el tiempo.

ción de la medicina es otro de los temas a discutir en una agenda presidencial de salud: “Les tenemos que dar a los jueces las herramientas necesarias para que tomen las mejores decisiones para el conjunto del sistema”. La creación de una agencia de evaluación en tecnologías sanitarias se presenta como otro de los puntos




Gestión en Sistemas de Salud
Auditoría de Terreno
Desarrollo de Redes Prestacionales
Optimización del Gasto
Programas Preventivos
www.chkconsultores.com.ar

clave a encarar. Según señaló Magonza, “la evaluación tiene que estar en manos del Estado porque no se puede dejar que los particulares diriman sobre estos temas”.

En sus conclusiones, Magonza aclaró que “los resultados no van a ser en el corto plazo”. Sin embargo, advirtió, “se puede avanzar de forma rápida sobre estos puntos básicos que venimos discutiendo”. “Lo que tenemos no es tan malo; tenemos que trabajar para preservarlo y mejorarlo”.

UN GRUPO, MUCHAS PROPUESTAS

Javier Vilosio fue el encargado de presentar las propuestas de Grupo PAIS, un grupo integrado por profesionales de distinta extracción institucional y partidaria. “Surgió, comentó Vilosio, para generar un consenso mínimo sobre las cosas que deberíamos hacer para mejorar el sistema de salud”. “Lo cierto es que este es un sector cuyos miembros están atomizados, nos hemos disgregado con el tiempo” y eso, según Vilosio, es, en parte, causa de que la salud no aparezca en las agendas. El primer documento del Grupo surgió en 2012 y se basó en tres líneas de pensamiento, la justicia, la beneficencia y la autonomía, y en trece propuestas concretas.

“El principal problema de nuestro sistema de salud es la inequidad”, afirmó Vilosio. Aunque los valores promedio no son malos, el problema real se hace visible cuando se analizan los extremos: “Es ahí donde las diferencias son intolerables: mientras buena parte de nosotros consumimos servicios de salud que no necesitamos y que nos dañan, otros no acceden a cuestiones básicas, ni siquiera a servicios tan vitales como el agua potable o la red de cloacas”.

Hoy por hoy, comentó Vilosio, Grupo PAIS está trabajando en un nuevo documento, en el que se enfatizan proyectos como el de instaurar seguros provinciales de salud: “Debemos aclarar, no obstante, que el Ministerio de Salud, mediante su programa SUMAR, ya está actuando en este sentido”. Otro de los puntos salientes del nuevo documento es la propuesta

Propuestas del Grupo PAIS

Javier Vilosio

1. Configurar una nueva relación Nación-Provincia.
2. Consolidar una agencia regulatoria de salud integrada.
3. Jerarquizar problemas de salud para cada etapa del ciclo de vida.
4. Crear un seguro universal para la cobertura de enfermedades catastróficas.
5. Construir redes de complejidad creciente y con responsabilidad nominada sobre población a cargo.
6. Comprometer al paciente: La salud involucra derechos y deberes.
7. Procurar una apropiada participación de los beneficiarios en el sistema de salud.
8. Corregir desigualdades en la infraestructura y los recursos humanos.
9. Establecer un programa integrado de recursos humanos en salud que guarde pertinencia con el perfil epidemiológico del país.
10. Evaluar el desempeño de los financiadores en función de los resultados de salud obtenidos sobre la población a su cargo y vincular la asignación de recursos a compromisos de gestión.
11. Brindar mayor autonomía a los efectores públicos.
12. Conformar Sistemas Integrados de Salud Provinciales.
13. Compensar desigualdades en un piso de atención mediante fondos nacionales.

de integrar el Pami y las obras sociales provinciales en un marco de funcionamiento conjunto. Además, el Grupo comparte la idea de un seguro nacional de enfermedades catastróficas, tanto para las personas como para las instituciones. En cuanto al PMO, Vilosio destacó que “tal como está, no es una herramienta adecuada. Hay que plantear líneas de cuidado para asegurar el tratamiento en todo el ciclo vital de las personas”. El representante del Grupo PAIS también mencionó la necesidad de establecer un método para regular la oferta tecnológica, “que incluya no sólo medicamentos y aparatos, sino también los sistemas de gestión y de información”.

Para finalizar su exposición, Vilosio llamó la atención sobre un hecho idiosincrático que afecta al sector: “Hay una capacidad muy nacional nuestra: la de destruir o empeorar cualquier sistema. No hay ningún sistema que en la Argentina vaya a garantizar nada si nosotros no recuperamos como sociedad el valor de la ley, de la justicia, de la censura social al que delinque, al que es vivo: porque en materia de salud esas cosas significan sufrimiento y muerte que podrían evitarse”.

LA SALUD INTEGRAL

Luis Scervino cerró la mesa y lo hizo acercando un panorama del sector salud desde el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social. “Hay muchas ideas sobre el sistema de salud, pero diagnósticos hay pocos, por eso nos parece importante detenernos a pensar un diagnóstico”, adelantó. Para eso, Scervino empezó preguntándose de qué hablamos cuando hablamos de salud. “¿Hablamos en términos integrales o hablamos solamente de atención médica?”. Ese es justamente el problema, enfatizó: “Los médicos miramos el sistema de salud sólo a través del ojo del hospital”.

Si, en cambio, nos proponemos encarar el tema de la salud integralmente, son muchas las problemáticas que saltan a la vista. El de la mortalidad infantil, por ejemplo. “Las cifras dicen que el 55% de la mortalidad infantil se produce por causas evitables y

que un 30% de ese valor se concentra en el quintil más pobre de la población", señaló Scervino. A la vez, los valores de mortalidad infantil varían ampliamente de provincia a provincia: "Se trata, entonces, de una inequidad regional, interna, entre las provincias".

Temas como el de la mortalidad infantil, como el de la vivienda, como el del deterioro de la educación, el de consumo de drogas y el de los embarazos adolescentes son temas que tienen que ver con la salud como concepto amplio, y no estrictamente con la atención médica, enfatizó Scervino. "Y, sin embargo, son determinantes claves para la salud; por eso, cuando hacemos propuestas tenemos que pensar más allá de la atención médica y encarar estas problemáticas". "Mejorar la red de cloacas o el acceso al agua potable nos va a dar mejores resultados que cualquiera de las leyes por enfermedad que nuestros legisladores votaron en los últimos años", advirtió.

También, por supuesto, resulta valioso hablar desde la atención médica. En esta línea, y luego de repasar los valores de gasto de cada subsector, Scervino remarcó que "el grave problema que tenemos es que el sector público es ineficiente; hay que decirlo de una buena vez". "El hospital tiene que ser eficiente porque si no es eficiente no es equitativo", definió Scervino. Para lograr la equidad, señaló, es necesario terminar con la modalidad de "cortar cintas": "la propuesta que hacemos desde la seguridad social es que los fondos que nos tienen retenidos, y que ya damos por perdidos, se inviertan en trabajar en un plan nacional de gestión e infraestructura". La integración de la

Temas para una agenda de salud

Luis Scervino, Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social

- ✓ Creación de una Agencia Nacional de Evaluación de tecnologías.
- ✓ Identificación de toda la población mediante una *credencial única de la seguridad social*.
- ✓ Desarrollo progresivo de registros digitales.
- ✓ Fomentar el proceso de acreditación institucional y hospitalario tanto público como privado, para los próximos 10 años. Limitar en el futuro la contratación de la seguridad social a prestadores no acreditados.
- ✓ Fomentar la interrelación entre el hospital y las Universidades, no sólo en el campo de la medicina, sino también en el de la gestión, la arquitectura, la investigación, etc.
- ✓ Orientar la formación de los recursos humanos en salud en función del modelo: fomentar la formación y jerarquizar el trabajo del médico familiar.
- ✓ Fomentar la "producción nacional" de medicamentos, en especial biológicos y de alto costo.
- ✓ Avanzar hacia una política genuina de medicamentos genéricos que cumplan con los requisitos de biodisponibilidad y bioequivalencias.

seguridad social y el sector público, postuló Scervino, será el gran desafío de los próximos años. "Se puede llevar a cabo, hay que poner al sector público en condiciones de eficiencia".

Entre las propuestas del Instituto, Scervino mencionó la creación de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, basada en la evidencia médica. La identificación de toda la población de la seguridad social mediante una credencial única, el desarrollo de registros digitales y la creación de

una agencia para la salud de la primera infancia son otras de las ideas que surgen del Instituto. Hacia el final, se hicieron oír los aplausos en la audiencia cuando Scervino presentó una propuesta central: "Destinar el 30% del presupuesto de publicidad a la promoción de enfermedades prevalentes: esta es una herramienta espectacular y ningún gobierno la usa; tenemos que usarla para prevención y para ver si podemos generar cambios en los hábitos de conducta". □



Menéndez, Mouro & Asociados S.A
Consultora de salud

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

contacto@menendezmouro.com
 info@odontodos.net

¿Hacia dónde va la salud pública en América latina?



Por el Dr. Federico Tobar

Las respuestas que se brindan en los países de América latina a las necesidades de salud de la población comienzan a enfrentar nuevos desafíos. Con ánimo de organizar su abordaje y caracterización se distinguen aquí dos movimientos de naturaleza diferente. En primer lugar, se trata de desafíos que se nos presentan bajo la forma de transiciones. En segundo lugar, podemos sospechar que la salud pública enfrenta una crisis paradigmática. En este artículo se abordan ambos en forma sintética.

CINCO TRANSICIONES QUE AFECTAN LA SALUD

Cuando hablamos de transición nos referimos a procesos de transformación continua que se inician desde un punto de partida conocido y en los cuales se identifica con cierta claridad la dirección de los cambios. En demografía se ha consolidado la explicación de la denominada "transición demográfica" que se registra en aquellas poblaciones donde la tasa de natalidad disminuye en forma sostenida y la estructura etaria de la población comienza a registrar cambios progresivos pasando de una forma piramidal a otra ojival en la cual hay pocos nacimientos y cada vez más población adulta.

En 1971 Abdel Omram acuña la expresión "transición epidemiológica" para referirse a los cambios ocurridos en países desarrollados cuando se transformaron positivamente las condiciones de vida de sus poblaciones, por el mejoramiento de las condiciones sanitarias básicas, la nutrición, las condiciones de trabajo y el ambiente residencial, sumado a la transición demográfica. La transición epidemiológica tiene dos etapas; la primera constituye la alta mortalidad que ocasionan patologías infecciosas y la desnutrición; la segunda se caracteriza por enfermedades crónico-degenerativas. Se ha criticado mucho su utilización de en los países en desarrollo debido a un conjunto de limitaciones, entre ellas a la evidencia que acumula una doble carga de enfermedad y mientras no se han resuelto los principales problemas de la primera fase comienzan a acumularse los de la segunda.

Más allá de las posibles limitaciones explicativas que puedan registrar estos conceptos, es evidente que el rápido envejecimiento de la población con la reducción de la mortalidad general y de la tasa de fecundidad de las mujeres, se expresa en el predominio de las enfermedades crónico degenerativas como las principales causas de muerte y enfermedad de la población. La asociación de

ese proceso a la intensiva urbanización y modernización de la vida en las grandes ciudades, ocasiona el sedentarismo progresivo con las nuevas formas de entretenimiento (donde cada vez se destinan más horas a la TV, juegos electrónicos, internet) junto a la expulsión los niños del espacio público por la violencia, convirtiéndolos en las principales víctimas de ese proceso.

Para enfrentar a estos cambios hace falta que cambien las respuestas. Las transiciones epidemiológicas y demográficas requieren una adaptación del sistema de servicios. Una nueva transición desde un modelo de atención centrado en el servicio y en los cuidados episódicos hacia un nuevo modelo de atención en red y con cuidados continuos. Porque hasta ahora, los sistemas de salud venían funcionando en base a servicios que trabajan en forma aislada y ejerciendo lo que Esteban Lifschitz describe como "medicina del radar" en la cual el contacto médico-paciente sólo se produce ante la aparición del síntoma y luego de su resolución el paciente deja de ser captado por el "radar" hasta que él mismo consulte ante la aparición de un próximo problema de salud¹.

