

Columna
El Ministerio
de Salud en el
siglo XXI
Por el Dr. Mauricio Klajman

Columna
El valor moral como
imperativo:
Revertir la inequidad
Por el Dr. Ignacio Katz

Opinión
Salud Mental: el grave
problema de Salud Pública
que aún no valoramos
Por el Dr. Adolfo Sánchez de León

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XVII. N° 89. Noviembre 2015

Enfermedades crónicas Bajo la lupa



GALENO

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

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 8860-222-SALUD (72282) WWW.SSGALLENDO.COM.AR Ley 26.882. Inscripción Inscripción N° 1285. Derechos reservados expediente 208.711/12.



35 AÑOS | CALIDAD ISO 9001



UNIVERSAL-ASSISTANCE.COM



La red de emergencias médicas
más grande del país

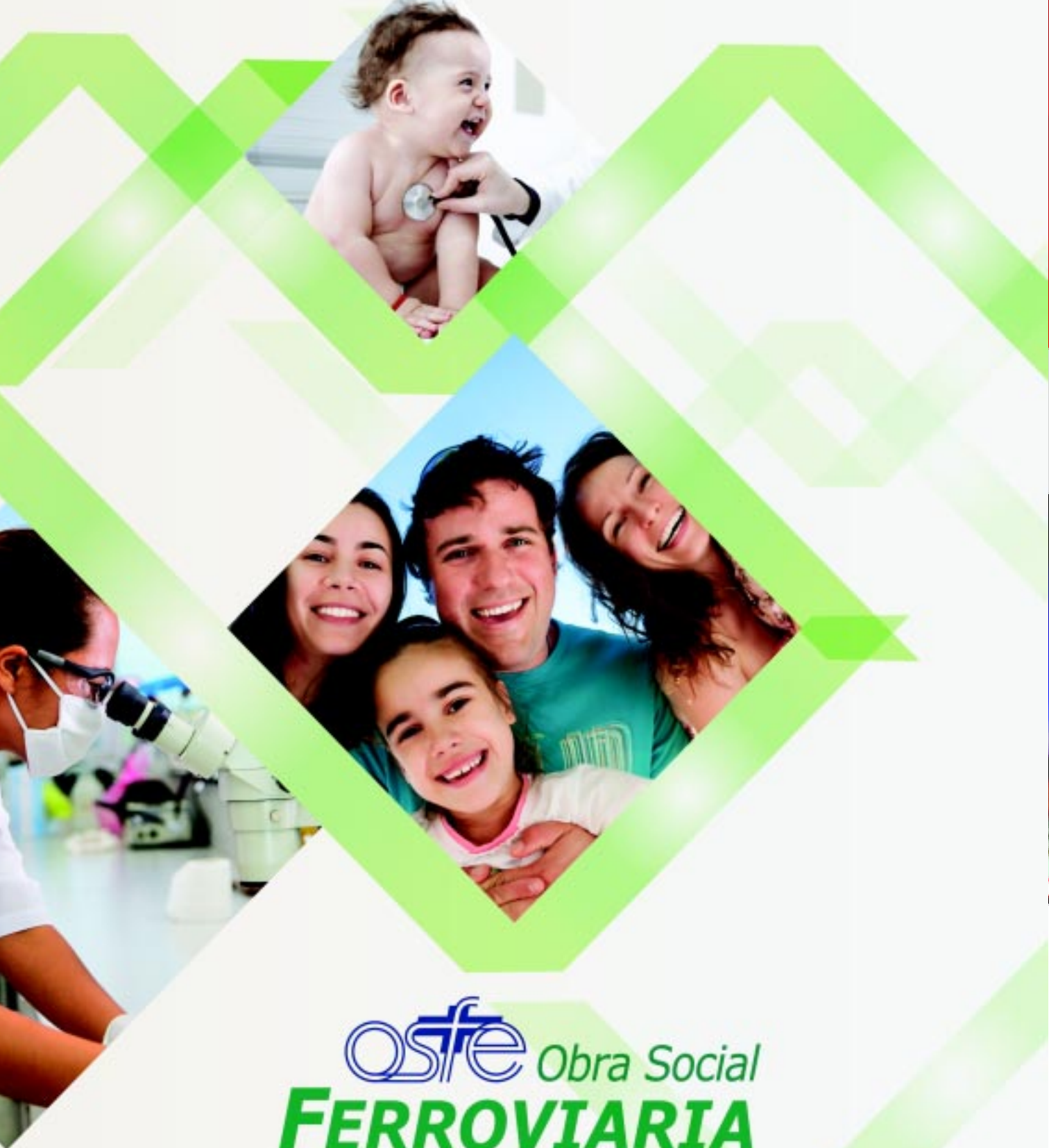
Llegamos
donde
estés

-  EMERGENCIAS
-  URGENCIAS
-  VISITAS DOMICILIARIAS
-  TRASLADOS PROGRAMADOS

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

www.sifeme.com

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



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



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

andar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

— LA MEJOR
COBERTURA FAMILIAR
AL MEJOR PRECIO

0810-345-0184

Línea exclusiva de asesoramiento comercial



Asistencia al viajero, nuestra especialidad 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**



100.000
afiliados

¡Prevención Salud ya suma más de 100.000 afiliados!

Con solo un año y medio en el mercado logramos un **gran crecimiento**.

Gracias a todos los profesionales de la salud por ayudarnos a brindar respuestas ágiles, con la mejor atención y un servicio prestacional de excelencia.

CADA VEZ SOMOS MÁS LOS QUE QUEREMOS DISFRUTAR
DE **ESTAR BIEN AQUÍ Y AHORA**

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:

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
NOVEDADES <i>Collia expuso ante Entidades de Medicina Prepaga sobre los desafíos futuros del sector</i>	18
OPINIÓN <i>Resultados de la encuesta global de Salud y Productividad</i> <i>Por el Dr. Héctor Barrios</i>	20
VOCES <i>¿Medicina de la Ciencia o Medicina de la Sentencia?</i> <i>Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar</i>	22
DEBATE <i>Hacia un sistema de salud integrado y eficiente</i> <i>Por el Dr. Hugo E. Arce</i>	24
PRIMERA PLANA <i>Salud y Enfermedades Crónicas</i> <i>Antes que se enciendan las alarmas</i> <i>Por el Dr. Sergio Horis Del Prete</i>	26
COLUMNA <i>El valor moral como imperativo: Revertir la inequidad</i> <i>Por el Dr. Ignacio Katz</i>	30
ACTUALIDAD <i>El Grupo SanCor Salud desembarcó en el Cerro de las Rosas</i>	32
OPINIÓN <i>Salud Mental: el grave problema de Salud Pública que aún no valoramos</i> <i>Por el Dr. Adolfo Sánchez de León</i>	34
COLUMNA <i>El Ministerio de Salud en el siglo XXI</i> <i>Por el Dr. Mauricio Klajman</i>	36
COLUMNA <i>De algo hay que morir</i> <i>Por el Dr. Javier Vilosio</i>	38
LA MEDICINA EN EL CINE <i>El otro lado de los fármacos en el cine (primera parte)</i>	40
COLUMNA <i>Avances en el tratamiento de la Leucemia: Cortistatin A</i> <i>Por el Dr. Enrique L. Sánchez</i>	42
OPINIÓN <i>Traslado Neonatal</i> <i>Por el Dr. Nicolás Morcillo y la Dra. Patricia Bellani</i>	43
COLUMNA <i>Torsión testicular, prolapso de cordón umbilical y registros clínicos.</i> <i>Sugerencias para una mejor defensa</i> <i>Por el Dr. Fernando G. Mariona</i>	44
COLUMNA <i>La Donación de Sangre o... es el Derecho a la Vida estúpido!!!</i> <i>Por el Dr. Floreal López Delgado</i>	46
OPINIÓN <i>La Salud Pública bajo amenaza (segunda parte)</i> <i>Por el Lic. Víctor N. Cerasale</i>	48
OPINIÓN <i>Médicos Municipales: Los Pilares de la Salud Pública</i> <i>Por el Dr. Jorge Gilardi</i>	50

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





Eduardo Traverso (Equifax) Sara Muzzio, Alejandro Álvarez, Iñaki Galarraga (ASSIST CARD) y Christian Sabino (Transalud).

ASSIST CARD EN EL CONGRESO DE ACAMI

ASSIST CARD estuvo presente en el XVIII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD organizado por ACAMI que este año tuvo como lema: "2015 -2019 - Desafíos: Educar para crecer".

El mismo se llevó a cabo en esta ocasión en el Hotel Llao Llao en la ciudad de Bariloche el 17 de Setiembre próximo pasado. ■

El Hospital Italiano obtuvo la acreditación en calidad y seguridad de atención de una institución mundialmente reconocida



El Hospital Italiano de Buenos Aires recibió la certificación de la Joint Commission International (JCI), una organización que tiene prestigio mundial en la acreditación de centros de salud, alcanzando el estándar internacional de calidad y seguridad hospitalaria.

Los profesionales de la JCI evaluaron más de 1.200 elementos de medición que se centraron en la atención al paciente, el control de



infecciones y la adecuada educación del paciente y su familia, y realizaron tracers de pacientes, historias clínicas y sistemas, una herramienta para detectar las experiencias de personas y sistemas en relación a la atención y al funcionamiento de los procesos. Los estándares también abordan la gestión de instalaciones y seguridad, las calificaciones del personal, la mejora continua de la calidad, el liderazgo organizacional y la gestión de la información y comunicación. El Ing. Franco Livini, Presidente de la institución sostuvo: "Con la vocación de excelencia y asistencia de siempre, la certificación significa un nuevo logro en la vida de nuestro Hospital. Nos enorgullece destacar la significativa participación de toda nuestra gente en esta importante realización".

El proceso de acreditación significó un profundo cambio cultural en cuanto a los procesos, políticas y estándares de calidad auditados con las más exigentes normas internacionales. Este cambio abarcó a toda la organización y exigió un trabajo permanente de autoevaluación y de mejora. La certificación es válida por un período de tres años, luego se deberá volver a realizar un proceso de evaluación para renovarla. Desde hace seis años el Hospital Italiano está trabajando en este proyecto.

Previo a la auditoría definitiva realizada el 30 de setiembre, 1 y 2 de octubre, la

institución había recibido una primera consultoría en julio de 2013, que tuvo la misión de brindar un diagnóstico de la institución y un plan de acción para la acreditación. En marzo de 2014 el Hospital recibió la segunda visita, con el objetivo de evaluar los resultados del plan propuesto y dar nuevas indicaciones y recomendaciones para la auditoría final. ■

Acerca de la Joint Commission International

La JCI es una organización sin fines de lucro que acredita a más de 20 mil organizaciones de atención sanitaria y programas en los Estados Unidos desde hace más de 60 años, con énfasis en la calidad. En 1989, inauguró una rama internacional, para acreditar hospitales y programas fuera de Estados Unidos.

Lanzamiento de "HM&A"

Desde principios de 2015 la Lic. Cecilia Giordano y el Lic. Humberto Maone lanzaron al mercado una consultora de Recursos Humanos especializada en organizaciones de salud tales como Entidades de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Mutuales y Cooperativas, Empresas de Asistencia al Viajero y de Emergencias Médicas, Centros Médicos, Clínicas, Sanatorios y Geriátricos entre otros.

Ambos profesionales cuentan con más de 20 años de trayectoria y experiencia dentro del sector salud en la Argentina, lo que les permite conocer en profundidad los requerimientos específicos de cada una de las posiciones existentes en cada organización, así como también una amplia comprensión de descriptivos de puestos y perfiles requeridos, a la hora de incorporar personal.

La consultora cuenta con tres divisiones:

* DIVISIÓN RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

Con foco y especialización en organizaciones vinculadas al sector de salud, HM&A se diferencia del resto de las consultoras que brindan estos servicios, justamente por el carácter "generalista" que poseen, sin especialización o exclusividad alguna dentro de un sector en particular. El reclutamiento y selección abarca desde Ejecutivos y Alta Dirección, Mandos Medios y Profesionales hasta personal Administrativo en general.

* DIVISIÓN PAY ROLL

Brindando una solución integral en liquidación de sueldos y administración de personal.

Auditoría de liquidación de sueldos y administración de personal por muestreo.

Estructura de remuneraciones y gestión de beneficios.

Encuestas de compensación.

* DIVISIÓN ASESORAMIENTO JURÍDICO

Asesorando en forma externa a través de profesionales especializados en el ámbito laboral. ■





OMINT ASSISTANCE

Tu Viaje Seguro

Brindá tranquilidad
a tus afiliados
mientras viajan.

0810 555 6633
www.omintassistance.com.ar

GRUPO OMINT



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



Europ Assistance Argentina – División Salud

Incorporación de los beneficiarios de GALENO ART

GALENO ART Informamos que a partir del 01/11/2015 Europ Assistance Argentina - División Salud incorporó a su exclusiva cartera de clientes a todos los beneficiarios de Galeno ART brindándole la asistencia con la excelencia que nos caracteriza. Agradeciendo una vez más a Galeno por haber depositado nuevamente su confianza en nosotros. Esta alianza fortalece los vínculos construidos.

Premio ACAMI



Dr. Carlos Candiano; Dr. Alberto Paganelli; Dr. Santiago Rossi; Lic. Juan Esteban Funes; Daniel R.J. Piscicelli; Lic. Ariel Pierini y Lic. Juan Pablo Maldonado.



Fernando Darder, Ariel Pierini, Hugo Magonza y Daniel Piscicelli.

Tuvimos el honor de ser nuevamente elegidos como Sponsor en el XVIII Congreso Argentino de Salud "ACAMI", en la ciudad de Bariloche bajo el lema "2015-2019 desafíos: Educar para crecer" realizado el 17 de Septiembre de 2015.

Finalizado el Congreso Europ Assistance hizo entrega del premio, que consistía en un crucero a Brasil para dos personas. Dicho acto se realizó con la presencia del Director Regional de Salud, Sr. Daniel Piscicelli y el Gerente Comercial de Salud, Lic. Ariel Pierini quienes compartieron la entrega del mismo con el presidente de ACAMI, el Lic. Hugo Magonza. ■

NOTICIAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UCA

I CONGRESO NACIONAL DE BIOÉTICA PARA ALUMNOS DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD "La Bioética un conocimiento necesario, para la práctica médica actual"

En el marco de la realización del Congreso Internacional de Bioética Personalista se desarrolló el Primer Congreso Nacional de Bioética para Alumnos de Medicina y Cs. de la Salud. Se realizó en el Campus Universitario de Puerto Madero los días 13 y 14 de octubre.

Los temas abordados han sido:

- ✓ Bioética del Inicio de la Vida. Técnicas de fertilización asistida;
- ✓ Bioética y Biotecnología: trasplante de órganos y la vulnerabilidad del donante;
- ✓ Bioética del Fin de la Vida. ¿A partir de cuándo deben comenzar los cuidados paliativos para una muerte digna?

El evento representó la primera experiencia de alumnos de la carrera que han constituido en calidad de miembros; el Comité Científico y Organizador del Congreso. Han expresado gran satisfacción en las tareas realizadas y los resultados logrados, reflejados en la convocatoria. Manifestaron su agradecimiento al cuerpo docente de la UCA y de otras universidades que les han brindado apoyo en sus exposiciones y a los alumnos participantes. ■



XX JORNADA DE ENFERMERÍA

El 15 de octubre de 2015 la Facultad de Ciencias Médicas junto a la Comisión de Enfermeros de Gestión de ADECRA y la Revista VEA realizaron la XX Jornada de Enfermería bajo el lema "Formación y Talento: inducción al campo laboral".

La apertura tuvo lugar con la Lic. Rosa Palma, Presidente de Federación Argentina de Enfermería (FAE). Disertó sobre la realidad de la formación del recurso de enfermería en Latinoamérica, mostrando y comentando datos estadísticos que se manejan en la región. Profesionales de prestigiosas instituciones expusieron la metodología implementada para la inducción y la internalización de la cultura institucional del personal de reciente ingreso y muchos de ellos de reciente egreso de la formación, en sus respectivas instituciones.

Finalizó el encuentro la Lic. Marcela Farina, representante del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, disertando sobre la capacitación y desempeño en enfermería. ■

EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL CONGRESO DE SALUD DE ACAMI



El pasado 17 de setiembre el vicepresidente del Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, Dr. Luis Scervino, disertó en el Congreso de ACAMI que se desarrolló en la ciudad de San Carlos de Bariloche. La presentación se hizo en el marco de un panel de expertos que abordaron temas relacionados con la economía de la salud y las nuevas tecnologías sanitarias.

Su presentación hizo foco en los lineamientos estratégicos de la evaluación de nuevas tecnologías sanitarias y su racionalidad a la hora de definir coberturas. También se hizo referencia a tópicos relacionados con los procesos de desinversión en salud y se analizó la realidad latinoamericana en torno al acceso a coberturas de alto costo.

Participaron del encuentro representantes de todos los sectores vinculados al quehacer sanitario nacional y líderes de opinión locales y regionales en un marco de discusión constructiva y de consenso. ■



SIEMPRE PENSANDO EN VOS



www.e-galeno.com.ar

 **GALENO**

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583) WWW.SDSALUD.GOV.AR Ley 26.662. Solicitud inscripción N° 1285. Derechos reservados expediente 200.717/12.



Sandra Yachelini es designada nueva CEO de Universal Assistance

Universal Assistance, empresa líder en servicios de asistencia integral al viajero en Latinoamérica, anunció el nombramiento de Sandra Yachelini como nueva CEO (Chief Executive Officer) de la compañía.



Con una carrera profesional de más de 28 años en la industria de la tecnología, durante los últimos tres años Sandra Yachelini se desempeñó como gerente general para Latinoamérica de pequeñas y medianas empresas y socios de negocios para Microsoft, anteriormente como gerente general de Microsoft en la Argentina y Uruguay, gerente general de SAP región sur, gerente general de EDS para países de habla hispana.

Comenzó su carrera en IBM donde ejerció funciones de ventas y gerencia de canales de región sur.

Nacida en Rafaela, provincia de Santa Fe, Yachelini es ingeniera electrónica egresada de la Universidad Nacional de Rosario. También ha completado diversos programas de administración, economía y marketing en Harvard Business School, London Business School y en IAE Business School.

La flamante CEO afirmó: "Estoy muy entusiasmada y agradecida de sumarme al equipo de Universal Assistance para acelerar la expansión de la empresa a otros mercados, apalancando la excelencia operativa e innovando en la aplicación de la tecnología al negocio". ■

Acerca de Universal Assistance

Con más de 35 años de trayectoria, Universal Assistance es la empresa líder proveedora de servicios de asistencia integral al viajero, operando las 24 horas del día, los 365 días del año, alrededor del mundo. Sus centrales operativas propias, su red de prestadores en todo el mundo y su calidad certificada bajo normas de calidad ISO, convierten a Universal Assistance en la más confiable empresa de asistencia al viajero de América Latina. La compañía cubre a más de 10 millones de personas y realiza más de 100 mil asistencias anuales, con un número superior a 75 mil prestadores médicos directos en todo el mundo.

SanCor Salud junto al Papa Francisco en el Seminario de Bioética en Roma



Los representantes de SanCor Salud participaron del Seminario de Ética en el Gerenciamiento de la Salud, que tuvo lugar del 5 al 10 de octubre en Roma, Italia. Estas jornadas, llevadas a cabo por el Instituto de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón "Agostino Gemelli" (Roma, Italia) y la Fundación Consenso de Argentina, contaron con la presencia de los principales referentes del rubro de la salud, funcionarios gubernamentales del sector y destacadas personalidades; quienes abordaron el concepto de bioética como un punto clave a tener en cuenta para la toma de decisiones de los gerenciadore del sistema de salud.



Miguel Ángel Costamagna y Ricardo Garrone, miembros de la Comisión Directiva de SanCor Salud, junto al Gerente General, Dr. Fernando Werlen, fueron especialmente invitados por los organizadores del Seminario, para participar en estas importantes jornadas junto a los principales referentes del sector, identificados por sus valores éticos.

Durante la semana que estuvieron visitando el Vaticano, tuvieron el honor de conocer al Sumo Pontífice, quien ofreció a los participantes audiencias para conversar sobre las cuestiones de la bioética y el futuro del gerenciamiento de la salud, desde esta perspectiva tan particular.

En relación a su participación y a esta importante experiencia, el Gerente General, Dr. Fernando Werlen destacó: "fue un orgullo para nosotros haber sido seleccionados e

invitados por la Universidad Católica y por la Fundación Consenso para participar de este importante seminario, que marca un nuevo camino a emprender en la administración y gestión de los sistemas de salud. Para nosotros es muy valorable ser considerados referentes del Sector y tener participación activa en estos encuentros".

Gracias a estos aportes y miradas, SanCor Salud continúa su trabajo orientado a la excelencia y la calidad, donde el valor de las personas y el respeto por los demás tienen un lugar preponderante. ■

SAVANT EMITIÓ UNA NUEVA SERIE DE OBLIGACIONES NEGOCIABLES POR \$ 70.000.000



SAVANT, el laboratorio de capitales nacionales, emitió la tercera serie de Obligaciones Negociables por \$70.000.000 en el marco del Programa Global de Emisión de Obligaciones Negociables, con el objetivo de consolidar un proyecto de crecimiento sustentable en el largo plazo.

Con esta emisión, SAVANT continúa en la senda iniciada en agosto de 2008 orientada a lograr financiamiento eficiente para sus fuertes inversiones industriales que le permiten atender la creciente demanda de sus marcas.

Los fondos obtenidos, con un plazo de 36 meses y una tasa Badlar más 0% spread, se destinarán a la ampliación de la capacidad de producción y a acompañar el crecimiento del Capital de Trabajo.

"Esta emisión es realmente significativa para nuestra compañía pues nos fortalece financieramente para acompañar la proyección de crecimiento que tenemos para 2016, con foco en el desarrollo y ampliación de nuestra instalaciones y capacidad productiva. Las ofertas recibidas superaron ampliamente nuestras expectativas", expresó Mauro Bono, presidente de SAVANT. ■



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



Collia expuso ante Entidades de Medicina Prepaga sobre los desafíos futuros del sector



El ministro de Salud de la Provincia, Alejandro Collia, disertó en un encuentro con la Cámara que nuclea a Entidades de Medicina Prepaga de la República Argentina (CEMPRA) en el que expuso sobre los desafíos del sistema sanitario actual a nivel público y privado, frente a un centenar de autoridades y profesionales que componen el sector.