Un sistema de salud enfocado en respuestas sintomáticas tiene que transformarse entonces en un sistema que funciona en red. Y funcionar en red requiere captar al paciente antes, acompañarlo en su tratamiento mejor y por más tiempo que si los servicios funcionan de forma aislada². Sistemas de salud organizados para dar respuesta a cuadros agudos, obligatoriamente se tienen que transformar en redes de cuidados orientadas a enfermedades crónicas, procesos neuro-degenerativos, cuadros depresivos entre otros. Redes integradas que asumen a la atención primaria de salud como eje de esa estructura en torno de la cual se organizan prácticas, estrategias y tecnologías, tendrán mayor éxito en la búsqueda de la calidad y la equidad en salud.

Ese complejo proceso se conecta a los cambios en la tecnología médica, en la organización de los sistemas de salud y en la capacidad de cada país de desarrollar y producir las tecnologías adecuadas para enfrentar ese nuevo perfil de carga de enfermedad. En los países que han logrado consolidar una mayor y mejor respuesta a los problemas de salud de la población la problemática de la tecnología adquiere nuevos matices relacionados con el desarrollo científico tecnológico. Entonces, no sólo se trata de lograr respuestas a los problemas de salud de la población sino también de que las mismas se integren dentro de una estrategia nacional orientada a la investigación y el desarrollo tecnoló-

gico y de la reducción de la dependencia externa en el campo del dominio de las nuevas tecnologías médicas. Esto es más claro y perceptible en el ámbito de la industria farmacéutica y en particular de la biotecnología, pero también involucra la informática médica y el desarrollo de tecnologías de diagnóstico. Todo el ámbito de intervención que en Brasil ha sido denominado “complejo médico industrial”. Cuya sola inclusión en el discurso político ya denota un avance en la transición tecnológica a la que nos estamos refiriendo.

Por último, también se incorporan dimensiones culturales e ideológicas a la trama de elementos que integran el sector salud. Pacientes más informados sobre salud (aunque no necesariamente adecuadamente informados) se transforman en consumidores voraces de métodos, técnicas y productos lanzados al mercado. No necesariamente para concretar derechos o responder a necesidades, sino muchas veces para atender impulsos consumistas. Cuestiones polémicas como el proceso de judicialización de las coberturas de salud, de la medicalización de la vida cotidiana, de la influencia de las estrategias mercadológicas de las industrias de la salud sobre los prescriptores; impactan sobre las prácticas, los costos y el desempeño de los sistemas de salud en todo el mundo pero lo hacen en forma singular sobre los sistemas de salud de América latina.

La transformación de los cuidados en salud en un consumo y su efecto colateral, la judicialización de la cobertura y la financiación de los cuidados son más dramáticos en América latina porque se trata de sistemas de salud fragmentados (en los que algunos tienen derechos y otros no) y por el modelo de derecho imperante. André Medici afirma que la judicialización es

diferente en los países europeos porque el derecho colectivo a la salud prevalece sobre los derechos individuales. La cobertura de salud está definida sobre protocolos de atención y una vez que son incorporados en los mismos se constituye un derecho de todos los ciudadanos. Nada que esté fuera del protocolo es cubierto ni financiado por el Estado ni es obligado a ser cubierto por seguros privados. Por lo tanto, en Europa, los abogados de las familias o las empresas no pueden hacer nada para obligar a los sistemas de salud a pagar aquello que no está oficialmente reconocido como eficaz y eficiente³.

En conclusión, se registran en nuestra región tensiones que impulsan transformaciones progresivas que a veces resultan más rápidas y contundentes y otras más postergadas (no contempladas en las agendas públicas). Pero se trata de transiciones porque hay un relativo consenso a nivel de la comunidad sanitaria internacional respecto a cuáles son las soluciones. Se trata de cambios en los modelos de atención que apuntan a construir cuidados continuos y progresivos. Que orientan a las políticas desde un enfoque de determinantes sociales de la salud del ciclo de vida. Que captan y aprovechan las tecnologías de información para un seguimiento más efectivo de los ciudadanos. Que utilizan las evaluaciones científicas para revisar las prestaciones y tecnologías a ser garantizadas buscando captar los avances de la Medicina Basada en la Evidencia

UNA CRISIS PARADIGMÁTICA EN SALUD PÚBLICA

En el otro extremo están aquellos desafíos que enfrenta la salud pública en nuestra región para los



En la permanente evolución de los servicios
farmacéuticos para el bienestar de la comunidad.

Hipólito Yrigoyen 900 – 3ero P. Of. B (1086) – Capital Federal
Tel/Fax: 011 4342 9473 – fefara@fefara.org.ar - www.fefara.org.ar

cuales no tenemos aún un rumbo definido. En parte estamos como niños o adolescentes que pierden el referente sobre el cual espejarse. Por un lado, los sistemas de salud europeos, aquellos estados de bienestar que funcionaron como nuestro ideal, ahora sufren una profunda revisión. Se recortan prestaciones y fundamentalmente presupuestos, se excluyen protecciones, se arancelan servicios y se incorpora la cofinanciación con cargos al usuario. Todo un arsenal de medidas que en las décadas anteriores los sanitarios latinoamericanos no hubiéramos dudado en llamar de neoliberales. Por otro lado, el Sistema de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica, el último bastión mercadista en salud enfrenta bajo el impulso de Barak Obama una transformación concreta en favor de un mayor acceso y estableciendo protecciones universales.

Hasta hace poco tiempo las tendencias eran claras. Los países europeos construían protecciones en salud universales y financiadas enteramente con recursos públicos, mientras que en Estados Unidos de Norteamérica aunque prosperaban los incentivos para desarrollar una atención médica de calidad, las respuestas surgían desde el mercado y se financiaban con recursos privados. Pero en los últimos años las tendencias se invirtieron, en Estados Unidos de Norteamérica aumenta la financiación y cobertura públicas mientras que en Europa ésta se retrae. En este proceso, los países de América latina permanecemos como impávidos espectadores que se quedaron sin imaginar cómo termina la película.

La discusión más relevante es respecto sobre cuáles deben ser los modelos de protección social a construir. La Organización Panamericana de la Salud bajo la gestión de su actual directora Carissa Etienne ha asumido la bandera de la universalización de la cobertura y el acceso a la salud como su lema principal. Sin embargo, no ha conseguido definir en forma operativa en qué consiste la cobertura universal ni cuáles deberían ser los caminos para construirla en la región. Todas las constituciones de la región establecen el derecho a la salud⁴ pero ningún país lo hace efectivo. Carlos Vassallo señala que los gobiernos de la región comienzan a abordar el tema del derecho a la salud y la universalidad, pero sus sistemas continúan siendo muy dependientes del ingreso de los trabajadores formales y en escasa medida de rentas generales. En consecuencia los sistemas continúan siendo procíclicos, cuando se crece hay fondos suficientes, el problema aparece cuando se ralentiza la actividad económica y el empleo cae. No podemos descuidar que el gasto privado en salud en la Región alcanza un promedio del 45% y constituye una muestra clara de la inequidad en materia de financiamiento⁵.

Sabemos que un sistema de salud que funciona bien es aquel que reduce la enfermedad pero también los gastos de bolsillo, que son muy regresivos, y en la región hay evidencia de que los mismos no se retraen⁶ o al menos no lo hacen como se podría esperar que lo hagan. Sin embargo, la situación sanitaria no es similar en todos los países. Podríamos decir que, como en el fútbol, hay una primera A, una primera B y ligas inferiores. En las ligas mayores estarían aquellos países que enfrentan y debaten reformas y políticas en forma permanente, haciendo de la mejora de sus respuestas en salud una política de Estado. En la segunda línea están los países que aunque aún no han logrado respuestas

completas pero están trabajando en innovaciones. Por último están los países en los cuales el sistema y las políticas de salud permanecen en piloto automático.

El Banco Mundial, quien desde 1993 con su "Invertir en salud" ejerce una notable incidencia sobre las agendas de salud de los países de la región, no duda al respecto de cuál es la receta a seguir. Promueve estrategias de aseguramiento público que complementen a los seguros sociales⁷. Se ha estimado que un 40% de la población económicamente activa en la región cuenta con seguros contributivos⁸ y durante la última década los mismos se han expandido. De manera que resultaría financieramente sostenible el endeudamiento de los estados para contraer préstamos con el Banco Mundial que permitan financiar seguros públicos que complementen a los seguros sociales vigentes.

Desde la izquierda se critica al aseguramiento por preservar la fragmentación, que constituye el principal problema de los sistemas de salud de América latina y se defiende a los sistemas únicos⁹. Sin embargo, ni Ecuador ni Bolivia, que en su momento lo consideraron, han conseguido avanzar hacia sistemas únicos de salud.

Pero lo que aquí intentamos describir como un debate abierto está lejos de serlo. Si algo caracteriza la política de salud en América latina es que se perdió el debate. En conclusión, tratando de responder a la pregunta que da título a este artículo. Siendo generosos podríamos decir que el rumbo de los sistemas y las políticas de salud de América latina se dirime como resultado de una macro discusión (o una discusión sobre macrogestión sanitaria) con final abierto y de una mesodiscusión (o una discusión sobre mesogestión sanitaria) en la que parece haber más consenso respecto a los rumbos a seguir. □

¹ Lifschitz Esteban (2014). "La medicina del radar". Disponible en: <http://www.fsg.org.ar/publicaciones/La%20medicina%20del%20radar.pdf>

² Tobar F & Anigstein C (2014). Redes en salud. Florencia Varela. Universidad Nacional Arturo Jauretche.

³ Medici A (2010). "Judicialização, Integralidade e Financiamento da Saúde". En *Monitor de saúde*. Disponible en: <http://monitordesau.de.blogspot.com/2010/04/judicializacao-integralidade-e.html>

⁴ Madies C; Chiarvetti S & Chorny M (2000). "Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud". *Rev Panam Salud Publica* vol.8 n.1-2 Washington Jul./Aug. 2000. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700007>

⁵ Vassallo C (2013). "Los caminos de la universalización de la salud en América Latina". *Revista Médicos* N° 78. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero78/medicos78.pdf>

⁶ Pedraza, Camilo Cid (2013). "Gasto de Bolsillo en Salud y Rol del Gasto Público en Países de América del Sur". *IV Encuentro Unidades de Economía de la Salud*. Santiago de Chile, Noviembre de 2013

⁷ World Bank. "Crecen los seguros de salud universales en América Latina". <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/02/14/universal-healthcare-latin-america>

⁸ IDRC. Protección social en salud en América Latina y el Caribe (2011). Hernández Bello, A & Rico de Sotelo, C (Editoras). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2011 Página 108

⁹ Laurell A C. (2011). "Acceso Universal. Sistemas únicos versus aseguramiento". Seminario taller "Sistematizando Lecciones y Experiencias en la Construcción de Sistemas Únicos de Salud". La Paz, Bolivia. 19 de abril de 2011., Disponible en <http://www.alames.org/documentos/suscris.pdf>

PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA

COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros



Farmacoeconomía y Políticas Públicas en Salud

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)



El debate mundial sobre el precio de nuevos medicamentos destinados a tratar ciertas patologías crónicas y/o neurológicas específicas ha puesto sobre el tapete algunas cuestiones que tienen que ver por un lado con el perfil que va adquiriendo la industria farmacéutica y por otro con cierta necesidad de regular el mercado sanitario para evitar la dinámica expansiva que muestra el gasto de dicho sector. En medio de este dilema, muchas políticas de salud quedan condicionadas a la acción e intereses económicos de las propias empresas o de sus respectivos lobbies, a partir de las expectativas de ventas derivadas de productos con elevado precio de comercialización. Una simple píldora cuyo valor sea de u\$s 1.000 es algo completamente alejado de lo razonable que puede resultar el costo en I+D asociado al gasto requerido para su posicionamiento en el mercado. Pero también lo suficientemente atractivo como para generar - a nivel de los inversores no directamente relacionados con la farmaquímica o la biotecnología - una importante revalorización de activos en el contexto de la naciente burbuja especulativa que los atrae. El problema es que esta lógica se vuelve absolutamente contradictoria con la oportunidad de acceder al tratamiento por parte de los pacientes afectados, y de financiar sus costos.