En el marco del encuentro, que se realizó en el Hotel Panamericano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Collia analizó el acceso y la cobertura de tratamientos de alto costo, y expuso sobre la posibilidad de crear una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, para in-

vestigar la seguridad, la efectividad y los costos de nuevos medicamentos y drogas.

En ese sentido, destacó que “el Estado, con potencial colaboración del sector privado, está en condiciones de fomentar e implementar las investigaciones necesarias para conocer la eficacia y seguridad de los nuevos tratamientos, tecnologías y medicamentos que aparecen en la industria farmacéutica”.

Para esto, el ministro de Daniel Scioli evaluó junto con el presidente de CEMPRAs, Guillermo Copello, la posible creación de un Instituto de Evaluación de Tecnologías sanitarias, así como también una serie de estrategias para fortalecer la racionalidad

en el acceso a medicamentos y tecnologías, tales como “fomentar la investigación sanitaria epidemiológica, profundizar el desarrollo de la producción pública de medicamentos y capacitar a los trabajadores de la salud en el uso racional de medicamentos y tecnologías”.

El objetivo es contribuir a una salud cada vez de mayor calidad, así como también la reducción de costos en el sistema sanitario, tanto público como privado. Para lograrlo, el ministro consideró “esencial” profundizar la articulación entre la Nación, las provincias y sus municipios con la finalidad de unificar el modelo de atención y coordinar el financiamiento para que la inversión sea la adecuada, también, avanzar en el trabajo conjunto con las obras sociales y prepagas.

En otro orden, el titular de la cartera sanitaria provincial destacó el funcionamiento de los hospitales intermedios UPA24, como un aporte a los desafíos de la salud actual, “ya que cumplen a la perfección el rol de enlace entre la salita sanitaria y el centro de mayor complejidad, en tiempos en los que las poblaciones urbanas se encuentran en gran crecimiento”.

En ese sentido, señaló que el objetivo del gobernador Daniel Scioli –ideólogo de estos establecimientos sanitarios– “es la construcción de 100 UPAs en todo el país, iniciativa que permitirá fortalecer la red de atención, acortar los tiempos y optimizar los recursos al incorporar un efector que atienda la demanda no programada durante las 24 hs del día”.

En la jornada estuvieron presentes, además, el secretario de CEMPRAs, Darío Durand, y el subsecretario de Planificación de la Salud de la cartera sanitaria de la Provincia, Alejandro Costa. □



Fuente: Prensa - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires



**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 (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

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

OSPe

**Obra Social
de Petroleros**

Resultados de la encuesta global de Salud y Productividad



Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson

Con la participación de 1.669 empresas de todo el mundo, comenzaron a obtenerse los resultados finales de la Encuesta Staying@work, una compulsa global que Towers Watson realiza cada dos años y que tiene por objetivo conocer las tácticas y estrategias que utilizan las organizaciones más exitosas para mejorar la salud y la eficacia de la fuerza de trabajo, vinculando a su vez esos resultados con el éxito financiero de las empresas.

Seguidamente señalaremos algunas cifras que nos revelan lo importante de la muestra:

- 34% de los empleadores encuestados tienen más de 10.000 empleados.
- 73% de las empresas participantes poseen su fuerza de trabajo localizada en diferentes países y operan en todos los sectores de la economía.
- 34 países encuestados.
- Cuatro grandes regiones representadas: América del norte, Europa, Asia Pacífico y Latinoamérica.

Y lo más importante...de las casi 1.700 empresas participantes, 40 pertenecen a la Argentina. De esta forma, por primera vez, empresas de nuestro país participan de esta compulsa y pueden comparar sus resultados con otros países, con otras regiones y naturalmente con las tendencias globales.

Una de las conclusiones más interesantes de la encuesta es que el compromiso de las organizaciones con los Programas de Salud y Productividad se irá incrementando en el futuro próximo. En efecto, con un indicador del 77% a nivel global, las empresas han señalado que dicho compromiso se incrementará -o se incrementará significativamente- desde aquí al año 2018.

Si bien ubicada algo debajo del promedio del 77%, la Argentina se ubica con un significativo 70%, demostrando así que no es ajena a estos cambios que se están produciendo globalmente.

Naturalmente amigo lector, las corporaciones no son una ONG. Todo este "movimiento" precisamente se denomina "salud y productividad", siendo uno de los motores que lo impulsan, los resultados de las mediciones respecto del compromiso de los empleados. En efecto, las mediciones señalan que los empleados que creen que su empleador ofrece buenas herramientas y recursos que contribuyen con su salud, se encuentran prácticamente 4 veces más comprometidos con la organización que aquellos que no lo perciben.

En dirección opuesta, los empleados que no consideran recibir una variedad de iniciativas que los ayuden a tener un estilo de vida saludable, tienen un 30% más de probabilidades de presentar altas tasas de ausentismo.

Ahora bien ¿Qué hacen las empresas altamente efectivas para desarrollar una cultura de salud organizacional? La encuesta ha detectado acciones de importan-

cia que son comunes a estas empresas entre las cuales se destacan:

- Se incluye la salud y productividad en las metas organizacionales y en sus valores.
- Se fomenta que los empleados ofrezcan sugerencias para cambiar el ambiente de trabajo y mejorar su bienestar.
- Se audita el ambiente laboral y los Programas de Salud y Productividad para estar alineados con la cultura.
- Se ofrecen Programas para mejorar el ambiente psicosocial en el trabajo.
- La Gerencia cuenta con herramientas para apoyar sus esfuerzos para promover la salud y productividad.
- Se invita a los miembros de la familia del empleado a participar en programas y actividades.
- Se aplican estrategias de medición para realizar una evaluación continua de los programas.

Y con relación a este último punto debemos señalar que la encuesta revela que las empresas que no tienen articulada una estrategia de medición de resultados de los programas, son 2 veces más propensas a identificar la falta de presupuesto como un obstáculo para apoyar una gestión de salud efectiva. Es decir que la métrica no es un tema menor, ya que considerando que a nivel global sólo el 22% de las empresas la utilizan, las consecuencias de la falta de medición, son las limitaciones presupuestarias que refieren la mayor parte de las compañías.

Seguramente el desarrollo de los programas traerá también aparejado el desarrollo de sus métricas. Hasta aquí, las estrategias más utilizadas como forma de medición son:

- El uso de datos de prevalencia de enfermedades para la toma de decisiones en el diseño de los programas de salud.
- La medición de la participación activa y del compromiso de los empleados/cónyuges en los programas.
- Compartir métricas de desempeño de los programas a nivel de gerencias locales y de gerencias regionales.
- Uso de los datos para identificar individuos (o subgrupos) a los cuales dirigir programas específicos de salud y bienestar.
- Medir el impacto demostrado por los programas en la productividad de la empresa (ej.: ausentismo).

En resumen, podemos decir que en medio del estrés en que se vive en las corporaciones, hay una brisa nueva: más allá de que siempre ha sido un objetivo el incremento de la productividad de la fuerza laboral, hoy también hay una fuerte tendencia a nivel global para que las personas sean más sanas y puedan vivir mejor en entornos laborales saludables. □



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

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

Plan Médicos

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

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

 **SMG**
SEGUROS

¿Medicina de la Ciencia o Medicina de la Sentencia?



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

En la República Argentina, ya lo hemos expresado en otros artículos, no existe una agencia de Evaluación de Tecnologías.

En el mundo, sobre todo en aquello que llamamos el primer mundo, existen organismos que deciden cuáles son las prestaciones que se incluyen en la canasta básica que cubre cada país. En Gran Bretaña, por ejemplo, el NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), tiene esa misión.

Por su parte, el Hospital Carlos III de Madrid, España, define a la Agencia que funciona allí como aquella que se ocupa de evaluar las tecnologías sanitarias que permitan fundamentar técnicamente la selección, incorporación y difusión en el sistema sanitario de las prestaciones a incorporarse en el Sistema Nacional de Salud.

La realidad en nuestro país, entonces, es la legislación por enfermedad.

Más allá de las discusiones legales y/o políticas tanto sobre la conveniencia de su existencia como sobre la integración de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías, lo cierto es que su ausencia ha transformado al Poder Legislativo en gene-

radores de coberturas sin análisis, y al Poder Judicial en evaluador -no natural- de la procedencia de las prácticas, medicamentos y procedimientos sanitarios.

Desde el punto de vista normativo, el dictado del Programa Médico Obligatorio es una facultad del Ministerio de Salud (decreto 492/95), que se ha cumplimentado por última vez -de manera completa- con el Dictado de la resolución n° 1.901/2005.

Cuando hablamos de evaluación de tecnologías y fundamentalmente a la introducción de tecnologías en el ámbito sanitario, ya sea en prevención, diagnóstico, tratamientos o terapias, estamos también encarando valoraciones de política sanitaria que exceden el marco de las prestaciones efectivas.

La "ciencia"⁽¹⁾, o más precisamente de la "ciencia médica" en este sentido en cualquiera de sus planos (epistemológico, de la praxis médica, deontológico o frente al derecho internacional) ha superado distintas etapas de experimentación y conocimiento⁽²⁾, pero nunca ha retrocedido.

Para avanzar en esa línea, es importante considerar que la introducción de una tecnología sanitaria en un determinado ámbito (en el

caso la incorporación a un Programa Médico Obligatorio como canasta básica de prestaciones) requiere de un análisis:

- Clínico, en cuanto a su eficacia y también en cuanto a su seguridad.
- Ético, ya sea desde el punto de vista epistemológico o desde la consideración sobre si es ético utilizar el procedimiento más caro existiendo otros.
- Organizativo, desde el ángulo de los sistemas en general. Recordar en este punto que la Argentina es un país Federal, donde las provincias conservan para sí los sistemas de salud⁽³⁾.
- Económico, en orden a considerar si es posible desde el punto de vista patrimonial sostener determinadas prestaciones.
- Legal, relacionado con su implementación y, fundamentalmente, con la equidad e igualdad en un país federal.

Todas estas consideraciones se transforman en teoría pura en nuestro país. Desde el punto de vista médico, de la ciencia médica, la incorporación de las prácticas al PMO depende del termómetro visceral de los legisladores, cuando no de las presiones de las organizaciones de defensa del consumidor o del ánimo demagógico que enarbole quien no tiene que hacerse cargo de las prestaciones⁽⁴⁾.

Para finalizar, el otorgamiento de esas prestaciones incorporadas al PMO sin análisis, se resuelve en la Justicia, que no cuenta con los elementos necesarios -desde el punto de vista prestacional- para evaluar la procedencia de su autorización.

Retomando el título, debemos analizar si nos encontramos frente a "la medicina de la ciencia o la medicina de la sentencia". □

1) Rama del saber humano constituida por el conjunto de conocimientos objetivos y verificables sobre una materia determinada que son obtenidos mediante la observación y la experimentación, la explicación de sus principios y causas y la formulación y verificación de hipótesis y se caracteriza, además, por la utilización de una metodología adecuada para el objeto de estudio y la sistematización de los conocimientos.

2) Declaración de Helsinki Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983. 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013

3) Artículo 121 de la Constitución Nacional. Las Provincias conservan para sí las competencias no delegadas a la Nación y la salud no es competencia delegada.