Lo que antes fue innovación farmaquímica ha ido reduciendo lentamente su campo de acción, para trasladar las prioridades de investigación al campo de las moléculas biotecnológicas, cuya ventaja esencial es la ausencia de genéricos. Cabría preguntarse si lo que se investiga y desarrolla son fármacos novedosos destinados a una mejora estadísticamente significativa en la salud, o simplemente la cuestión es posicionar un producto que rápidamente alcance el billón de dólares en ventas y se transforme en *blockbuster*. Según un trabajo de *The Lancet*, entre 1975 y 2004 sólo el 1.3% de 1.556 nuevas moléculas en desarrollo se destinaron al tratamiento de enfermedades poco frecuentes. Pero de allí en adelante, el objetivo se enfocó en encontrar una terapéutica efectiva para la Hepatitis C, el Alzheimer o la Esclerosis Múltiple, sumando al amplio campo de la oncología. Voces de la salud más duras pero científicamente autorizadas han sugerido que a las *Big Pharma* no les interesa encontrar cura para las enfermedades denominadas catastróficas. El Premio Nobel de Medicina 1993 Richard Roberts sostiene que *"curar de una vez y para siempre no es rentable, y por eso no hay desarrollos de ese tipo por parte de las empresas*

y sí en cambio en el campo de las moléculas cronicadoras de dolencias que se consumen en forma serial". El problema reside en hasta donde resulta éticamente sostenible que las compañías farmacéuticas se rijan por idénticos principios y metodologías que el mercado capitalista, y procuren sortear regulaciones o directamente controlarlas para ampliar sus ingresos. Si sólo se piensa en los beneficios, se deja de lado cualquier preocupación por las personas.

Como negocio lucrativo, la producción de fármacos se ha transformado en una industria de inversión permanente, guiada por las expectativas que estos generan tanto en el sistema de salud como en la bolsa de valores o en los beneficios de sus accionistas. Once principales *Big Pharma* mundiales generaron entre 2003 y 2012 ganancias por u\$s 711,4 billones. Según datos de la Comisión Europea (2012), la industria farmacéutica - biotecnológica es el primer sector empresarial del mundo, con el 17.7% del total de la inversión industrial a nivel global.

El sostenido crecimiento del gasto farmacéutico a nivel mundial agudiza dos problemas para la regulación pública, en relación al costo de oportunidad que resulta del uso de otros recursos del sistema de salud. Uno es la magnitud que alcanza en alguno de ellos y cuál debe ser su dimensión óptima para que los recursos disponibles puedan ser distribuidos eficientemente junto al resto de las tecnologías sanitarias, más allá de las imperfecciones del mercado. Un peso del orden del 30%, como posee nuestro país, resulta francamente "anómalo", si se lo considera frente al gasto europeo. El otro es si los nuevos medicamentos de alto costo aportan algún valor terapéutico agregado en relación a fármacos ya disponibles en el mercado. En tal caso, correspondería que la utilidad marginal o incremental del nuevo producto fuese equivalente o superior al costo marginal que posee, a fin de maximizar las ganancias de salud para un determinado gasto. En pocas palabras, definir si el medicamento en cuestión "vale lo que cuesta".

En este contexto, se vuelve necesidad estratégica para nuestro sistema de salud rever las carencias regulatorias sobre el mercado farmacéutico, punto donde la farmacoeconomía resulta instrumentalmente útil no sólo para determinar qué y cuántos medicamentos justifican su ingreso al mercado en términos de beneficio terapéutico auténticamente novedoso. También para fundamentar decisiones políticas respecto del financiamiento y ayudar a definir el posicionamiento

terapéutico de determinado producto en relación a su precio. La ausencia de una Agencia paraestatal de Evaluación de Tecnologías que específicamente aborde esta problemática, debilita cualquier posible esquema regulador, especialmente dada la profusión de medicamentos en el mercado. Se suma a ello la fragilidad política del marco legal de aplicación de la prescripción por nombre genérico destinada a disciplinar el crecimiento del gasto, que ha hecho fracasar el intento de impactar sobre los precios del sector. La aplicación del análisis fármaco económico permitiría asociar a la política de medicamentos una cuarta garantía o barrera operativa a las tres básicas de calidad, seguridad y eficacia.

La cuestión central para incorporar un esquema de cuarta garantía al marco regulatorio se basa en el requerimiento a la industria farmacéutica de evidencia económica y terapéutica que avale el ratio costo/efectividad de los medicamentos que produce. De esta forma es posible abordar en forma transparente la encrucijada entre los objetivos del regulador y las aspiraciones de la industria y decidir sobre el financiamiento tanto como incidir sobre la prescripción. Las evaluaciones de posicionamiento terapéutico para el uso del fármaco pasan a ser científicamente rigurosas sobre la base no sólo de la información que provee el fabricante sino también de la evidencia empírica procedente de análisis o metanálisis. Si se decide la inclusión de un medicamento al mercado farmacéutico en base de un ratio aceptable, el regulador podrá tomar el precio utilizado en la evaluación económica como eje de la negociación.

Las publicaciones del sector señalan que las *Big Pharma* razonan y toman sus decisiones empezando a pensar en términos estrictamente financieros, y que los beneficios ya no son puestos como inversión al servicio de la producción industrial. Y también que la industria farmacéutica registrara un crecimiento a tasas anuales inferiores al 4% mientras el gasto global en medicamento rondara los u\$s 1.2 trillones en 2016 a la par del crecimiento de la población y la mayor indicación de nuevas moléculas. Especialmente las biotecnológicas, que llegaran a transformar la evolución de un amplio espectro de enfermedades con altas tasas de cura y escasos efectos colaterales. Para las compañías farmacéuticas, aumentar enormemente sus precios sería una manera fácil de expandir la facturación sin tener que atravesar años de costosa y arriesgada investigación para obtener nuevos desarrollos. Para los hospitales y las administradoras de salud, tener que absorber cada vez mayores costos y poder sostenerlo pasará a ser una gran preocupación. El dilema de la salud pública en la próxima década no se limitará sólo a la posibilidad de disponer de una cura para determinada enfermedad, que en muchos casos ya existe. Teniendo en cuenta que lo que puede ser costo/efectivo para la sociedad no resulta necesariamente igual para los financiadores, el dilema consistirá en saber si es posible regular los precios de los medicamentos – distinguiendo las innovaciones costo/efectivas a través de la farmacoeconomía - y más importante aún, poder pagar la cuenta del tratamiento. □

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



Especializaciones y Maestrías INICIO AGOSTO 2015

ESPECIALIZACIÓN EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS
CRÍTICOS DEL ADULTO
Y EL ANCIANO

ESPECIALIZACIÓN EN
PREVENCIÓN DE RIESGOS
LABORALES

MAESTRÍA EN
FARMACOPOLÍTICAS

MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LA SEGURIDAD
ALIMENTARIA | MAGESA

Resoluciones: Enfermería CONEAU Expte. N° 10.847/11 / Riesgos CONEAU Expte. 804-122/10 / Farmacopolíticas R.M. 1777/10 M.E. / Seguridad Alimentaria Resolución N°584/09 M.E.- Reconocimiento Oficial. Proyecto aprobado por CONEAU

5239.4000

www.isalud.edu.ar

posgrados@isalud.edu.ar

Venezuela 931/847/758 | CABA



Prioridades en Salud Pública



Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.

En nuestro país, la Mortalidad Infantil (MI) y la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) han mejorado en las últimas décadas. Efectivamente la MI descendió un 80% en los últimos 60 años y la EVN aumentó alrededor de un 20% en ese mismo período. O sea hoy los argentinos vivimos unos 13 años más que en aquel entonces. Eso es una muy buena noticia. Pero la realidad es que todos los países del mundo han mejorado estos indicadores. Lo que cobra importancia entonces es el ritmo o la velocidad de las mejoras de estos indicadores y la calidad de vida de esos años agregados. Y en este sentido la Argentina ha perdido terreno. Del 2^{do} lugar que ocupábamos en cuanto a ambos indicadores en América latina en la década del 50 pasamos a un 7^{mo} lugar en la actualidad respecto a la EVN y a un 5^{to} lugar en cuanto a la MI. A su vez ha aumentado la carga de morbilidad crónica discapacitante en los últimos años de vida.

A fin de mejorar nuestra performance debemos ponernos como meta llevar en un corto plazo la EVN a unos 80 años. Esto requiere triplicar el ritmo de aumento de la EVN de los 2 meses por año actuales a 6 meses por año durante un período corto de tiempo. Pero como dijimos, no sólo de trata de agregar años de vida, sino de agregar también vida a esos años, o sea no solo aumentar la cantidad de años vividos, sino de mejorar la calidad de esos años y para eso debemos disminuir la proporción de enfermedades discapacitantes.

LAS CARGAS DE MORBILIDAD

La evaluación de la carga de morbilidad es un gran paso adelante a fin de medir el perfil epidemiológico de un país o región, ya que combina la mortalidad y la discapacidad producida por las diferentes enfermedades en forma conjunta. Esto es un salto cualitativo a las clásicas mediciones de mortalidad y morbilidad por separado. El indicador que se utiliza para cuantificar la carga de morbilidad es el AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) que permite cuantificarla al tener en cuenta, de forma simultánea, la muerte prematura y las consecuencias no mortales para la salud de la enfermedad y los traumatismos.

Los AVAD o DALYS en sus siglas en inglés (disability-adjusted life year) fueron desarrollados por Murray y López, y los resultados de su aplicación fueron publicados por primera vez en 1993, en un trabajo realizado en forma conjunta entre el Banco Mundial y la OMS denominado Invertir en Salud (World Bank, 1993).

Este indicador también se conoce como AVISA (años de vida saludables) o con la sigla inglesa QUALYS (años de vida ajustados en función de la calidad de vida).

Este método se basa en una perspectiva de incidencia y ofrece una estimación del número de años de vida perdidos por muertes prematuras o vividos con discapacidad a causa de enfermedades o traumatismos. La información que aporta un indicador AVAD puede ayudar a fijar, de forma más adecuada, las prioridades de los servicios de salud (Bernabeu Mestre y Robles González, 2000b: 45-54).

Al ofrecer una medida unificada que combina los años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida no saludables que se viven por discapacidad debidos a las diferentes enfermedades y problemas de salud, posibilita comparar la magnitud de los daños producidos por cada enfermedad, establecer prioridades y evaluar las diferentes intervenciones. Así mismo es un indicador adecuado para medir estudios de costo efectividad al permitir comparar los años de vida saludables ganados por cada peso (u otra unidad de medida monetaria) invertido en cada intervención. Desde la perspectiva de la gestión de políticas públicas los AVAD son un salto cualitativo a los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) y a los indicadores de incidencia de enfermedades.

LAS PRIORIDADES DE SALUD PÚBLICA EN LA ARGENTINA

A fin de lograr la meta mencionada más arriba, desde la perspectiva de la evaluación de la carga de morbilidad, cinco serían los grupos de problemas a priorizar.

En primer lugar sobresale la carga de mortalidad enorme que sigue presentando el primer año de vida. Este primer año de vida aporta alrededor de un 12% de la carga total de mortalidad medida en años perdidos. Hay aquí mucho por hacer desde el diseño y gestión de políticas públicas. Si analizamos las causas de estas muertes en este primer año vemos que la mayor preponderancia la tienen las causas englobadas dentro de las infecciosas, maternas o perinatales a las que le siguen las no transmisibles en un porcentaje relativamente alto. Esto significa que para lograr un impacto importante en el descenso de la mortalidad infantil y ganar años de vida, se deben establecer políticas públicas bidireccionadas hacia el cuidado de la madre y el niño desde un enfoque preventivo y promocional.

desde incluso antes de la concepción, y por lo tanto anticipatorio, y al mismo tiempo también centrar los esfuerzos en una fuerte política de fortalecimiento de las maternidades y neonatologías y en el desarrollo y mejoras en la accesibilidad de técnicas quirúrgicas neonatales.

Un segundo grupo de problemas a priorizar estarían integrados por las muertes y discapacidades debidas a las denominadas Causas Externas, fundamentalmente los accidentes de tránsito, suicidios y otras muertes violentas en varones de 10 a 35 años. Efectivamente, el 61% de estas muertes se deben a causas no intencionales dentro de las cuales un poco más de un tercio corresponden a accidentes viales, un 28% a factores externos varios y otro tercio a otras causas externas. El 39% restante causado por lesiones intencionales, está compuesto por agresiones (un poco menos de la mitad) y por suicidios en un 54%.

Un tercer grupo de problemas tienen que ver con enfermedades crónicas no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares y los cánceres. Este grupo es el que más años de vida perdidos por muerte prematura (AVPMP) aportan en total. Comienzan a tener una preponderancia manifiesta a partir de los 35 años de edad. Las tres primeras causas son cardiovasculares: las cardiopatías isquémicas en primer lugar, otras cardiopatías en segundo y los ACV en tercer lugar.