4) En nuestro país se da la paradoja que aquellos legisladores que representan a la Provincia o a los habitantes de la Provincia que votan una ley, en sus provincias no se aplica salvo que adhieran.



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



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

Hacia un sistema de salud integrado y eficiente



Por el Dr. Hugo E. Arce (*)

Ante la perspectiva de un nuevo gobierno, diversos sectores políticos plantean diferentes prioridades o estrategias para lograr el propósito común de un sistema de salud accesible a la totalidad de la población, cuyos componentes se articulen entre sí, brindando servicios equitativos según las necesidades de cada usuario. Dentro de la fragmentada estructura sanitaria del país —una amplia red de servicios públicos que dependen de 24 jurisdicciones provinciales, más de 300 obras sociales y múltiples seguros privados o prepagos—, es necesario distinguir los cursos de acción que permitan avanzar en ese sentido. Dos lineamientos pueden ser considerados las “llaves” de la reforma, de los que derivarán múltiples medidas a instrumentar para optimizar su funcionamiento.

Se debe avanzar hacia la estructura federal del sistema. Para que todos los habitantes tengan cobertura de salud, los que no estén protegidos por un plan previo —ya sea que carezcan de capacidad contributiva o que sean beneficiarios de planes sociales—, deberán recibir la cobertura del Estado provincial, mediante Seguros Provinciales de Salud (SPS's). Para garantizar su sustentabilidad, los SPS's deberán ser respaldados por el Estado Nacional con fondos coparticipables. De este modo toda la población podrá tener acceso a servicios públicos y privados, ya que quedará incorporada a un régimen de Seguridad Social universal, donde todos dispondrán de un carnet que identifique la entidad aseguradora —una obra social, un prepago o el Estado—. La capacidad de gestión de las provincias, también deberá ser fortalecida con la descentralización del PAMI, ya que los servicios que asisten a sus beneficiarios se encuentran bajo esas jurisdicciones. En estas condiciones, el organismo regulador natural, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), podrá disponer de un padrón unificado de todos los

usuarios, garantizando la confidencialidad a cada entidad aseguradora.

Se debe transitar del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda. Si todos los usuarios de servicios públicos o privados contarán con un único carnet que identifique su cobertura, cada institución que presta servicios podrá facturarlos a la entidad aseguradora correspondiente. En el caso de los establecimientos estatales, que actualmente dedican sus mayores esfuerzos a atender sin cargo a la población sin cobertura, podrían facturar todas sus prestaciones al Estado y estarían en condiciones de recaudar una gran cantidad de recursos por esa vía. Los Estados provinciales que actualmente los sostienen financiando sueldos, insumos y mantenimiento (la oferta), podrían dedicar la mayoría de esos gastos a solventar las facturas resultantes de la población atendida (la demanda). De este modo hospitales públicos y centros de salud, podrían acceder a una administración descentralizada, alentando el mayor interés del personal por la mejora de los servicios.

En síntesis, las medidas planteadas permitirían instrumentar una seguridad social de cobertura universal, fortalecer la capacidad de decisión de las provincias en la gestión del sistema de salud, y posibilitar que los establecimientos estatales funcionen como empresas públicas de servicios, que es la tendencia hospitalaria en todo el mundo. □

Fuente: <http://inclusionosalud.org/author/pactopais/>
http://www.darin.com/opinion/Cobertura_universal-PAMI-Federalismo-Coparticipacion_0_1456654366.html

(*) Hugo E. Arce - Médico sanitarista - Miembro del Grupo PAIS.



ACLIBA I: Calle 5 Nº 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

PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PRAXIS MEDICA

COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros



Salud y Enfermedades Crónicas

Antes que se enciendan las alarmas

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)

Aunque parezca retórico, la salud del futuro depende del futuro de la salud. Y más concretamente del sistema que se organiza para mantenerla. El concepto de salud-enfermedad, las políticas de gobierno, la actividad pública y privada que las enmarcan y la práctica profesional han sufrido una evolución radical en los últimos 30 años. En un contexto federal donde cada provincia es responsable de las acciones de salud sobre su población, resulta imperioso redefinir un modelo sanitario acorde a los tiempos económicos, sociales y políticos que -aun con claroscuros- vienen modificando el esquema del país a lo largo de esta primera etapa del siglo XXI. Pero también es necesario hacerlo con la mirada puesta en los próximos veinte años. La prevalencia de enfermedades crónicas va en aumento debido a una multiplicidad de factores, sea por propias cuestiones derivadas de la mejora del nivel económico social que incrementan la esperanza de vida o por los hábitos personales, un campo donde la dieta hipercalórica y rica en grasas, el consumo de tabaco y el sobrepeso inciden fuertemente sobre la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, respiratorias obstructivas, oncológicas, neurodegenerativas y mentales.

Cuando a un paciente se le diagnostica una enfermedad crónica que puede asociarse a discapacidad presente o futura, surgen en forma obligada cambios respecto de sus actividades rutinarias previas, de la percepción de sí mismo, de la readaptación al entorno social, de la redefinición del papel que como persona pasa a representar en la sociedad y de la necesidad de otorgarle protección a su propia identidad ante la amenaza de la pérdida de oportunidades. El problema es que el esquema tradicional de servicios asistenciales reactivos centrados en contactos epi-



sódicos agudos -que pueden requerir internación- no resultan ser lo más adecuado para un paciente portador de una dolencia crónica. Se soslaya o directamente se omite el peso de la enfermedad sobre el contexto social y familiar, sus costos directos y la ausencia de contención entre las fases de intercur-rencia de los episodios agudos.

La respuesta al paso hacia la cronicidad de una determinada patología requiere un enfoque integral que incluye intervenciones preventivas sobre eventuales complicaciones, con coordinación intersectorial socio-sanitaria e implicancia activa del paciente, del cuidador/a y de su familia. En ese punto, el sistema sanitario hace agua. Nada más sencillo de advertir que la atención clásica brindada a un enfermo crónico -basada excluyentemente en el episodio agudo intercurrente- resulta insuficiente para prevenir las complicaciones derivadas de la propia secuencia natural de la enfermedad, y el impacto sobre el costo total de la atención.

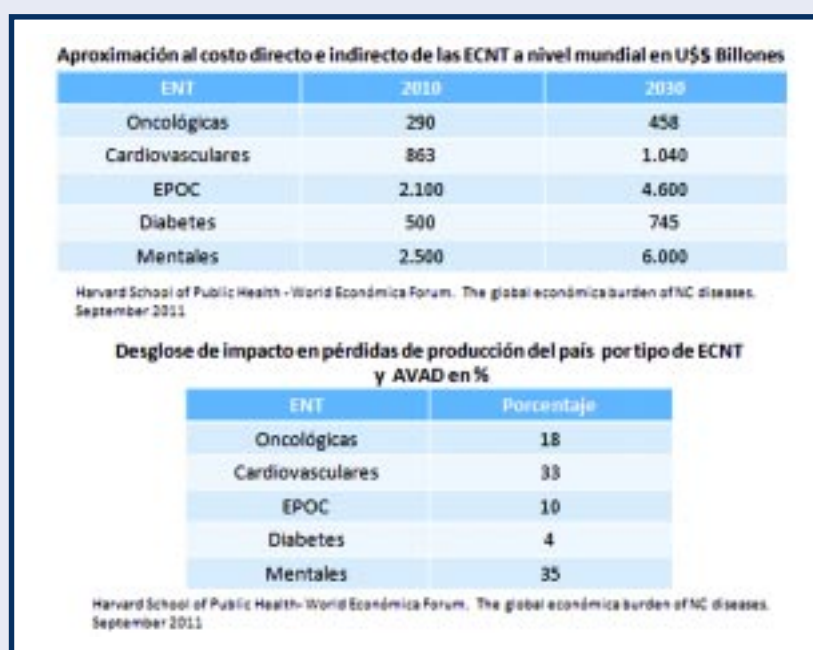
Lo que ya vienen organizando los países europeos hace tiempo -la atención de este tipo de pacientes en un entorno integrado- debe

llamar la atención a las autoridades sanitarias nacionales y provinciales. Hacerse cargo de la realidad exige un impulso prioritario en el nivel de decisión política para planificar estrategias que contengan propuestas claras de coordinación y continuidad asistencial según la complejidad requerida en cada etapa de estas enfermedades. Cada vez hay más conciencia respecto de reconocer que la salud de las personas no depende sólo de las bondades de los servicios que se prestan, y que las acciones proactivas individuales tampoco resultan suficientes para mejorar el nivel de salud de una comunidad socialmente responsable. La voluntad política debe estar puesta en afrontar el reto de la atención a la cronicidad por parte de los diversos financiadores y prestadores del sistema como lo que es: una asignatura pendiente. Es necesario definir claramente competencias y roles de todos los prestadores y profesionales involucrados, incorporar tecnologías de información y comunicación (TICs) a distancia que permitan monitorear la evolución del paciente y aplicar un modelo de gestión clínico basado en la evidencia.

En nuestro sistema de salud no se ha empleado aún -como sería necesario- el concepto de seguimiento de la persona y su salud a lo largo de su dolencia. Somos expertos en otorgar cuidados a enfermos agudos en los hospitales, pero no en la coordinación entre estructuras sociales y sanitarias ni entre dispositivos hospitalarios y extrahospitalarios para pacientes crónicos. Y esto puede provocar un discurrir de ellos por la red asistencial sin sentido ni objetivos a mediano y largo plazo, sumando intervenciones que se vuelven des-coordinadas entre sí y agregan costos innecesarios. El problema ya no es tecnológico sino organizativo, y lo que está en juego no es la eficacia de los tratamientos sino el costo de la salud. Hay que procurar

centrar el problema no en la dolencia sino en la persona que la padece y efectuar una “trazabilidad” respecto de la evolución de su salud y su calidad de vida a lo largo del tiempo, a partir de conocer el estado del paciente en su entorno habitual de la vida diaria. Hoy un “Smartphone” es capaz de recoger información y retransmitirla al médico o al hospital de referencia para su incorporación a la Historia Clínica Electrónica del paciente, ofreciendo niveles de movilidad y comodidad nunca conseguidos y dibujando en su casa un escenario de hospital sin barreras virtualmente situado en el entorno del propio paciente. Y a éste como responsable de su autocuidado.

A menos que se influya fuertemente sobre los factores que condicionan la evolución de la enfermedad crónica y se programen intervenciones que cubran de manera más inclusiva otras necesidades afines a la salud, el espacio socio-sanitario y medioambiental de la familia y la comunidad permanecerá ausente. Y si el sistema de salud persiste en



la búsqueda de “beneficios” inmediatos relativizando la planificación a mediano y largo plazo, la alternativa de continuar con el modelo actual es un camino al fracaso. La expansión acelerada de la

oferta sanitaria como respuesta de causa/efecto a la demanda es un ejemplo de ello. Más costos y menos efectividad. También complejiza el horizonte la falta de profesionalización de la gestión y el despil-



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

Desglose de impacto en pérdidas de producción por tipo de ECNT y AVAD según perfil de ingresos del país. En porcentaje

Países según ingreso	Porcentaje
Alto	54
Medio alto*	32
Medio bajo	12
Bajo	2

* Argentina

Harvard School of Public Health - World Economic Forum. The global economic burden of NCD diseases. September 2011

farro que supone tener profesionales sin el conocimiento acabado del reto de la cronicidad y de la necesidad de responder a la mayor edad de sobrevida. Todos sabemos lo que ocurre con un paciente añoso portador de una pluripatología crónica cuando se descompensa. Sin detección temprana de su deterioro, se multiplican los efectos adversos y los costos derivados de atenderlos. Y se pierde calidad de vida.