Entre los cánceres vemos que el de tráquea, bronquios y pulmón sigue aportando más AVPMP en los hombres que en las mujeres aunque de todos modos tienen mayor peso relativo que el cáncer de cuello de útero. Sin embargo si sumamos cáncer de cuello de útero con cáncer de útero, el peso relativo de estos representan el 2,6% del total. También observamos que la diferencia en las neoplasias la está marcando el cáncer de mama con un peso relativo muy importante del 5% se ubica en el cuarto lugar.

Un cuarto grupo de problemas a priorizar son las denominadas enfermedades mentales. Las demencias y depresiones ocupan un lugar muy alto entre las enfermedades discapacitantes. Si sumamos alcoholismo y otras adicciones este grupo toma una dimensión realmente preocupante.

Finalmente como quinto grupo a priorizar se destacan una serie de enfermedades entre las cuales

mencionaremos a la diabetes y a la EPOC por su alta incidencia y por los grados de discapacidad que provocan.

DE CARA AL FUTURO

La Argentina de cara al futuro enfrenta enormes desafíos en salud. Con un perfil epidemiológico complejo, una gran proporción de su población bajo la línea de pobreza e indigencia, un sistema de salud altamente ineficiente e inequitativo y la problemática de la salud fuera de la agenda política resulta difícil encontrarle la punta al ovillo.

En las últimas décadas nos hemos movido priorizando alguno de dos enfoques. En la década de los 90 el foco estuvo puesto en intentar reformar el sistema de servicios de salud, y los conceptos predominantes fueron los de eficiencia y eficacia. En esta última década, por el contrario estas palabras (reforma, eficiencia y eficacia) pasaron a ser conceptos asociados al neoliberalismo y fueron consideradas rayanas a las malas palabras y borradas de las agendas de los decisores. El eje pasó entonces a un enfoque que podríamos describir más asociado a las propuestas desde la salud pública más tradicional. Los conceptos que prevalecieron fueron los de equidad e igualdad. Pero ninguno de esos enfoques logró un impacto adecuado.

Podemos superar esta falsa dicotomía. Para lograrlo debemos tener en claro el propósito final del sector y alinear detrás de éste a las políticas públicas. El propósito debe estar definido en términos de ganancia de años de vida saludables. Debemos proponernos aumentar a 80 años la EVN en los próximos diez años, disminuyendo la carga de morbilidad y discapacidad.

Priorizar significa asignar recursos, poner el problema en la agenda nacional, buscar consensos, generar políticas adecuadas y gestionirlas eficientemente. Esperemos que el próximo gobierno pueda hacerlo. □

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



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

Acerca de la legitimación pasiva en acciones de amparo que piden la cobertura de una prestación no incluida en el PMO



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

El art. 43, 2º párrafo de la Constitución Nacional dispone, respecto de la acción de amparo, que:

Podrán interponer esta acción contra cualquier forma de discriminación y en lo relativo a los derechos que protegen al ambiente, a la competencia, al usuario y al consumidor, así como a los derechos de incidencia colectiva en general, el afectado, el defensor del pueblo y las asociaciones que propendan a esos fines, registradas conforme a la ley, la que determinará los requisitos y formas de su organización.

Tres categorías de legitimados quedan reunidas en la norma. Como principio, dos de ellas deberían ser iguales en derechos: afectados y asociaciones que propendan a fines o, en su defecto, preguntarnos por qué podríamos admitir diferencias entre unos y otras. Los fines serían protección del ambiente, de la competencia, del usuario y el consumidor en relaciones de consumo, y de los derechos de incidencia colectiva. En medio de ambas clases de legitimados, la norma aloja al defensor del pueblo, cuya función es poner coto a la Administración y ejercer “derechos difusos”, esto es, de la comunidad entera, o colectivos

de algún subconjunto de integrantes; es decir, que está diseñado para llevar a la justicia lo que los particulares –las otras dos categorías– no podían, en ese entonces y como principio, llevar.

Cabe recordar que los derechos, originariamente subjetivos, fueron creciendo hasta abarcar los de incidencia colectiva, y por sobre todo los acordados explícitamente por el legislador, al principio como propiedad de un sujeto, fueron viéndose acompañados de otros implícitamente admitidos, esto es, fundados en la interpretación. Acreedor y obligado eran hace cincuenta años, en nuestro medio, los únicos potencialmente alcanzados por la cosa juzgada; pero, fueron viendo la llegada de derechos implícitos en las regulaciones estatales, y de sentencias con fuerte capacidad de afectar la esfera de derechos de quienes no son parte en el proceso. En igual dirección, el daño pasó de ser una afectación a la esfera de derechos a comprender también intereses a los cuales la ley tutela, convirtiéndolos en derechos de incidencia colectiva, precisamente porque se los admite como materia justiciable. El daño patrimonial pasó a ser acompañado por el afectivo, el estético, etc.

En este sentido, la actual reforma

del Código Civil y Comercial de la Nación incluyó expresamente en su art. 14 en el propio código, además de los “derechos individuales”, los “derechos de incidencia colectiva”. El derecho estadounidense tiene una herramienta para organizar procesos colectivos, la class action. Esta acción puede servir tanto para la acumulación de acciones individuales como también para constituir una clase activa que comparte un interés común indivisible. El proceso comienza con la identificación precisa de la clase, pronunciada por el juez mediante el acto conocido como certificación de la clase. Esa certificación no consiste en la individualización de los integrantes de la clase, que serán individualizados eventualmente por las características establecidas en la certificación. La clase debe ser a) tan poblada que resulte impracticable la reunión de sus miembros, b) compartir todos sus cuestiones de hecho o de derecho susceptibles de resolución judicial, c) tener los representantes de la clase, identificados también mediante la certificación, pretensiones (o defensas en el supuesto de la clase demandada) típicos a sus miembros y d) ser la representación adecuada. A ello se debe agregar una de estas circunstancias: que el juzgamiento individual genere riesgo de que e) redunde en pronunciamientos inconsistentes o divergentes respecto de miembros de la clase que conlleven estándares de conducta incompatibles para la parte que se opone a ellos o f) pronunciamientos que vengán a disponer, en la práctica, de los intereses de otros miembros de la clase que no intervienen en el proceso, g) la parte que se opone a la clase haya actuado o se haya negado a actuar de un modo uniforme respecto de los miembros de la clase, o h) el juez entienda que las cuestiones de he-

cho o de derecho comunes a los miembros de la clase predominan sobre cualquier cuestión individual y que la acción de clase constituye un modo más adecuado y eficiente de disponer del pleito. Este último análisis pasa por considerar el interés de los miembros de la clase en controlar individualmente el proceso, la naturaleza y alcance de procesos ya iniciados individualmente con el mismo objeto, la conveniencia de concentrar el litigio en su juzgado y las posibles dificultades de manejar la clase. La certificación inviste la representación del modo que se estima adecuado y no causa estado, esto es, puede ser revisada antes de la sentencia.

Pensemos concretamente en aquellos amparos en donde se pide al financiador de salud, obra social o empresa de medicina prepaga, la cobertura de una prestación no incluida en el PMO. Pensemos, además, que esa cobertura pone en riesgo el patrimonio integral de la obra social o, concretamente, afecta el nivel de cobertura del resto de la población amparada por el financiador de turno.

Usualmente las acciones de inciden-

cia colectiva o las class action están previstas para facilitar el acceso a la justicia de un grupo de individuos, es decir, en calidad de “actores” en términos jurídicos, con intereses similares. Sin embargo, proponemos aquí sugerir la inclusión de esta práctica en la parte demandada.

Analicemos un caso concreto, uno de los firmantes de esta nota tuvo la oportunidad de defender a un geriátrico, en el ejercicio de su profesión, a quien se le inició una acción judicial, cuyo objeto consistía en la admisión de una persona a su institución. Dicho geriátrico tiene un sistema de admisión contributivo y otro subsidiado. Por el sistema contributivo tienen derecho a ingresar las personas que abonaren un canon mensual determinado; mientras que para acceder por el sistema subsidiado, por el contrario, se privilegia la situación de aquella persona que tiene menos recursos. En este caso particular, el “actor” que inició la causa judicial no era persona con escasos recursos pero, a su vez, ofrecía abonar un canon inferior exigido por la entidad. Por otra parte,

por la obvia limitación de camas que tiene el inmueble que ocupa la entidad y la numerosa demanda que en aquel momento tenía, existía una lista de espera de 49 personas. ¿Era razonable definir la cuestión judicial es ese estado?; ¿las personas en lista de espera no tenían derecho a ser oídas en ese proceso judicial?

Imaginemos otra situación, una persona que demanda la cobertura a una obra social de una práctica que está excluida del PMO y que, a su vez, requiere de un costo que puede afectar la cobertura del resto de la población afectada, como decíamos más arriba, ¿tiene derecho el resto de la población amparada por la obra social a ser oída en este proceso judicial?

Nos parece que la inclusión del art. 14 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, al incluir taxativamente el reconocimiento de los derechos de “incidencia colectiva”, abre la posibilidad de discutir su aplicación en determinadas acciones judiciales de la parte “demandada” y, concretamente en nuestro caso, acciones iniciadas contra obras sociales o empresas de medicina prepaga. □



www.sanidad.org.ar

LA MEDICINA EN EL CINE

Albert Schweitzer: *Su presencia en el cine**

SINOPSIS

La concesión en 1952 del premio Nobel de la Paz a Albert Schweitzer (1875-1965) supuso no sólo un reconocimiento de su compromiso altruista en África sino también su conversión en una celebridad mundial.

Se trataba de un personaje lleno de facetas infrecuentes (teólogo, filósofo, médico, músico) que defendía una ética universal, el "Respeto a la vida", que estaba en riesgo por la amenaza de un conflicto nuclear promovido por la guerra fría. El teatro y el cine le dedicaron muy pronto su atención con una intención abiertamente apologética.

El "biopic" es el género cinematográfico donde se impone la libertad de guionistas y directores que enfatizan sobre sucesos y comportamientos que pueden resultar más atractivos para el público. También el documental elaborado con un seguimiento muy atento a reforzar la figura del personaje ha dado paso a otros acercamientos, donde diversos interlocutores que conocieron a Schweitzer, ofrecen una interpretación más matizada y contrastada de un hombre complejo. ⁽¹⁾

UNA VIDA EN EL CINE: EL HOMBRE Y EL PERSONAJE PÚBLICO

Para el cine no podía menos de resultar atractiva una figura de una trayectoria tan insólita y no han faltado aproximaciones, con grados de acierto e intención muy diversa. Es evidente que encerrar en el limitado marco de un guión cinematográfico una vida, larga en el tiempo y compleja por sus intereses, es un reto para cualquier cineasta. Y por ello se ha buscado poner los focos en algún momento temporal de su peripécia o en alguna faceta que podía resultar más interesante desde las inquietudes del espectador. Durante su vida una obra teatral, *Il est minuit*,

Dr. Schweitzer, de Gilbert Cesbron, estrenada en 1951, dio lugar a la película, de André Haguet, de igual título aparecida en 1952. Al año siguiente la concesión del premio Nobel de la Paz y su participación en plena guerra fría en campañas a favor de la concordia internacional acrecentaron una relevancia pública que le acompañaría hasta el final de sus días. El texto de Cesbron y la película inmediata reforzaban los aspectos más heroicos del personaje y revisaban, desde la perspectiva de 1914 en que transcurría la acción, la necesidad de superar en una Europa recién salida de la Segunda Guerra Mundial los antagonismos nacionales que habían enfrentado a sus habitantes. El confinamiento por las tropas coloniales de Schweitzer en el Lambaréné francés, y su internamiento posterior en Francia, recaían en un hombre que había antepuesto los privilegios de una posición social relevante en Europa por la atención a los menos favorecidos en un rincón de África.