Estas son las razones que hacen de la política sanitaria un espacio de reflexión para nuevas definiciones, frente a un presente rápidamente cambiante que requiere la capacidad de anticipar lo que la sociedad y su mayor expectativa de vida van delineando a futuro. Se habla de redes, de Agencias de Tecnología, de expansión de la oferta, pero no se habla del problema de fondo, el costo futuro de la atención de las enfermedades crónicas con o sin discapacidad asociada. ¿No es el Alzheimer acaso, o el Parkinson o las enfermedades mentales, el nuevo concepto de riesgo epidemiológico que plantea la OMS? Este debate sobre un cambio necesario y profundo para el sistema de salud que exprese una alternativa mixta sanitaria y social para el seguimiento y atención de las patologías crónicas no está aún en la agenda política como tema prioritario. Como tampoco lo está en el entorno social. Es cierto que la importancia que tiene la salud para las personas y para la política es relativa, si nos basamos en el viejo aforismo de Becque que sugiere que *"la salud es como la libertad, no se la valora sino cuando se la pierde"*. De allí su distante lugar en las encuestas respecto de las prioridades de las personas. Y como las perspectivas coyunturales

y de corto plazo se transforman en imperativas, pensar a largo plazo se hace cuanto menos difícil. Más aun respecto de hacerlo sobre un futuro al que sin darnos demasiada cuenta ya hemos ingresado aceleradamente. Es necesario contar con una buena dosis de creatividad e innovación para superar los avances sanitarios obtenidos, que ya comienzan a ser obsoletos dado el tiempo transcurrido y los nuevos fenómenos sociales.

Nadie duda que por lo general los tiempos políticos son más breves que los técnicos, que el pragmatismo se ha apoderado del pensamiento de los decisores y que muchas veces el costo político de pretender impulsar cambios en la organización y funcionamiento de los servicios de salud lleva a bloquear las mejores intenciones de promover cambios. Más cuando frente al dilema de resolver las necesidades del sistema o las demandas inmediatas de la población, se pierde de vista que cualquier reforma requiere ser complementada - para mantener su coherencia y sustentabilidad - con intervenciones

sobre el modelo de atención, gestión y financiamiento. Introducir pequeñas modificaciones marginales, expansiones de oferta asistencial o ajustes burocráticos sobre un Sistema de Salud que ya viene mostrando deficiencias e incoherencias en su organización resulta insuficiente, si lo que se propone es mejorar realmente la eficiencia, calidad, efectividad y sobre todo la equidad en el campo sanitario.

La longevidad es independiente del avance médico. La enfermedad crónica no. Pero esta cuestión aún no se considera prioritaria, como tampoco que exista desigualdad social respecto de morir por enfermedades que pueden ser médica y farmacéuticamente controladas. Estas cuestiones, quizás entre otras de similar complejidad, son los que obligan a repensar un sistema de salud capaz de anticiparse a los problemas e impulsar fuertemente políticas y estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Pero esto sólo se logrará involucrando a otros actores gubernamentales en la resolución de los determinantes sociales de la salud, que la condicionan desde fuera del sistema asistencial.

Quizás el mayor problema para con la equidad es que la sociedad, a la vez más informada y exigente, ha incrementado frente a la salud una cierta desigualdad de oportunidades. Para superarla se requiere un esfuerzo integral e integrador. El perfil de los pacientes está cambiando, y el patrón de enfermedades también. Y como el sistema de salud no aparece sincronizado con las prioridades ni las necesidades, el desfase entre lo que se hace y lo

Carga económica como pérdidas por causa de ECNT 2011-2030 según nivel de ingreso de los países en U\$S trillones

Ingreso	Diabetes	CV	EPOC	Oncológicas	Mentales	Total
Alto	0.9	8.5	1.6	5.4	9.0	25.5
Medio-alto	0.6	4.8	2.2	2.3	5.1	14.9
Medio bajo	0.2	2.0	0.9	0.5	1.9	5.5
Bajo	0.0	0.3	0.1	0.1	0.3	0.9
Media	0.8	7.1	3.2	2.9	7.3	21.3
Mundo	1.7	15.6	4.8	8.3	16.3	46.7

Harvard School of Public Health - World Economic Forum. The global economic burden of NCD diseases. September 2011

que se necesita es cada vez mayor. Si no recuperamos la esencia de una auténtica Atención Primaria basada en el seguimiento longitudinal permanente, la interdisciplinariedad, la coordinación entre niveles y la mejora en las competencias y especialidades profesionales, pensar la continuidad de la atención se dará de bruces con los límites disciplinarios y organizativos. Un modelo de cuidados de enfermedades crónicas en atención primaria requiere el marco organizativo basado en mejorar la movilización de recursos de la comunidad, desarrollar programas de autocuidados y educación al paciente y rediseñar el sistema de prestación para garantizar la continuidad de la atención. Para esto es fundamental asegurar que los profesionales dispongan de sistemas de apoyo a la decisión terapéutica, se desarrollen sistemas tecnológicos de comunicación e información y se promueva la utilización del modelo en todo el sistema de salud, marcando objetivos claros para todas las disciplinas

Carga económica como pérdidas por causa de ECNT 2011-2030 según nivel de ingreso de los países en US\$ trillones

2011							2030						
Ingreso	Costos	IC	EPIC	Costos	Morales	Total	Ingreso	Costos	IC	EPIC	Costos	Morales	Total
Alto	1.7	1.4	1.3	0.7	9.9	14.8	Alto	2.2	1.2	2.0	1.0	7.9	18.7
Medio-ALTO	0.8	1.0	0.8	0.3	4.8	8.1	Medio-ALTO	1.8	0.9	1.8	0.8	6.9	17.4
Medio-Bajo	0.3	0.3	0.2	0.1	0.9	2.4	Medio-Bajo	0.8	1.0	0.8	0.3	2.8	9.3
Bajo	0.1	0.2	0.1	0.0	0.2	0.8	Bajo	0.1	0.4	0.1	0.0	0.4	1.0
Mundo	3.3	3.3	2.4	1.1	15.9	22.8	Mundo	4.9	2.8	4.9	2.2	18.9*	43.4

* El aumento del peso de las enfermedades mentales como causa de AVAD
 Harvard School of Public Health - World Economics Forum. The global economic burden of NCD diseases. September 2011.

en función de las competencias y perfiles profesionales y con los incentivos adecuados.

Sin coordinación entre niveles resultará difícil lograr algunos de los objetivos básicos de seguimiento de las enfermedades crónicas, como la continuidad de cuidados, la mejora continua de la calidad asistencial, la resolución de problemas en el nivel adecuado, la equidad en los cuidados ajustados según necesidad y la eficiencia en el uso ade-

cuado de los recursos. El problema es complejo. Hay que poner manos a la obra y recorrer los caminos organizativos y estratégicos necesarios. Todavía estamos a tiempo. *Antes que se enciendan las alarmas.* □

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

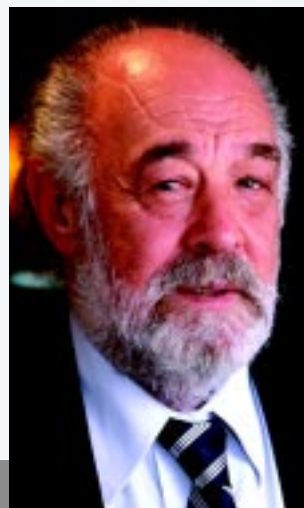


www.sanidad.org.ar

El valor moral como imperativo: Revertir la inequidad

“La ética del político no es sólo ser fiel a sus principios, sino a hacerse responsable de las consecuencias”
Max Weber

Por el Dr. Ignacio Katz



Este año la Real Academia Sueca de las Ciencias ha decidido distinguir con el premio Nobel a investigadores preocupados en la mejora de la salud global, priorizando la lucha científica en enfermedades relacionadas con la pobreza. Se trata del desarrollo de medicamentos de impacto directo en la salud en países subdesarrollados, con poblaciones con alta tasa de vulnerabilidad. Concretamente, los premiados son el microbiólogo irlandés William Campbell, su colega japonés Satoshi Omura y la farmacóloga china Youyou Tu. Sus hallazgos ayudaron a salvar millones de vidas.

En consonancia con lo premiado, se pone en primer plano el grupo de “enfermedades desatendidas”, que no sólo habla del diseño de nuevos fármacos, sino que nos señala la necesidad de abordar con renovado ímpetu una estrategia que reconozca en cada país a las enfermedades relevantes de manera conjunta con la condición sanitaria. Dentro de ésta, se destaca la falta de cloacas que propende al contagio de persona a persona; es decir, no de una vía vertical, como en el Chagas, sino horizontal, del llamado “pozo ciego” al pozo de agua a beber.

Este premio nos obliga a una toma de conciencia en nuestro país sobre enfermedades tales como la hidatidosis, la leptospirosis, además del Chagas, entre otras; y nos impele a referirnos a la condición de la medicina y la salud en nuestra población, lo cual requiere de un cuádruple ejercicio:

- Evaluar la situación actual.
- Detectar las aspiraciones ciudadanas.
- Los objetivos gubernamentales.
- Las tendencias mundiales y cómo estas influirán en políticas y acciones locales.

Venimos de cambios científicos-tecnológicos e inclusión de actores financieros que posibilitaron la siguiente caracterización de la actual estructura sanitaria:

- fragmentación y dilución de responsabilidad.
- predominio del binomio *derroche/carencia*.
- y una *brecha social* que acentúa las márgenes de inequidad que el “telón” de la justicia social no ha podido ocultar.

Pues nuestra configuración social ha mutado a lo largo de las últimas cuatro décadas en sus tres compo-

nentes constitutivos: los individuos, la sociedad y el gobierno. Los tres han sido atravesados por dos espectros de real importancia como son *el mercado* y *la corrupción*, y que no podemos ignorar. Esta nueva configuración es global, prevalece en el escenario, mientras no se consolida una *planificación estratégica innovadora*.

Desde Alma Ata en 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prometía Salud para Todos en el año 2000. En aquel momento, se consensuó que la equidad, la solidaridad y la salud como derecho debían ser los principios rectores de la atención primaria. El danés Halfdan Mahler, entonces director de la OMS, en un encuentro en Buenos Aires de 2007 sostuvo que los conceptos de Alma Ata “fueron traicionados, al introducir el concepto de atención primaria selectiva”, según el cual se atendían sólo algunas enfermedades. Y fue claro en su gráfica de la situación: “Estamos hasta el cuello en el fango verbal contra los cocodrilos conceptuales, que nos quieren comer de un solo bocado”. Una vez más, un buen proyecto internacional que no se cumple, como el Protocolo de Kioto sobre el cambio climático de 1997.

EL REPLANTEO NECESARIO

Debemos recuperar ese legado de cara al futuro, que será distinto, que requerirá no sólo racionalidad y mayor austeridad sino principios que sostengan criterios de una sociedad mancomunada; como los que obliga *la salud*, donde la solidaridad no es una opción sino un elemento constitutivo básico, y para el cual se requieren criterios de innovación para lograr un gasto social sustentable.

El replanteo o actual desafío es prepararnos para los cambios que se avecinan y participar de ellos. Las brechas a las que nos hemos referido sólo se enfrentan con educación de calidad para alcanzar productividad en los servicios de atención médica, equitativo en proporción a las necesidades y la demanda. Sin caer en el perimido binomio oferta-demanda que sólo mostraba lo asequible (por su existencia) pero no en un nivel de accesibilidad. Hoy se trabaja para controlar determinantes pero no con la intensidad necesaria en predisponentes y condicionantes, que constituyen los desencadenantes previos y estructurales.

Es fundamental la visión multidisciplinaria. Hoy los problemas médicos no son sólo cuestión de médicos, se

requiere ayuda de otros campos de la ciencia. Habrá que construir un sistema integrado público-privado al que se engargen líneas de producción biomédicas, verdaderos “clusters” de desarrollo de bioingeniería que nuestro país debe potenciar. No se trata de nuevas tecnologías sino de usar creativamente las existentes porque estas herramientas tienen capacidades y posibilidades de usos más allá del original.

La tecnología es costosa, pero ¿cuál es el porcentaje de su aplicación acrítica? Nuestro esfuerzo en investigación tecnológica debe ser priorizar. Se impone replantear y repensar el sendero para lograr en forma orgánica sin dejarlo librado a la espontaneidad. Recordemos el decir de Arturo Frondizi: “En un país subdesarrollado, no es con espontaneidad, sino con planificación de políticas activas que se avanza en el desarrollo social”.

Pero hoy se comprueba la ausencia de partidos políticos, reemplazados por “espacios” de geometría amorfa y disputas entre personas y grupos de intereses que hacen referencia a ellos mismos. No hay elaboración de programas concatenados con agendas concretas. Falta una planificación estratégica y sobresale una “mediocridad ultra estable” que pone de manifiesto incapacidad o una cómoda ignorancia.

PARA SALIR DEL FANGO

Para revertir esta compleja realidad, hay que muñirse de todas las herramientas posibles, y advertir las señales de alarma globales. En este sentido, mencionemos también, para cerrar, el otro Nobel brindado recientemente, en este caso de Economía, al académico ortodoxo escocés, Angus Deaton, quien enfatiza la necesidad de contar con estadísticas sobre la pobreza. Sus investigaciones apuntan a responder, entre otros, las siguientes preguntas: ¿cómo se distribuyen los gastos de los consumidores entre diferentes bienes?, ¿qué parte de los ingresos de la sociedad se gastan y cuánto se ahorra? y ¿cómo se puede mejorar la medición y el análisis del bienestar y la pobreza? Estos interrogantes, vinculados al campo sanitario, constituirían un preciado aporte que debería ser complementado con un Observatorio Nacional de Salud.

El galardonado es, además, un “gurú de la salud”, según la agencia Bloomberg, un experto sobre la India que explica que para combatir la pobreza y la malnutrición no sólo deben contarse e incrementarse las calorías incorporadas, sino que “el foco real debería ser mejorar la salud”. Según esta agencia, el trabajo de Deaton “puso más herramientas en la caja”. Y necesitamos todas las que podamos contar para empezar a salir del fango. Para ello, uno de los primeros pasos debe ser recomponer “bienes que el dinero no puede comprar”, al decir de Michael Sandel, que pongan de manifiesto los límites éticos del mercado. □

Ignacio Katz Doctor en Medicina (UBA).
Director Académico de la Especialización en Gestión
Estratégica de Organizaciones de Salud Universidad
Nacional del Centro (UNICEN).

Autor de: “Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” (Eudeba, 2012).

FACULTAD DE Ciencias Médicas UCA

Carrera de Medicina

Acreditada por CONEAU Res. Nro. 272/07

CICLO BIOMÉDICO SEDE PUERTO MADERO
CICLO CLÍNICO HOSPITAL BRITÁNICO DE BS. AS.

INGRESO CICLO LECTIVO 2016 CONFERENCIAS INFORMATIVAS

Licenciatura en Enfermería

Doctorado en Ciencias Biomédicas

Maestría en Ética Biomédica

Especializaciones Médicas

Cursos de Posgrado

www.uca.edu.ar/medicas

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

El Grupo SanCor Salud desembarcó en el Cerro de las Rosas

El prestigioso barrio Cerro de las Rosas de Córdoba recibió con entusiasmo al Grupo SanCor Salud. Con un crecimiento sostenido que lo posiciona entre los principales Grupos de Medicina Privada de la Argentina, abrió las puertas de su Primer Centro Médico, equipado con tecnología de avanzada y profesionales de renombre, para ofrecer un servicio diferenciado. Además, completó su desembarco en este exclusivo barrio de Córdoba con un nuevo Centro de Atención Regional.

VITUS, LA NUEVA ALTERNATIVA DE SALUD

Vitus es una iniciativa del Grupo SanCor Salud, que también brindará atención ambulatoria a personas que dispongan de otras coberturas. Cuenta con un amplio abanico de más de 30 especialidades, un quirófano para cirugías ambulatorias, y posee equipos de Diagnóstico por Imágenes, todo de última generación.

Gracias a la tecnología los pacientes podrán contar con la totalidad de los estudios y sus resultados de manera virtual, de inmediato, lo

cual agiliza la entrega de los resultados y la posterior consulta de las historias clínicas.

Este servicio incluye además pro-

gramas preventivos, para que cada persona optimizando al máximo el tiempo, pueda hacerse en pocas horas un chequeo médico de carácter integral y disponer de los resultados ese mismo día.

El jueves 22 de octubre pasado, el edificio de 3 plantas, ubicado en Av. Fernando Fader 3863 y equipado bajo los más altos estándares de calidad, abrió sus puertas para recibir a los principales representantes de instituciones, referentes de empresas de medicina privada, profesionales de la Salud, funcionarios del ámbito empresarial y la industria, representan-



Calidad en Internación Domiciliaria


CIDHOME
Cuidados Integrales Domiciliarios

Av. Contorno 4788 1° / 1414 CABA / T: 2965-4276 / F: 4856-2853 / info@cidhome.com.ar / www.cidhome.com.ar

tes gubernamentales y prensa de todo el país, para inaugurar el moderno Centro Médico Vitus.

Luego del tradicional corte de cintas, el presidente del Grupo, Miguel Ángel Costamagna, brindó a los asistentes un mensaje de agradecimiento muy especial y destacó que Vitus fue un proyecto que imaginaron y crearon a partir de un pensamiento estratégico. *"Le dimos forma tangible y le pusimos pasión, esa movilización interna que se transforma en el deseo de hacerlo, en el deseo de perpetuar; lo que nos moviliza a lanzarnos hacia nuevas fronteras"* remarcó.

Luego llegaron las palabras del Gerente General del Grupo, el Dr. Fernando Werlen quien además de brindar su mirada específica sobre la atención de la salud desde diferentes aristas, destacó la importancia del proyecto e invitó a los asistentes a sumarse a nuevos desafíos, para continuar transformando la realidad y lograr entre todos un mundo mejor.

Describieron el proyecto como la suma de capacidades y saberes donde confluyen la trayectoria, el prestigio, la especialización y por sobre ellos el compromiso de la gente; que se extiende a toda la población que —a través de su cobertura de Medicina Prepaga u Obra Social— podrá incorporar entre sus opciones, la elección de Vitus.

Los voceros también, destacaron la propuesta prestacional local de alta calidad y fecunda historia y remarcaron el objetivo de interactuar en el medio para constituirse en una alternativa de opción, a la par de las prestigiosas instituciones ya existentes.

De esta manera, los cordobeses y la amplia zona de influencia, cuentan con una alternativa para el cuidado de su salud, que brindará un servicio comprometido con la prevención y el diagnóstico certero, con el aval de los mejores profesio-



nales y de la tecnología puesta a su servicio.

PARA ESTAR SIEMPRE CERCA

Con un crecimiento sostenido que la posiciona entre los principales Grupos de Medicina Privada de Argentina, SanCor Salud desembarcó en este exclusivo barrio con su nuevo Centro de Atención Regional, para estar siempre cerca.

La impactante esquina de más de 400 m² ubicada en Nuñez y Laplace, —a pasos del monumento de la Mujer Urbana— se vistió de gala para recibir a los más de 300 invitados que acompañaron a la firma en este importante acontecimiento, que coincidió con nuevos emprendimientos de la organización.

En el marco de la inauguración del nuevo espacio, pensado y preparado para la atención integral de los Asociados, el Presidente de la institución Miguel Costamagna dirigió un mensaje a todos los presentes, remarcando la trayectoria de SanCor Salud, su crecimiento continuo y la federalización que los caracteriza, ya que están presentes en cada rincón del país.

Luego de sus alentadoras palabras, fue el momento de escuchar el mensaje del Gerente General, Dr. Fernando Werlen, que puso espe-

cial énfasis en el comprometido trabajo de todos los que forman parte de SanCor Salud, que se superan constantemente, siempre pensando en las personas. *"Decir 300.000 Asociados, es saber que son muchas familias las que nos han elegido y esperan que la salud de los suyos esté bien cuidada"*, remarcó.

Además, hizo hincapié en la destacada red de prestadores, una de las más grandes e importantes del país, con cobertura nacional y los mejores profesionales e instituciones sanatoriales, así como también en el amplio abanico de posibilidades que ofrece su grilla de planes, pensada para cada necesidad. Asimismo, resaltó los proyectos a futuro donde la innovación y la calidad son los grandes protagonistas.

Como empresa socialmente responsable, hace especial referencia hacia un trabajo que perpetúe un presente y un futuro sustentable.

Cerrando la noche festiva, los invitados disfrutaron de un show musical y compartieron un momento especial con los dueños de casa.

De esta manera, el Grupo SanCor Salud continúa afianzando su proyecto expansionista y planea profundizarlo con el desarrollo de diferentes zonas y regiones del país, el que se sustenta en las 1.000 personas que conforman el equipo a cargo de las operaciones. □

MM

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

Salud Mental: el grave problema de Salud Pública que aún no valoramos

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.



Una de las grandes sorpresas que aportaron las evaluaciones de carga de morbilidad globales, es la aparición de las enfermedades y problemas englobados dentro del campo de la salud mental como principales causas de discapacidad en todo el mundo. Si bien anteriormente muchos estudios específicos venían alertando sobre esta problemática creciente, es en la década de los 90 donde comienzan a surgir como graves problemas de salud pública.

En la actualidad existe alarma en la comunidad sanitaria internacional por el crecimiento exponencial de esta problemática y su impacto sobre la salud de las personas, sobre los costos crecientes en los sistemas de salud y sobre la productividad de los países por el aumento del ausentismo de los trabajadores.

A pesar de esto, son pocos los países que han reaccionado adecuadamente ante esta problemática. Los países de mediano y bajos ingresos como el nuestro, en donde se ve el mayor impacto de estos problemas, son los que menos cartas han tomado en el asunto.