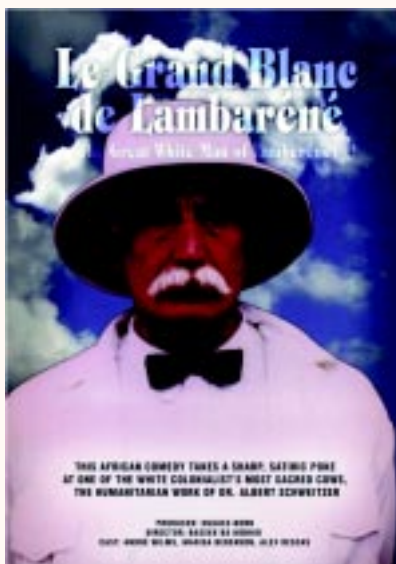
Frente al carácter decididamente discursivo de *Il est minuit*, *Dr. Schweitzer*, otra película *Albert Schweitzer* (1957) de Jerome Hill

(<http://www.youtube.com/watch?v=Gf4B9v0s0CY>) optó por un seguimiento más inmediato de los textos autobiográficos del propio Schweitzer (sobre todo su difundido libro *De mi vida y mi pensamiento*). Reconocida con el Oscar de la Academia del Cine al mejor documental de ese año, se ha convertido en la fuente iconográfica principal para la caracterización del personaje y el conocimiento de la vida cotidiana en el hospital. Algunas secuencias del documental, o material filmado que no se incorporó al montaje definitivo, siguen siendo con frecuencia utilizadas en otras revisiones tanto del cine como de la televisión. Es el gran documental histórico sobre la vida de Albert Schweitzer.

LA INDUSTRIA DEL CINE EN LAS REVISIONES DE LOS AÑOS 90

Durante más de tres décadas cae sobre Schweitzer el silencio y su figura se difumina en la memoria del gran público. También el cine le vuelve la espalda. La recuperación o el revival llegan en los 90 cuando el fin del "socialismo real" obligó a recuperar modelos de implicación en el bienestar colectivo que no tenían por qué ser inevitablemente revolucionarios o afines a posiciones de izquierda.

Schweitzer/ The Light in the Jungle (1990), el filme de Grey Hofmeyr, uno de los directores más conocidos del cine y televisión sudafricanos, se estrenó en 1990 cuando en el país se iniciaba un cambio político que desembocaría en 1994 en un gobierno de mayoría negra. Rodada en Costa de Marfil ensalzaba el compromiso humanitario de Schweitzer, papel del que se ocupó el actor británico Malcolm McDowell mientras la réplica femenina a la figura de Helene, la esposa, la daba la estadounidense Susan Strasberg. Problemas legales en torno a la autoría del guión impidieron la distribución de la película que sólo se



ha estrenado en algunos países y no se ha difundido en otros soportes. En la línea habitual contraponía la actividad del médico europeo con la cultura africana y el papel de los curadores y magos indígenas.

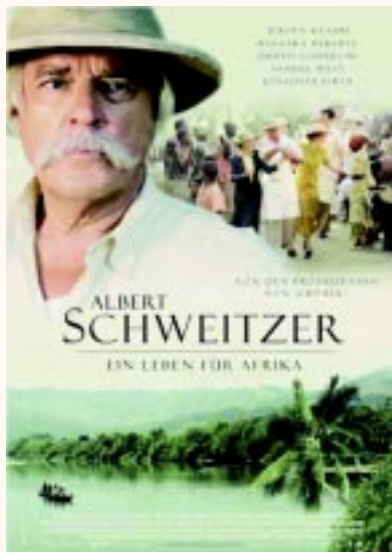
La película que inició la revisión crítica de Schweitzer, fue *Le grand blanc de Lambaréné* (1995). Dirigida y escrita por el camerunés Bassekba Kobhio en coproducción entre Camerún, Gabón y Francia *Le grand blanc de Lambaréné* revisa la figura de Schweitzer desde la perspectiva de los colonizados, de aquellos para quienes su figura no ha sido más que un ícono propagandístico de la metrópoli para legitimar la explotación y opresión de otros pueblos.

A lo largo de un período temporal que cubre los últimos veinte años de la estancia africana de Schweitzer, se desarrolla un ligero hilo argumental, en que un muchacho indígena Koumba, admirador inicial del alsaciano, se consigue graduar como médico con la ayuda de su tribu. Su regreso a Lambaréné coincide con la independencia del Gabón, y se sigue de enfrentamientos con los métodos autoritarios y la personalidad rígida del médico europeo ya en sus últimos años. Algunos episodios como la entrevista de Schweitzer con el brujo del poblado, el regreso de los soldados nativos tras el fin de la Segunda Guerra Mundial o la llegada de una periodista que desencadena la arrogancia y el histrionismo del "grand blanc" –el apelativo popular se incorpora sarcásticamente al título–, muestran tanto la radical incompreensión de la realidad local por los colonizadores, como su posición de superioridad frente a la cultura autóctona.

EL RETORNO AL MODELO EDIFICANTE Y LA IMPOSICIÓN DE LO POLÍTICAMENTE CORRECTO

Con el nuevo milenio han aparecido otras revisiones de la compleja personalidad del alsaciano.

Sin otras pretensiones que informar a un público amplio y dentro de la popular serie de reportajes *La storia siamo noi*, la Rai produjo el



documental *Albert Schweitzer. Il rispetto della vita* (<http://www.lastoriasiamonoi.rai.it/pop/schedaVideo.aspx?id=2215>), dirigida por Maurizio Malabruzzi, con entrevistas a algunas personas del entorno familiar y profesional del médico que aparecerán reiteradamente en las revisiones de estos años. Preparada igualmente con criterios didácticos por la Quinncipiac University *Albert Schweitzer: My Life is my Argument* (2005), dirigida por Lyam O'Brien es un documental que busca sobre todo alentar la actividad del voluntariado que realiza la propia universidad a través de su Albert Schweitzer Institute. Es obvio que dados los objetivos de la institución y su búsqueda de la dignificación y el prestigio la imagen que se da del personaje es amable y atractiva. La participación en el documental del ex – presidente Jimmy Carter con otros dos premios Nobel, Óscar Arias y Betty Williams, así como la de Rhena, la única hija de Schweitzer, refuerza esta intención semipublicitaria del filme. Otra película, *Albert Schweitzer: Called to Africa* (2006) de Martin Doblmeier repite la interpretación oficial, "políticamente correcta" del personaje. La cinta acentúa si cabe aún más los elementos ejemplificadores sin espacio alguno para una visión menos encomiástica y algo más distanciada.

Menos éxito que las anteriores ha tenido *Albert Schweitzer. Ein leben für Afrika* (2009) de Gavin

Millar que no ha tenido apenas difusión internacional. El guión se centra en dos momentos temporales muy concretos, los inicios de la construcción del hospital en Lambaréné en 1913 y el periodo entre 1949 y 1954 previo a la concesión del Nobel de la Paz. Rodada en Alemania y la República Sudafricana, con una buena disposición de medios, recupera la mayoría de los tópicos externos que identifican al personaje y su entorno: de la corbata de lazo y el piano de las veladas, de la chapa corrugada de los pabellones al pelícano que se había convertido en una especie de emblema del lugar. Sobre una fidelidad de base a la vida de Schweitzer (el guionista, James Brabazon, había publicado una biografía en el 2000) se construye una ficción sobre las más delirantes teorías conspirativas de nuestro presente.

En efecto la CIA y el FBI habrían planeado un complot en los primeros años cincuenta para cerrar el hospital de Lambaréné y privar al doctor de una voz en Occidente. Su relación con Einstein y su reticencia a la energía atómica se mezclarían con la caza de brujas (que empezaría algo más tarde) en Estados Unidos un agente infiltrado en el hospital, en la mejor tradición del género, provocaría la actuación de un inverosímil gobierno provisional que actúan con dureza ante el indefenso ciudadano francés que es Schweitzer. El final feliz restaura la bondad del doctor sobre las maquinaciones de los malvados y la concesión del Nobel premia una vida ejemplar. Anacronismos, obsesiones conspiratorias, ecologismo de vanguardia, gobierno mundial frente a iniciativas de reformas individuales. Las imágenes cinematográficas tienen valor histórico no solo en cuanto a la reproducción de una realidad pasada sino también porque ponen en evidencia los valores, las esperanzas y los temores del presente en que se ruedan. □

Referencias

1.- Carreras Panchón, A.: *Albert Schweitzer: Ficción y reconstrucción histórica en el cine*. *Rev Med Cine* 2013; 9 (1): 31-42

* El autor agradece el valioso aporte de Antonio Carreras Panchón (ref. 1)

Futuros Antibióticos: Bioingeniería aplicada



Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)

El aumento global de la resistencia a los antibióticos es una amenaza cada vez mayor para la salud pública lo que daña nuestra capacidad de luchar contra infecciones potencialmente letales, como la tuberculosis.⁽¹⁾ Más aún, los esfuerzos para desarrollar nuevos antibióticos no se condicen con este crecimiento de la resistencia microbiana, lo que resulta en una urgente necesidad de lograr nuevas estrategias para derrotar las infecciones bacterianas.⁽¹⁾

En un artículo publicado *online* en el *Journal Nano Letters*, investigadores del MIT, el Broad Institute of MIT and Harvard, y la Universidad Harvard, revelan que han desarrollado un nuevo método para destruir bacterias perjudiciales.⁽²⁾ Estos investigadores han desarrollado por medio de ingeniería genética unas partículas, conocidas como “fagémidos” o “fásmidos”, capaces de producir toxinas que son letales para las bacterias diana.⁽²⁾

Bacteriófagos: son virus que infectan y matan a las bacterias; han sido empleados durante muchos años para tratar infecciones en países tales como los pertenecientes a la exURSS. A diferencia de los tradicionales antibióticos de amplio espectro, estos virus se dirigen directamente a la bacteria sin dañar la microflora normal del organismo. Sin embargo los bacteriófagos también pueden provocar efectos colaterales potencialmente perjudiciales, de acuerdo con lo expresado por James Collins, Profesor de Ingeniería Médica y Ciencia del Departamento de Ingeniería Biológica e Instituto de Ingeniería Médica y Ciencia del MIT, quien llevó a cabo la investigación.

Collins dijo: “Los bacteriófagos matan a las bacterias por medio de lisis de la célula o provocando su estallido, pero esto es problemático, dado que pueden llevar a la liberación de toxinas celulares perjudiciales. Estas toxinas son capaces de producir sepsis y aun la muerte en algunos casos.”

En investigaciones previas, Collins y sus colaboradores sometieron a los bacteriófagos a un proceso de bioingeniería, de modo tal que liberaran proteínas que no produjesen el estallido celular, aumentando – por el contrario – la efectividad de los antibióticos cuando se los administraba al mismo tiempo.

Para llevar a cabo este trabajo temprano, los investigadores se dedicaron a desarrollar una tecnología parecida que se dirigiese y matase bacterias específicas, sin provocar el estallido celular y la liberación de sus contenidos.

Para ello emplearon técnicas biológicas sintéticas a fin de desarrollar una plataforma de partículas denominadas “fagémidos”. Estas partículas infectan las bacterias con pequeñas moléculas de ADN (conocidas como plásmidos), capaces de replicarse independientemente dentro de la célula huésped.

Los plásmidos son modificados genéticamente para que una vez dentro de la célula, expresen diferentes proteínas o péptidos – moléculas conformadas por cadenas cortas de aminoácidos – que son tóxicas para las bacterias, de acuerdo con lo expresado por Collins, quien agregó: “Sistemáticamente probamos diferentes péptidos y toxinas antimicrobianos, y demostramos que cuando se combina una cantidad de éstos dentro de los fagémidos, se pueden matar la mayor parte de las células de un cultivo.”

Las toxinas liberadas están diseñadas para interrumpir diferentes procesos celulares, tales como la replicación bacteriana, provocando así la muerte celular sin estallido.

PUNTERÍA PRECISA

Collins señaló que los fagémidos también infectarán a una sola serie específica de bacterias, dando por resultado un sistema altamente específico.

“Esto puede ser empleado para destruir bacterias de especies muy específicas, como parte de una terapia antiinfecciosa, al mismo tiempo que se respeta el resto del microbioma”, agregó.

Cuando los investigadores controlaban la respuesta de las bacterias a una reinfección reiterada con fagémidos, no detectaron signos de resistencia significativa a las

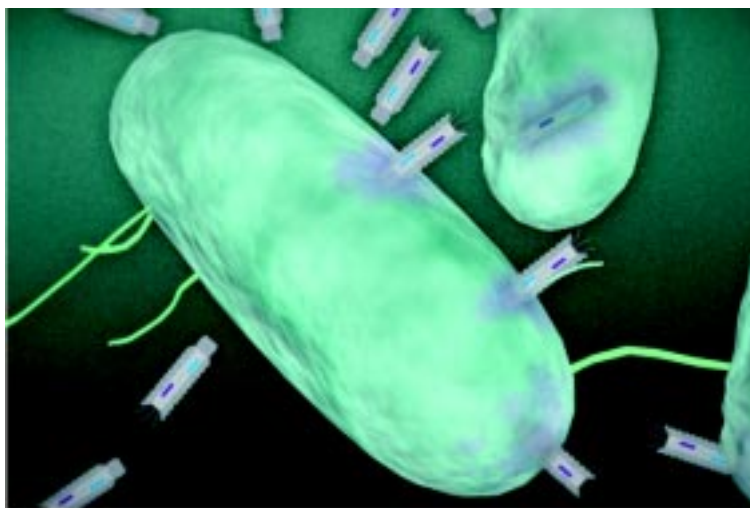


Fig. 1: **En esta ilustración, plásmidos fagémidos infectan una bacteria diana.** (Imagen: Christine Daniloff y José-Luis Olivares/ MIT (ilustración de los plásmidos: cortesía de los investigadores)⁽²⁾).

partículas. Según Collins, esto significa que se pueden hacer múltiples rondas de administración de fagémidos, a fin de lograr una terapia más efectiva." Esto contrasta con la infección reiterada con bacteriófagos, en la que las bacterias sí desarrollan resistencia a medida que pasa el tiempo.

Si bien Collins reconoce que las bacterias en última instancia desarrollarán resistencia a cualquier forma de estrés que se ejerza sobre ellas, las investigaciones sugieren que es probable que les tome más tiempo desarrollar resistencia a los fagémidos que a la terapia convencional con bacteriófagos.

Podría administrarse un "cóctel" de diferentes fagémidos con el objetivo de tratar infecciones por gérmenes no identificados, de modo similar al que hoy en día se emplea para los antibióticos de amplio espectro, pero es más probable que sean utilizados juntamente con herramientas de diagnóstico rápido, actualmente en desarrollo, que les permitirían a los médicos tratar infecciones específicas. Según Collins, "primero se debería efectuar una prueba diagnóstica rápida para identificar la bacteria, administrando luego el fagémido adecuado para matar al patógeno."

Los investigadores están planificando expandir su plataforma por medio del desarrollo de un rango más amplio de fagémidos. Hasta ahora han experimentado con un set de fagémidos específicos para *E. coli*, pero actualmente esperan crear partículas capaces de destruir patógenos tales como *Clostridium difficile* y de *Vibrio cholerae*, causante de cólera.

El mencionado trabajo demuestra que utilizando biología sintética para modificar un determinado gen en

un fago para hacerlo más tóxico para un patógeno definido, puede llevar a la obtención de partículas antimicrobianas más efectivas que con los procedimientos clásicos, tal como afirmó el Dr. Alfonso Jaramillo, profesor de biología sintética en la Universidad de Warwick, en el Reino Unido, quien no estuvo involucrado en la investigación. Este investigador explicó que "la combinación de derivados genéticos sintéticos con fagos como vehículos de transporte permite una aproximación sistemática a la reprogramación de la bacteria patógena, lo que la lleva a la muerte. Señaló además que el enfoque sobre fagos no replicativos es también muy adecuado porque el uso de estas partículas es más factible en seres humanos, ya que no se los considera organismos genéticamente modificados." Agregó que los investigadores han creado una forma mejorada de terapia con fagos que puede llegar a convertirse en los antibióticos del futuro. □

Fuente: Massachusetts Institute of Technology

Referencias:

1. Future antibiotics. Bioscience Technology. 25/06/2015.
2. Gómez M. y Echenique V.: Herramientas básicas de ingeniería genética. En Gómez M. y Echenique V.: Biotecnología y mejoramiento vegetal. Capítulo 3. Pág. 43.

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

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



Tucumán 1658, 3º piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



De la Duda a la Investigación...

*"La duda es lo que genera la investigación.
No tengan miedo de decir que
algo dudan, o que no saben"*

(Dr. Mario Lugones, Acto de Adjudicación, Residencias
2015, UBA - FSG)



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

Dícese de la duda como la incertidumbre ante la verdad o falsedad de un enunciado. La duda era la condición que los escépticos consideraban suficiente para suspender el juicio. En Descartes adquiere un carácter metodológico, al conferirle sólo un valor provisional, en tanto no se alcance alguna verdad de la que no se pueda dudar.

La filosofía tiene una cierta degradación progresiva y que el método está muy bien para ámbitos no físicos como las matemáticas pero en cuanto nos encontremos en ámbitos que tengan en cuenta el mundo sensible, esta postura filosófica no será útil. Descartes fue un gran filósofo ya que le debemos muchos conceptos matemáticos, muchas conexiones neuronales y, sobre todo, el inicio del racionalismo.

Filósofo es aquel que sabe lo que tiene que pensar. Con Descartes, la libertad del espíritu opone la unidad pensante a la generalidad de la opinión. No se trata de una mera alternativa entre otras para "entrar en materia"; dar lugar a lo que se abre paso cuando ha llegado la hora: la instauración del pensamiento filosófico. Su temporalidad nada tiene que ver con la ordinaria, mundana. Tiene su propio tempo; es comienzo absoluto, fundación.

La evidencia de esta simplicidad o generalidad inteligible no se obtiene en absoluto por medio de una reducción continua que descubre a cada paso la resistencia de un núcleo de certeza sensible o imaginativa. No se experimenta ninguna invulnerabilidad de lo sensible a la duda.

Gabriel d'Empaire ha expresado que si la calidad es uno de los derechos a la salud. Y dudamos de la misma, investigamos: ¿Qué es calidad? Es hacer lo correcto, en forma correcta. Una metodología que consiste en la recolección sistemática para la toma de decisiones, la aplicación de la ciencia y tecnología que maximice beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

Federico Tobar nos ha enseñado que tiene valor la investigación sanitaria en la Macro gestión o planificación estratégica de políticas de salud, por ejemplo a los efectos de asignar adecuadamente los presupuestos a servicios y sistemas de salud, con la posibilidad de medir sus costos y producción. También de reformular o aggiornar los indicadores de las Normas.

En mi Tesis de Maestría he expresado que es funda-

mental considerar la transformación en la forma como el profesional se percibe a sí mismo y la percepción por las demás especialidades, reconociéndolo ahora como un participante del equipo de salud. Este último aspecto es quizá el más preocupante de los cambios observados en el perfil profesional del médico en la actualidad. Esto implica orientar la formación hacia la atención primaria, desplazar al hospital como núcleo único de educación médica y reconocer, en los nuevos currículos, la importancia de las características demográficas y los problemas de salud prevalentes en nuestra sociedad.

Un concepto clásico y que se torna en mí repetitivo perteneciente a Ortún Rubio define a la eficiencia como la marca del virtuosismo en medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad. Que la ética médica exige la consideración del coste (presupuesto) de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Que las utilidades relevantes son las del paciente.

La actuación médica supone que se practiquen las pruebas y que se actúe tomando no sólo las precauciones normales (en las que siempre se corre algún riesgo, pues no puede garantizarse que siempre la salud y la vida triunfen en el combate contra la enfermedad) sino más allá de las normales, acentuando hasta el límite máximo las precauciones con el fin de reducir al mínimo de lo razonable los riesgos derivados del tratamiento médico.

La Real Academia Española define a la sensibilidad (Del lat. sensibilis, -atis) como la propensión natural del hombre a dejarse llevar de los afectos de compasión, humanidad y ternura. Trabajar por ello es luchar por los derechos de las personas que tenemos a nuestro cuidado, porque para cumplir eficientemente la tarea, es indispensable estar compenetrado con la realidad social del otro.

La frase de Mario, movió mi pensamiento a la duda, al método y a la investigación como producción de conocimiento. □

(*) Médico. Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. UBA - FSG (en trámite). Autor del Libro *La integración entre financiadores y prestadores en el sistema de la seguridad social Argentina*. Fundación Sanatorio Güemes; 1ª edición (abril 21, 2015).

SOLUCIONES PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

- » Responsables Inscriptos
- » Monotributistas
- » Empleados

ESTUDIO IMPOSITIVO
Dr. Fernando Daniel Gabaglio
Contador Público

Cel.: 11 3361 1928
fernandogabaglio@yahoo.com
Roca Julio A. Pte. Av. 771 Piso 9 Of. 901
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Precisión
al Servicio de
la Salud



VIDT CENTRO MEDICO

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

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensional

Radiocirugía Estereotáxica

Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal

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



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

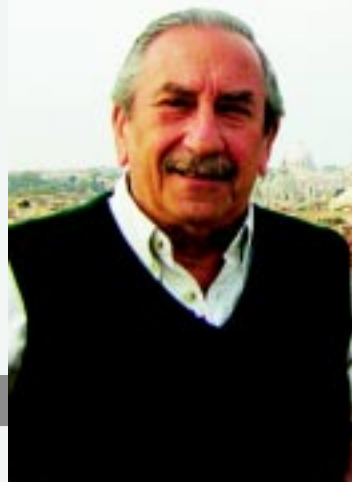
Tucumán 978 3er. piso Buenos Aires - Tel. (11) 4326-2102/2792 Fax (11) 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com

Sugerencias para la defensa en casos de distocia de hombros y parálisis del plexo braquial

2^{da} parte (final)

Por el Dr. Fernando G. Mariona

Abogado - Director de TPC
Compañía de Seguros S.A.



Abstract: 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.

¿Cuáles son los cuidados para los casos de distocia de hombros que un obstetra medio no puede dejar de conocer y realizar?

El listado que aparece a continuación es un resumen de los puntos que suelen cuestionarse en los casos llevados a juicio y relacionados con la distocia de hombros, los cuidados prenatales, el trabajo de parto y el parto en sí.

Cuidados prenatales (generalmente evolucionados en las fichas de consultorio del médico/médica tratante)

¿Se registró de manera adecuada la historia médica de la paciente durante su embarazo?

En ella debería incluirse lo siguiente:

- La paciente es primigesta, secundigesta, multi-gesta.
- Antecedentes de distocia de hombros.
- Antecedentes de complicaciones en partos anteriores.
- Peso de bebés anteriores (de más o de menos de 4.000gs.).
- Antecedentes de diabetes o diabetes gestacional.
- Obesidad.

¿Se le realizó una pelvimetría (examen físico para medir las dimensiones púbicas) a la paciente? Si bien la pelvimetría ya casi no se utiliza para determinar la forma de parto, los peritos de la parte actora suelen objetar la decisión del médico de omitir este examen.

Diabetes gestacional

- ¿Se realizaron las pruebas apropiadas? ¿Existen constancias escritas de haber sido indicadas y de la transcripción a la ficha clínica de los resultados?
- Si se hubiera diagnosticado diabetes gestacional, ¿se llevó a cabo tratamiento alguno para modificar esta condición, y los niveles de azúcar en sangre respondieron adecuadamente al tratamiento? ¿hay registros escritos de ello en la fichas de consultorio?

¿Se consideró la posibilidad de macrosomía?

¿Existió en este caso?:

- un aumento de peso excesivo de la madre.
- una altura fúndica mayor a la normal en una determinada etapa gestacional.
- obesidad de la madre.

Si existió la sospecha de macrosomía, ¿se intentó de alguna manera estimar el peso fetal en las semanas previas al parto? ¿Existen registros escritos de ello?

Si existían factores de riesgo de distocia de hombros (sospecha de macrosomía fetal, diabetes gestacional, historial de distocia de hombros), ¿se le informó a la paciente sobre la posibilidad de que el bebé sufriera lesiones de plexo braquial, y sobre las opciones de parto? ¿Se registró en las fichas clínicas la información brindada a la paciente y/o a la pareja? ¿Se documentó ello en un Consentimiento Informado específico?

Trabajo de parto:

¿Existieron anomalías durante el parto?

- ¿Existió un retraso importante del parto o de la dilatación cervical, o de descenso vaginal? ¿Se documentó?
- ¿Se observaron los parámetros temporales para el trabajo de parto, considerando su condición de madre primeriza o multipara, y la presencia o ausencia de una anestesia peridural? ¿Se documentó?

Aunque las curvas de Friedman han sido cuestionadas, los abogados del demandante con frecuencia las usan en su beneficio.

- Si bien el parto inicialmente pudo considerarse como "normal" y luego aparecieron las complicaciones, se lo siguió documentando como "eutócico" o se escribió "distócico" y ¿se explicó por qué?
- ¿Se usaron instrumentos para el parto? Si así fue, ¿qué fue lo que se indicó?