DEPRESIÓN LA NUEVA "BOMBA" EPIDEMIOLÓGICA

La depresión es probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. Aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían dependiendo de la definición de caso y el tipo de instrumento empleado, se acepta que un 2-15% de los individuos padecen a lo largo de su vida una depresión unipolar (OMS - International Consortium in Psychiatric Epidemiology). Algunos estudios de seguimiento muestran además que el trastorno depresivo a menudo recurre y puede hacerse crónico en el 25% de los enfermos (Kendler KS y col.).

El estudio de la OMS "Problemas psicológicos en la atención sanitaria general" mostraba que las tasas de discapacidad asociadas con la depresión eran mayores que las producidas por otras enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, la artritis y el dolor de espalda. Los resultados mostraron que los trastornos depresivos son muy comunes en atención primaria y llevan asociada una importante discapacidad funcional.

La depresión tiene un impacto económico en la comunidad que va más allá de los costos directos vinculados con el uso de los servicios sanitarios. La

depresión afecta al rendimiento laboral del individuo de una manera muy marcada. Sobre el costo total de esta patología la parte más significativa de éste es la vinculada con la pérdida de productividad laboral de los sujetos afectados, que supone el 90% del costo total. Estos costos indirectos son unas 23 veces más altos que los derivados del uso de medicación antidepressiva, que tan sólo suponen el 3,4% de los costes totales de la depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud, en 20 años la depresión será la enfermedad que más padecerán los seres humanos convirtiéndose en el mayor problema de salud, superando en número al cáncer y los trastornos cardiovasculares. De acuerdo con la OMS, este trastorno será el mayor problema de salud para las sociedades, tanto económico como social, especialmente en los países en desarrollo en donde actualmente sólo se gasta menos de 2% de sus presupuestos nacionales en servicios de salud mental.

LA DEMENCIA, OTRO GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El World Alzheimer Report publicado por la ADI - Alzheimer's Disease International de este año se focaliza en el efecto global de la demencia y provee proyecciones estimadas de la prevalencia, incidencia y las consecuencias económicas y sociales de la demencia hacia el 2050.

Dicho reporte estima que en la actualidad alrededor de 47 millones de personas están viviendo con demencia y que se diagnostican alrededor de 10 millones de nuevos casos por año. Más grave aún es el hecho que

Según la Organización Mundial de la Salud, en 20 años la depresión será la enfermedad que más padecerán los seres humanos convirtiéndose en el mayor problema de salud, superando en número al cáncer y los trastornos cardiovasculares.

A pesar de esto los presupuestos públicos para esta área son totalmente insignificantes y no existen políticas acertadas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. La reciente sanción de la Ley no ha producido un impacto significativo en contribuir a solucionar este grave y creciente problema.

según estima el reporte, para el año 2050 la proyección de personas viviendo con demencia se proyecta al triple de la actual, o sea más de 130 millones. El informe también estima que en los países de bajos ingresos la proporción de personas con demencia crecerá más del doble respecto a los países de ingresos altos.

El costo estimado en atención de la demencia en todo el mundo para 2015 es de 818 billones de dólares, el cual sufrió un incremento de 214 billones desde 2010. Sin embargo, en los últimos 5 años la distribución del gasto ha cambiado muy poco: Más del 90% del gasto en atención de la demencia se realiza en los países de altos ingresos aunque la mayoría de las personas con demencia viven en países de medio y bajos ingresos.

En base a las predicciones de incremento de la prevalencia, el costo global de la demencia está estimado en más de un trillón de dólares para el 2030.

LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA

En nuestro país la depresión ya ocupa el séptimo lugar entre las enfermedades que más años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) producen. Si le sumamos una serie de patologías como el alcoholismo que ocupa el lugar 12 en términos de AVAD, las demencias (lugar 14) y los suicidios (lugar 17) vemos la gran importancia que adquieren las patologías englobadas genéricamente como neuropsiquiátricas o conexas.

A pesar de esto los presupuestos públicos para esta área son totalmente insignificantes y no existen políticas acertadas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. La reciente sanción de la Ley no ha producido un impacto significativo en contribuir a solucionar este grave y creciente problema.

En definitiva, los problemas de salud mental son unas de las principales causas de morbilidad en nuestro país y sin embargo el desarrollo de políticas públicas para esta área está totalmente estancado. □

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

UNIVERSIDAD
ISALUD

MAESTRÍAS, ESPECIALIZACIONES
Y PROFESORADO 2016

ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD

SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

MEDICINA LEGAL

ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

FARMACOPOLÍTICAS

GESTIÓN DE SERVICIOS DE DISCAPACIDAD

GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

GESTIÓN DE SERVICIOS DE GERONTOLOGÍA

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

PROFESORADO UNIVERSITARIO

ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS
DEL ADULTO Y EL ANCIANO

5239.4000

www.isalud.edu.ar

informes@isalud.edu.ar



El Ministerio de Salud en el siglo XXI



Por el Dr. Mauricio Klajman (*)

Director Médico Nacional - TV Salud - Obra Social de los Trabajadores de Televisión

En 1946 se crea el Ministerio de Salud de la Nación durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo, padre del sanitarismo argentino. El Ministerio fue pensado para constituirse en eje de la estrategia sanitaria nacional. Tendría una acción efectiva y continua en las políticas sobre la materia. ⁽¹⁾

Los gobiernos pseudo democráticos, de facto, o incluso democráticos que continuaron a Carrillo, no lograron instalar un plan nacional estratégico de salud.

La creación de las Obras Sociales Nacionales y del Pami fue un aporte significativo. Estos dos sistemas contribuyeron a mejorar la expectativa de vida de nuestro país.

Con el tiempo siguen posibilitando el acceso a la salud, en el caso de las O.S. de casi 50% de la población general.

La medicina prepaga, heredera del sistema privado pre-Carrillo, con más presupuesto que las O.S. atiende a una porción importante de personas pero proporcionalmente mucho menor que las O.S. Nacionales.

La Medicina Prepaga fue beneficiada por la ley de desregulación de los trabajadores.

De esta manera el subsector de O.S. Nacionales, esta subsidiando mediante el SUR, a través de los fondos de los trabajadores, a la medicina prepaga. ⁽²⁾

Esto no resuelve los grandes problemas de salud de los argentinos.

El subsector público tuvo avances significativos en cuanto a sus políticas estructurales, en calidad sanitaria y en distribución geográfica.

Pero no ha sido suficiente.

Cierto es que desde el 2003, las obras impulsadas por el Gobierno Nacional, de infraestructura, vivienda, agua, desagües y plantas de tratamiento cloacal, entre otras, que se ejecutan a través del Plan "Más Cerca", lograron que la salud en la Argentina vuelva a la senda que anheló el Dr. Ramón Carrillo, con avances científicos y políticas sanitarias al servicio de todos los argentinos y, especialmente de los grupos más necesitados.

La Asignación Universal por Hijo y la Asignación Universal por Embarazo son otro claro ejemplo de la integralidad de las políticas que lleva adelante este proyecto político comenzado en el 2003.

No hay un indicador más adecuado para expresar

los avances en materia de desarrollo, que la tasa de mortalidad infantil, que en la Argentina, entre 2003 y 2012, descendió un 32,1 por ciento, y hoy se ubica en el nivel más bajo de la historia.

Sin embargo los índices sanitarios que mejoraron sensiblemente en la llamada década ganada, no reflejan, una realidad que debemos observar y estudiar con detenimiento.

EL DEBATE SOBRE LA SALUD NO SE INSTALÓ EN LA SOCIEDAD

Algunas leyes sancionadas, no son producto de estrategias sanitarias, sino que actúan sobre grupos poblacionales pequeños que no mejoran la salud general.

Se debe legislar adecuadamente y sobre integralidades, tendiendo a abarcar grandes poblaciones y no sectores de poca influencia sobre el bienestar sanitario general.

La regulación tan esperada de sectores claves en la salud como los *medicamentos* es prioritaria. En muchos casos, autorizados sin avales científicos reconocidos por estándares de investigación internacional.

Los costos de los mismos deben tener topes lógicos adaptados a la realidad de nuestro sistema de salud.

La regulación en los costos de *prótesis e insumos* es una necesidad urgente para el sistema.

Ni hablar de la *tecnología* sin control, superpoblando los lugares en que es negocio a través de la generación de mercado y en muchos casos con indicación médica sin evidencia clara de necesidad.

TODOS SABEMOS DESDE SIEMPRE QUE MÁS TECNOLOGÍA NO ES MÁS SALUD. ⁽³⁾

La *protocolización* de los grandes síndromes, a través de consensos adecuados, y que representa un problema de ágil solución, es una meta alcanzable, con gran incidencia en el gasto superfluo generado por las prácticas de diagnóstico sin control.

En este tópico la *educación médica* es imprescindible, mediante la adecuación de las *currículas universitarias* de grado y de posgrado a la realidad de nuestro sistema de salud.

La *medicina ocupacional* es un eje que se debe

tratar profundizando el control de las ART. Esto para que los otros subsectores no las subsidien atendiendo los casos en que dichas empresas no den las soluciones adecuadas.

La falta de *control bromatológico*, ocasionada por el desguace durante las dictaduras militares de los sectores de control ministerial, no tuvo una adecuada política de refundación de los mismos.

El control y regulación en sectores claves para la salud urbana y rural relacionados con el *ambiente* y sus nexos necesitan una profundización de las políticas de control.

UNA META ES LA GENERACIÓN DE ECOSISTEMAS SALUDABLES

Merece una consideración especial lograr la *regulación y clasificación* de los Prestadores de Salud de *todos* los subsectores según calidad y complejidad.

Se debe consensuar la creación de modernos *índices sanitarios* que sean fiables, para poder planificar con realidades lógicas.

Los Ministerios de Salud están ausentes en la distribución lógica de prestadores, dejando porciones inmensas de territorio y sus poblaciones lejos de una atención adecuada o con baja calidad.

Con las leyes de desconcentración generadas en las dictaduras militares también se destruyó la presencia del Ministerio de Salud de la Nación en la Provincias, dejando librado a éstas, la generación de políticas sanitarias propias sin una conducción integrada, federal y actual, que oriente hacia las grandes metas sanitarias nacionales.

La *sanidad de fronteras* en este mundo tan globalizado también se debe implementar con lógica sanitaria.

El Ministro de Salud Pública Ramón Carrillo, basó el rol del Estado en materia sanitaria sobre tres pilares: medicina preventiva, medicina social y atención materno-infantil.

Hoy no alcanza, es otro tiempo, otro país y otro mundo.

El Sistema Nacional de Salud se va a lograr mediante la complementariedad de los subsectores existentes. ⁽⁴⁾

La equidad se va a universalizar cuando la accesibilidad geográfica se alcance.

El Ministerio de Salud de la Nación debe regenerarse a sí mismo, proyectándose hacia el futuro, para lograr una vida más saludable para todos.

Desde Ramón Carrillo a Angus Deaton ⁽⁵⁾, Premio Nobel de Economía 2015 hay un gran desarrollo en la búsqueda de mejores condiciones de salud.

Nuestro gran desafío va a ser reducir las desigualdades sociales y la concentración de la riqueza, universalizando la prevención ⁽⁶⁾, llegando con nuestro sistema de salud a todos los rincones de la República ⁽⁷⁾, por más alejados que sean de las ciudades capitales.