Los partos instrumentados aumentan la ocurrencia de distocia de hombros.

Sin embargo, los estudios que lo demuestran se han basado con frecuencia en partos medios, tanto forcipal como por extracción al vacío, y no en los bajos, que son los tipos de partos instrumentales más usuales en la actualidad.

¿Existían contraindicaciones en relación a un parto instrumentado, como una posible macrosomía o diabetes gestacional?

- ¿Debería haberse practicado una cesárea por alguna otra razón (como por ejemplo, intolerancia fetal al trabajo de parto)?
- ¿La madre solicitó que se le practicara una cesárea durante el trabajo de parto? ¿Existen constancias escritas, testigos?
- ¿Controló el médico obstetra a la parturienta a intervalos regulares adecuados? ¿Existen registros escritos coherentes?
- ¿Alguna obstetra o enfermera sospecharon que podía existir alguna complicación, y aun así no lo informaron de acuerdo con el procedimiento usual a sus superiores, pero sí lo comentaron a la paciente y/o sus familiares?
- ¿Fue adecuada la forma de registrar los sucesos del parto, tanto por parte de los médicos como de la obstetra o del personal de enfermería?

Parto

- ¿Se diagnosticó la distocia de hombros oportunamente? ¿Se documentó?
- ¿Se pudo haber predicho la macrosomía? ¿Es posible diagnosticarla? ¿Se explicó a la pareja?
- ¿Se siguió el protocolo usual para los casos de distocia de hombros? ¿Se documentó?
- ¿Se llamó al personal adecuado? ¿Se documentó?
- ¿Estaba disponible el personal pediátrico adecuado? ¿Se documentó?
- ¿El médico realizó todas las maniobras adecuadas para disminuir la distocia de hombros? ¿Las documentó?
- ¿Se realizaron dichas maniobras de forma apropiada y en la secuencia adecuada? ¿Se documentó?
- ¿Se hicieron con demasiada lentitud o rapidez?
- ¿Cuál fue la secuencia temporal en relación a la “ventana de 5 minutos” antes de que se produjera un daño neurológico significativo?
- ¿Se le practicó episiotomía a la parturienta? ¿Se documentó?

A pesar de que las últimas investigaciones demuestran que las episiotomías no inciden de manera alguna en los casos de distocia de hombros, con frecuencia aún se cuestiona la realización o no de una episiotomía.

- ¿Se informó/comentó a la familia que en algún momento el médico haya entrado en pánico? ¿La información de que ello ocurrió es fidedigna?
- Si ése hubiera sido el caso, ¿existe evidencia específica de que se hubiera traccionado de manera incorrecta durante el momento de pánico? Debería evitarse el uso escrito de la expresión “tracción excesiva” al referirse a la fuerza que utilizó el médico en el momento del parto. Por definición, la palabra “excesiva” significa “demasiado”. Es una

palabra que puede ser juzgada como negativa para los intereses del médico y/o de la institución. Es mejor referirse a una tracción “apropiada según las circunstancias”.

- ¿Qué grado de tracción se aplicó a la cabeza del feto tanto antes como después de tener el diagnóstico de distocia de hombros? ¿Se documentó?
- ¿Presenta el RN alguna otra lesión?
- ¿Cuáles fueron los resultados del test de Apgar del bebé? ¿Sólo estuvo inmóvil en el primer minuto, o existe evidencia de un daño mayor, con resultados de Apgar inferiores a siete a los 5 y los 10 minutos? ¿Se documentó?

Cuidados neonatales:

- ¿Los médicos y el resto del equipo de neonatología cumplieron con sus obligaciones de acuerdo con las descripciones bibliográficas de cuidados adecuados? ¿Se documentó?
- ¿Controlaron a la paciente a intervalos regulares razonables? ¿Se documentó?
- ¿Leyeron correctamente la tira de monitoreo fetal? ¿Se registraron los resultados y se agregaron y conservaron todas las tiras en la HC?
- ¿Notificaron al médico de los resultados de manera apropiada?

Documentación

- ¿Se documentaron los procedimientos adecuadamente?
- ¿Las notas escritas y dictadas en la historia demuestran que el médico actuó con la debida diligencia y conocimiento?
- ¿Existen notas en la historia clínica de otro personal médico que contradigan al médico o que indiquen que el médico no cumplió con los cuidados médicos adecuados?

Posparto

- ¿Habló el médico con la familia de la paciente después del parto para explicarle lo sucedido?
- ¿El doctor siguió en contacto con la familia?
- Tenga en cuenta que el reclamo puede llegar varios años después. Por más que el plazo de prescripción liberatoria se reducirá a partir de agosto de 2015, el plazo podrá empezar a contarse a partir de la finalización del desarrollo de la “noxa” traumática.

Recomendación final:

El nuevo Código Civil y Comercial que entró en vigencia a partir del 1 de agosto de 2015 establece que la prueba de los factores de atribución de la responsabilidad y de las circunstancias eximentes corresponde a quien los alega (art. 1.734), aunque el juez puede distribuir la carga de la prueba ponderando cuál de las partes está en mejores condiciones de aportarla (art. 1.735). Las disposiciones del Nuevo Código Civil se deberán complementar con los principios expuestos en la Ley de Derechos de los Pacientes, en su relación con los profesionales e instituciones de salud, respecto del cumplimiento del deber de información, de la realización del proceso para la obtención del Consentimiento Informado del Paciente, de la forma de realización y contenido de la historia clínica. Es decir que todos estos deberes y derechos seguirán rigiendo para cuando los jueces tengan que analizar la responsabilidad civil de los médicos y de los establecimientos sanitarios. □

El nuevo Código Civil y Comercial

(4^{ta.} parte)

El daño resarcible y quiénes pueden reclamarlo

Por el Dr. Floreal López Delgado

Abogado y asesor sanatorial



LAS REFORMAS Y SU INCIDENCIA LOS LEGITIMADOS

Son aquellos a que la ley confiere el derecho a demandar civilmente.

AHORA Y EN GENERAL

El nuevo Código amplía la definición de los "legitimados" pero con ciertas saludables limitaciones.

Es todo aquel que sea titular de "un derecho o un interés no reprobado por el ordenamiento jurídico, que tenga por objeto la persona, el patrimonio..." Tiene un doble aspecto: que no sea "ilícito" entendiéndose por tal a "no contrario a la ley".

Debe existir norma legal que prohíba o sancione o al menos prive de exigibilidad a la conducta que la víctima invoque como causa del daño, un ejemplo exagerado en pro de la simplicidad: si alguien demandara por la muerte de otro de quien era socio en un emprendimiento delictivo, o al menos ilícito: tener una financiera o casa de cambios clandestina no tiene "legitimación". Tampoco la tiene si el interés invocado excede los límites impuestos por la "buena fe, la moral y las buenas costumbres" o es un ejercicio abusivo del derecho.

Es buena técnica legislativa la repetición de las definiciones (aunque parezcan "antiguas") más que por el texto "en sí", porque están elaboradas por la jurisprudencia que los ha precisado y resignificado y si el Congreso no ha querido cambiar lo que ya estaba, es bueno que no cambie la definición.

Llevó años de elaboración jurisprudencial arribar a la conclusión que lo que antes era "ilícito" o "contrario a la moral y buenas costumbres" ya no lo era y por ello su titular estaba legitimado para demandar una indemnización.

LAS LIMITACIONES A LA LEGITIMACIÓN

No cualquier "daño" legitima a demandar.

El Código distingue entre "daños patrimoniales" que son, en principio todos aquellos que acrediten una "lesión" a un derecho o interés "lícito" inclusive los de incidencia colectiva, que amplía notablemente la capacidad de demandar. De los "no patrimoniales" en los que, felizmente, restringe la legitimación a el damnificado directo y si es interpuesta en vida, sólo se transmite a los sucesores universales.

Y si del hecho resulta su muerte o "gran discapacidad" también lo hace "según las circunstancias" a quienes ya lo estaban en el viejo Código: los ascendientes (padres en el actual sentido amplio de la filiación) los descendientes (hijos) y el cónyuge.

AMPLIANDO LOS LEGITIMADOS

Y quienes convivían con aquél "recibiendo trato familiar ostensible".

La definición de "convivientes" amplía notablemente a los legitimados ya que no exige vínculo familiar directo, menos aún genético, por ejemplo podría calificarse de "conviviente con trato familiar ostensible" al hijo de la pareja nacido o no de una relación anterior o adoptado por la anterior o a cualquiera sin relación jurídicamente formalizada.

Y LA LEGITIMACIÓN POR LOS DAÑOS RECLAMABLES:

Estos nuevos legitimados lo están plenamente y por derecho propio: no es necesario que el fallecido haya ejercido en vida su derecho, tienen una acción amplia y por el daño que acrediten haber sufrido en forma personal.

LAS INDEMNIZACIONES

En esta parte se han incorporado rubros que no estaban en el Código anterior y que el devenir de la jurisprudencia había admitido en algunos casos.

Los rubros tradicionalmente admitidos eran: pérdida o disminución del patrimonio de la víctima (antes "daño emergente") el lucro cesante y la pérdida de chance.

Y se amplía con "las consecuencias de la violación de los derechos personalísimos de la víctima" de su integridad personal, su salud psicofísica, sus afecciones espirituales legítimas.

Y las que resultan de la interferencia en su "proyecto de vida". No es positiva la ampliación.

La incorporación a la ley induce a su reclamo en todas las situaciones, inclusive en aquellas en que antes no hubieran sido admitidas.

En poco tiempo veremos que todos los damnificados las reclaman.

Y SUS REQUISITOS PARA CONFIGURAR "DAÑO RESARCIBLE"

La reforma incorpora la doctrina para la admisibilidad de los daños en la sentencia.

No cualquiera puede demandar lo que le parezca por cualquier motivo.

Los daños deben ser consistir en un perjuicio directo o indirecto y actual, que son los más fáciles de probar. O los futuros, que siempre son hipótesis sobre lo que podría ocurrir pero todavía no ocurrió y por ello de dificultosa prueba, están condicionados a que sea "cierto y subsistente" que no es otra cosa que sea creíble y que ocurra según el natural devenir de las cosas: lo previsible.

La "pérdida de chance" sólo se admite si es una contingencia "razonable y guarde una adecuada relación de causalidad con el hecho generador".

Esta limitación tiene gran importancia en el ámbito

médico, donde muchas veces litigamos por lo que en verdad es “pérdida de chance” de curación. El profesional, aún procediendo mal, rara vez causa la totalidad del daño, ante un patología previa del paciente, que no ha provocado, no hace todo lo exigible científicamente y no cura o alivia todo lo que es posible. En tal caso sólo debe indemnizar esa pérdida de posibilidad que es la “chance” y no lo que ya tenía el paciente porque le tocó en (mala) suerte. La definición consagra legalmente esa limitación, que constituye una buena noticia.

MALAS NOTICIAS

Introduce el concepto de la “reparación plena”. Pero en materia de fallecimiento de lesiones o incapacidad permanente, física o psíquica, total o parcial, la estima anticipadamente en: “Un capital” cuyas “rentas” cubran la disminución de la aptitud del damnificado para realizar actividades productivas o económicamente valorables, y “que se agote al término del plazo en que razonablemente pudo continuar realizando tales actividades”. En un país con alta inflación crónica existirán graves problemas para determinar el monto de ese “capital”. No sabemos a qué estadística deberá atenerse el actuuario, el profesional más calificado para esa actividad, mucho más un perito contador. ¿La estimará sobre el promedio de vida general? En verdad debería hacerlo sobre la expectativa de vida de esa persona en particular, que implica estar a su “chance” de sobrevida, descontando lo que le reste la patología previa, tema controversial y que deberá determinar un perito médico... todos actuando al mismo tiempo. El capital, a su vez deberá mantenerse incólumne de la inflación mediante alguna forma de ajuste que asegure la perdurabilidad del poder adquisitivo. ¿Tendrá por buenas las estadísticas del INDEC? Que serán impugnadas por los actores. ¿Lo hará con las que publican la UCA o las consultoras

privadas? Que serán impugnadas por los demandados. ¿Qué cantidad de títulos valores, ajustados por cuál índice o moneda deberán poder ser adquiridos para generar esa renta? Ante el claro mandato legal los jueces no podrán apartarse de la definición. Ciertamente tendremos un aumento de las indemnizaciones que afectará al sector, las aseguradoras deberán recalcular los montos asegurados y advertir a sus clientes sobre las nuevas bases de cálculo y éstos decidir si corren el riesgo del infraseguro, que ahora será más evidente.

SÍNTESIS:

El nuevo Código Civil y Comercial no innova tanto como pudo hacerlo. La mayor parte de las aparentes reformas no son tales sino que receptan lo que la jurisprudencia ya había incorporado. El sector corrió el riesgo de ser calificado como actividad “riesgosa”, con graves implicancias pero, felizmente no ocurrió. Es positivo el acortamiento de los plazos de prescripción. Es negativa la ampliación de los legitimados para demandar, pero subsisten las limitaciones de causalidad en la determinación de los daños. Los nuevos rubros indemnizatorios serán incorporados a todas las demandas, con o sin razón. La definición de los rubros que componen la indemnización por muerte o discapacidad permanente traerá un aumento de los montos demandados que obligará a rever los montos asegurados teniendo en cuenta los nuevos legitimados y la “fórmula de cálculo” a lo que deberá restarse el plazo de prescripción acortado.

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

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



Trayectoria e Innovación
en la Seguridad Social










Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019A8G) Capital Federal

La Salud Pública bajo amenaza (primera parte)

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



Después de muchos años de silencios, algunos de ellos cómplices, y mucho otros inculcados por la herencia de los temores, algunas sociedades científicas, otras organizaciones no gubernamentales, y no pocos individuos considerados profesionales de la salud, han comenzado a despertar alzando sus voces, observando que luego de las decisiones que se vienen adoptando en Europa, muchas de ellas con forma de recortes, otras con formas de cercenamientos de compromisos de conciencia, limitaciones que agreden las éticas y el sentido de los valores, por ende de derechos, han afectado gravemente ya no sólo al ejercicio profesional, sino también a los derechos de los pacientes y junto con ello al funcionamiento de la "salud pública"... manipulando presupuestos desintegrados... modificando los criterios de financiamiento, cerrando servicios, invadiendo los ámbitos de servicios relativos al tema que nos ocupa, e incluso cerrando puertas a las necesidades de los pacientes, sin omitir la producción de deudas a escalas catastróficas.

La organización no gubernamental conocida como Médicos Sin Fronteras (entre otros que han alzado sus voces), ha efectuado este mismo año dos denuncias sobre acuerdos que destruyen y/o comprometen seriamente y/o cercenan la universalidad del derecho humano/ciudadano a la salud pública, a las coberturas sociales solidarias, y bloqueando el acceso de los pacientes a sus tratamientos... sumado a ello, la imposición selectiva de los accesos sociales a las inmunizaciones, el incremento brutal de precios (rango de calamidad) que impiden que se cursen tratamientos, y numerosos etcéteras que acompañan a antojos políticos y corporativos que pretenden terminar con la salud pública y sus mentados beneficios.

Promover la salud privada para abordar fines y/o necesidades sociales es una imprudencia propia de los antojos políticos que se observan en una Europa cada vez más confundida... y digo promover la salud privada porque es evidente que los recortes cursados en la actual gestión político-económica española han servido como ejemplo de limitaciones que poco a poco se van imponiendo en el resto de la mal llamada UE, haciendo que las personas pierdan progresivamente sus derechos universales. Sin lugar a dudas, la salud privada, con un rol bien determinado, es incapaz de cumplir y/o cumplimentar fines y necesidades sociales globales, mucho menos contemplar desequilibrios epidemiológicos que afectan a los anónimos y a los invisibles de

cualquier sociedad humana, sea en occidente o sea en oriente.

Si bien todas las áreas de servicios de la salud pública se están viendo comprometidas por estas políticas, en cualquier lugar de la Tierra (dejando en claro el carácter global de la humanidad y sus espacios), hay dos que ponen en peligro los ya inestables equilibrios de la salud como entidad global y planetaria... siendo ellos: el primero las inmunizaciones (vacunas), el segundo los tratamientos para enfermedades crónicas... entendiendo que no son únicamente dichas franjas terapéuticas las que están padeciendo las "demencias" estratégicas que intentan agregar exclusión donde antes había una precaria inclusión.

En la práctica, es necesario considerar que la Tierra es una sola epidemiológicamente hablando, y que lo que hoy afecta al oriente puede mañana mismo afectar a occidente y viceversa (ejemplos: malaria, dengue, MERS, hepatitis, HIV, H1N1, H3N2, tuberculosis, etc.). Más aún con la temible influencia de un cambio climático que afecta a toda la geometría del planeta haciendo que se produzcan caldos de cultivo nunca antes vistos, jamás registrados, y de consecuencias desconocidas para la continuidad de todo lo que existe. Sumado lo antedicho a usos irracionales de muchos medicamentos y otra vez, numerosos etcéteras que no caben en estas líneas por meras cuestiones de espacio, y no de consideración.

Por un lado, MSF denuncia la presión de Estados Unidos, Japón, Suiza y la UE (Unión Europea) sobre India a efectos que modifique su política de producción y precios de medicamentos genéricos. Una presión que se traduce como avasallamiento del derecho al acceso de medicamentos de bajo precio promedio por parte de segmentos poblacionales cada vez más excluidos de cualquier sistema de salud que priorice lo público. El intento corporativo de modificar la política de la India debe entenderse como un atentado a la salud de los seres humanos imposibilitados de pagar precios "injustos" para intentar curarse, y aparece adecuado señalar que, en dicha condición se encuentran dos tercios de la población humana, siendo que los más negados son cubiertos por servicios solidarios de ONG's que reemplazan a los estados ausentes que hoy pavonean sus políticas por todo el orbe (África, Asia, América latina, y en la propia Europa).

No es lo único, MSF denuncia el convenio TTP (Acuerdo de Asociación Transpacífico) que según define en su documento: *"Hemos alzado la voz tan alto como podemos, advirtiendo repetidamente que éste es*

un pésimo trato para el acceso a los medicamentos asequibles", declaró Manica Balasegaram Director Ejecutivo de la Campaña de Acceso de MSF, "todos los Ministerios de Salud, los grupos humanitarios, como MSF, y los programas de salud mundial financiados por el gobierno de EE.UU. dependen de medicamentos asequibles para proveer atención médica. A pesar de las advertencias repetidas de MSF, otros expertos y grupos interesados, incluso otros países, los negociadores de EE.UU. han impulsado disposiciones que benefician a las compañías farmacéuticas a costa de más de 800 millones de personas que necesitan acceso a medicamentos genéricos asequibles en los países actuales del TPP".

El problema no se limita a 800 millones de personas, ya que tal lo citado anteriormente, dos tercios de la humanidad se ve afectada por una estrategia que se asemeja más a una conducta nazi que a un modelo solidario global, priorizando los intereses de pocos y agrediendo las necesidades de la mayoría. El tema no es menor y arrasa la concepción alemana impuesta en 1881 por su mentor Otto von Bismarck como piedra fundamental de un sistema que ha sido ejemplo evolutivo de coberturas sociales.

Lo expuesto hasta aquí, deja en claro que 2015 puede ser el quiebre de todo lo cursado en salud pública a nivel mundial, y de ser así, la epidemiología terrestre se vería gravemente comprometida al proveer servicios a pocos en desmedro de los muchos que, separados de las atenciones médicas, verían limitados sus accesos a eventuales atenciones, diagnósticos y curas. De hecho, de por sí, el actual modelo de construcción de precios de la industria farmacéutica (vigente/consecuente a la

segunda guerra mundial), determina que la mayoría de los pacientes con afecciones crónicas queden afuera de cualquier servicio médico que recomiende una determinada secuencia terapéutica, y prueba de ello es la escasa adherencia terapéutica que se revela en la propia Europa, donde la crisis se ha comido a los enfermos. □

Referencias bibliográficas

1. RIUS SANJUAN, JUDIT 24 JUL 2015 – El País La salud pública, bajo amenaza | Ciencia | EL PAÍS.
2. India: la farmacia de los pobres, de nuevo en peligro India: la farmacia de los pobres, de nuevo en peligro (Médicos Sin Fronteras; 11 de junio de 2015).
3. Los negociadores del TPP deben corregir el acuerdo comercial más perjudicial de todos los tiempos para la salud mundial TPP el acuerdo más perjudicial para acceso a medicamentos (Médicos Sin Fr. Dudas y certezas sobre los techos de gasto máximo, Junio/Julio 2015 - Silvia C. Carpallo. El Médico Interactivo: <http://www.elmedicointeractivo.com/analisis/informes/134244/dudas-y-certezas-sobre-los-techos-de-gasto-maximo>
5. MedlinePlus, Biblioteca Médica de los Estados Unidos de Norteamérica. Los oncólogos de EE. UU. denuncian los altos costos de los fármacos para el cáncer: MedlinePlus en español.

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2015-07-29. 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 ▲ 15 millones de lectores ▲ 185 mil documentos editados ▲ 500 millones de consultas reales ▲ traducidos a doce idiomas ▲ 83 países registrados (acceso libre y gratuito).

SOCCLUS

Odontología para Sistemas de Salud

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

> SOCCLUS Sd
 Av. Belgrano 1683, 3º piso
 Capital Federal, C.P. (1093)
 (011) 4371-1096 (líneas rotativas)
info@socclus.com.ar www.socclus.com.ar
Consultorios Propios
 Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)

Médicos Municipales: Apuesta a la capacitación y al crecimiento

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



En los últimos meses la sociedad participó activamente a través del voto en cuanto acto electoral fue convocada a raíz del modelo PASO que instrumentó la clase política para definir a los candidatos. En ese contexto mucho se habló del pasado y se hicieron promesas acerca del futuro; muchos además le dedicaron un ápice al área de salud.

Si trazamos una analogía, la Asociación de Médicos Municipales es una institución que a través de los años se ha transformado en una referencia a la hora del tratamiento de temas que verdaderamente impactan en el corazón del sistema.

Como toda Institución gremial y democrática el diseño interno se canaliza a través del debate y de las urnas, y es aquí donde en los últimos años el respaldo a la actual conducción ha sido contundente.

Esto es importante porque nos permite hacer balances. Si nos detenemos y miramos hacia atrás nos damos cuenta de cuánto hemos crecido desde lo institucional hasta lo social, por ejemplo con nuestro Polideportivo como estandarte de un sueño cumplido para muchas generaciones en donde el día del niño fue festejado por más de 3.000 personas.

La vida interna de la AMM va más allá de la discusión salarial, que vale decirlo en los últimos años ha sido favorable y se cerraron acuerdos superiores a la inflación lo que mantiene y mejora el valor de los ingresos.

La AMM puso al desnudo un tema que estaba fuera de agenda y que está relacionado con la inseguridad en los hospitales. Hoy nadie nos puede descalificar, somos escuchados y hemos obligado a las autoridades de turno a que tomen medidas para atacar un flagelo en ascenso; lo decimos con firmeza porque desde todo el país recibimos consultas de asociaciones colegas que nos preguntan cómo es nuestro protocolo que asiste al que asiste. Nadie nos puede cuestionar cuando nos paramos delante de los medios para denunciar; lo hacemos cuando es necesario y la gente nos cree: somos creíbles.

Sin embargo, también hay una vida interna que nos permite mirar hacia delante; además no nos olvidamos 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.

Debemos enorgullecernos de que los médicos municipales sean considerados no sólo 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 veinte años poníamos en marcha el edificio de nuestro Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud. Los conceptos y formas de enseñanza allí vertidos siempre acompañaron las nuevas técnicas de instrucción; de igual manera continuaremos haciéndolo en el nuevo edificio que adquirimos para poder ampliar la oferta académica y las comodidades de los profesionales.

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; es por eso que 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.

Esta combinación nos pone orgullosos porque es una demostración que la AMM 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.

Los objetivos que nos trazamos son amplios y como hemos demostrado no nos conformamos con lo que tenemos hasta ahora, queremos ir por más y darle a los colegas las mejores herramientas para formarse, además de reafirmar nuestra indeclinable lucha por una salud pública de calidad. Ése es nuestro compromiso. □



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

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



OSDO
OBRA SOCIAL EMPRESARIAL

www.osdo.com.ar



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

andar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

LA MEJOR
COBERTURA FAMILIAR
AL MEJOR PRECIO

0810-345-0184

Línea exclusiva de asesoramiento comercial



La calidad es una actitud



LA MAYOR ESTRUCTURA
OPERATIVA EN CABA

www.acudiremergencias.com.ar