La colaboración entre los subsectores complementándose y volviendo sinérgicas las poleas del desarrollo es la etapa que viene. ⁽⁸⁾

Seamos parte de ese proyecto para la generaciones que vengan, con la fuerza de las ideas, del conocimiento, de nuestras convicciones y el sentimiento altruista de quienes nos inspiraron para ser parte de la Argentina grande y solidaria. □

Referencias:

- 1- Arturo Carrillo-Ramón Carrillo-El Hombre, el médico, el sanitarista -Bs.As / 2008
- 2-Evaluación de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud-OMS-Geneve- 1993
- 3- Jon Elster-El cambio tecnológico-Edic. Gedisa-1992
- 4-Klajman Mauricio-La equidad complementaria como modelo de desarrollo entre los subsectores de salud de la República Argentina-Asociación de Economía de la Salud-Buenos Aires-Argentina / Pesquisa en base de datos - LILACS-San Paulo / Brazil-2015
- 5- Angus Deaton-El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad-Fondo de Cultura Económica-2015
- 6- Chertkoff Liliana - Cartografía de una mirada amplia- Intramed-2005
- 7-Chertkoff Liliana-¿Por qué el gasto en salud es un problema? *Revista Médicos*-Setiembre 2015.
- 8-Thomas Piketty/El capital en el siglo XXI-Fondo de Cultura Económica-Bs.As-2015.

* Médico-UBA-1974 / Licenciado en Ciencia Política / UNC-1991
mkla@man@satsaid.com.ar
mkla@man@satv.org.ar



CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

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

De algo hay que morir

Por el Dr. Javier Vilosio (*)



Muchas generaciones de médicos fuimos educados con la idea de que la muerte de los pacientes era la medida incontestable y última del éxito o el fracaso de nuestra intervención.

Quizás no tanto por humanistas como por empecinados, aprendimos a hablar de esas muertes en primera persona: “*se me murió fulanito*”, y también escuchamos de nuestros maestros, y dijimos alguna vez, la ominosa frase: “*ya no hay nada más que hacer*”.

Ese era el comienzo del fin. Como un ejército derrotado, recogíamos nuestras banderas, y con la frente lo más alta posible nos disponíamos a partir rumbo a la gloria de otra batalla. Ésta estaba perdida, y alguien se haría cargo de atender los despojos.

Con el paso de los años comprendimos que en pocas oportunidades salvábamos las vidas: la mayoría de las veces lo mejor que podíamos hacer era *acompañar* la vida –y bastante menos el bienestar– de nuestros pacientes y sus familias, y que nunca, nunca *no queda nada más por hacer* en ese acompañamiento.

La perspectiva poblacional también nos enseña mucho: cuando nos felicitamos por la disminución de la mortalidad específica, por cualquier causa, eso solo quiere decir que se ha postergado la muerte por esa causa, pero no necesariamente que vivamos más: el menú que la biología y la cultura nos ofrecen para morir es muy extenso.

Cuando logramos “saltar” una circunstancia letal –una excelente noticia–, no hemos hecho más que ponernos a tiro, a más corto o más largo plazo, de otra.

La mortalidad general es sí, una expresión de la mayor longevidad de una población; sin embargo, como todos sabemos, poco y nada nos dice sobre cada caso en particular en el consultorio o junto a la cama.

Buena parte de la humanidad (pero no toda) está siendo exitosa en lograr la postergación de la muerte: millones de niños que años atrás no hubieran podido superar las amenazas de un mundo hostil fuera del útero materno ahora tienen la chance de morir en los primeros años, y si logran esquivar los excesivos riesgos y amenazas que el ambiente físico, la cultura y sus genes imponen a sus posibilidades de sobrevivir y seguir esquivando amenazas letales, llegarán a edades impensables para sus abuelos o bisabuelos.

Así que por supuesto, la prolongación de la vida es una muy buena noticia.

Y también lo es que la medicina y los sistemas de salud sean parte de ese éxito. Sea porque la mejor salud impulsó el desarrollo económico y social, o viceversa, el hecho es que la humanidad vive más, y ahora (y desde hace ya muchos años) hay más personas que

viven lo suficiente como para preguntarse sobre la calidad de la vida “ganada”.

Y esa es solo una parte de los problemas que se nos plantean ahora que morimos más tarde que nuestros antepasados.

Otra es que hemos medicalizado la muerte.

En nuestra cultura toda muerte conlleva un diagnóstico, ya ni podemos hablar de ella sin mencionar una enfermedad.

Y donde hay un diagnóstico, hay (o esperamos que haya) un tratamiento, y un mercado.

De manera que hoy nos encontramos discutiendo en los ámbitos de la medicina, la ética, el derecho, la economía, etc., sobre los límites y el alcance de esa promesa que todo diagnóstico y tratamiento supone, cuando nos acercamos al previsible final de nuestros días.

Decidir *qué hacer* y *hasta cuando* seguir haciéndolo, son los interrogantes pendientes. Una discusión que representa millones para los sistemas de salud, pero, fundamentalmente, nos obliga a reflexionar y decidir sobre nuestra finitud: una certeza incómoda que habitualmente preferimos ignorar.

Hemos asimilado el consumo de servicios de salud a los de otros bienes y servicios de la economía. Un camino cuyos riesgos demasiadas veces ignoramos: el mercado promete curación y belleza (un nuevo componente del concepto de felicidad y salud, que promueve las ventas).

Si esto fuera así -recordemos la ilusión de *un medicamento a la medida de cada persona*, que se difunde en nombre de la ingeniería genética- la vida eterna podría ser una utopía realizable. Al menos para quien pudiese pagarla.

Los médicos, testigos habituales del ciclo vital de nuestros pacientes, deberíamos tener muy presente la futilidad de esas promesas, y alentar el amor a la vida –asumiendo que para cada persona ello puede significar algo distinto– y el entendimiento de que mucho de lo que podemos disfrutar en nuestra existencia se contrapone con la idea de inmortalidad.

En cualquier caso, conviene recordar que tal como ha sido desde el principio de los tiempos, nuestra cultura –en su sentido más amplio– impone finalmente, y sobre la base de nuestra constitución genética, los límites de la existencia física. Morimos por lo que somos. □

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

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



LA MEDICINA EN EL CINE

El otro lado de los fármacos en el cine* (primera parte)

En el presente artículo y en los que le seguirán en esta serie de *Revista Médicos*, se analizarán cinco películas comerciales con el objeto de mostrar el empleo de fármacos para usos no terapéuticos o profilácticos, así como su interés en la docencia de la farmacología.

Se escogen tres situaciones para ilustrar tal uso: la *sumisión química*, la *inyección letal* y la *mejoría del rendimiento sexual*. Para la primera situación se comentarán *Buscando a Miguel* (2007), *Venganza* (Revenge, 1990) e *Historia de un detective* (Murder, My Sweet, 1944). Para la segunda, se analizará *Mientras estés conmigo* (Dead Man Walking, 1995) y para la tercera, *Alguien tiene que ceder* (Something's Gotta Give, 2003). Se concluye que las películas tienen interés para ilustrar cómo los fármacos pueden emplearse de forma indebida y permiten analizar los efectos indeseables y las consecuencias de su empleo.

INTRODUCCIÓN

El empleo de sustancias químicas con potente acción biológica es una constante en la historia de la medicina. No siempre su empleo se ha realizado para tratar o prevenir las enfermedades, y ha sido frecuente su uso como veneno con intentos homicidas o para usos recreativos, entre muchos otros. El desarrollo de la química orgánica y el nacimiento de la industria farmacéutica durante el siglo XIX favorecieron la disponibilidad de un amplio número de nuevas sustancias con múltiples efectos. Entre ellas se contaban los principios vegetales obtenidos mediante química extractiva o los resultantes de la creciente química de síntesis. En el siglo XX la situación progresó hasta permitir la disposición de un número muy importante de principios activos. No siempre su empleo se asoció a una utilización terapéutica tradicional

por lo que es común la expresión *uso no médico* de los fármacos para definir la miríada de situaciones en que así ocurre, especialmente con fármacos psicotrópicos ⁽¹⁾.

El uso no médico de fármacos puede clasificarse según sus objetivos en beneficiosos y no beneficiosos. Entre los primeros se encontrarían los fines estéticos o cosméticos, la prevención del envejecimiento, la mejoría o facilitación del rendimiento psíquico (*neuroenhancement cognitive enhancement*), el incremento del deseo o placer sexual, la reducción del apetito o del peso corporal, la mejora del rendimiento físico o del bienestar general, entre otros. La cara oscura del empleo de fármacos la constituye su empleo en farmacodependencia, los envenenamientos propios o ajenos, el dopaje, el uso inadecuado en veterinaria, la sumisión química, la ejecución judicial, el terrorismo, la tortura, el castigo de la disidencia política o religiosa o los

interrogatorios policiales o extra policiales. En este último grupo, Laurence et al ⁽²⁾ incluyeron el empleo de fármacos tan dispares como la succinilcolina, los alucinógenos, el tiopental, los neurolépticos, las anfetaminas, la apomorfina o la ciclofosfamida.

Más recientemente, el empleo de diversos fármacos, como las benzodiazepinas, los analgésicos opioides o el gammahidroxibutirato (GHB), para cometer delitos, generalmente robos o abusos sexuales, ha llevado a la creación de las expresiones *knock-out drugs*, *rape drugs* o *date-rape drugs* para definirlos.

No es habitual que los programas de farmacología incluyan un análisis del uso no médico de los medicamentos, excepto las dependencias. A pesar de su indudable interés toxicológico y forense, raramente se enseñan sus patrones de uso y la forma de detectar su empleo, ni se debaten las connotaciones éticas que suscitan tales prácticas.

Buscando a Miguel

(Juan Fischer - 2007)

Título original: *Buscando a Miguel*.

País: Colombia.

Año: 2007.

Director: Juan Fischer.

Música: Hayes Greenfield, Sebastián Cruz.

Fotografía: Edgar Gil.

Montaje: Juan Fischer, Edgar Gil.

Guión: Juan Fischer, Tomislav Novakovic.

Intérpretes: Luis Fernando Bohorquez, Laura García, Hernán Méndez, Marcela Carvajal, Pepe Sánchez, Mónica Gómez, Luis Fernando Montoya, Ana María Kamper, Marcela Valencia, Blas Jaramillo, Fanny Mikey, Álvaro Rodríguez.

Color: color.

Duración: 110 minutos.

Género: drama, comedia.

Productora: Hidden Eye Productions.

SINOPSIS

Miguel, un hombre joven de familia adinerada, aspira a ser político, lo que lo lleva a visitar barrios marginales de la ciudad de Bogotá para realizar su campaña política. Un día, después de haber estado en uno de los barrios más pobres, se dirige a un bar donde una hermosa mujer empieza a coquetear con él y, aprovechando un descuido, le introduce escopolamina en su copa. Bajo los efectos de este fármaco, la mujer y su cómplice aprovechan su estado de indefensión y pérdida de voluntad para secuestrarlo, robarle y vaciar sus cuentas bancarias. Miguel logra escapar en un descuido de sus captores. Pero los azares de la vida lo llevan a convertirse en un cadáver sin identificación, en un NN, quien ya en la mesa de autopsia revive, para horror de un médico corrupto y de sus particulares alumnos.

ANÁLISIS CRÍTICO

La película presenta de forma real una práctica relativamente común de los delinquentes de algunos países, como Colombia, para provocar la sumisión química generada por la escopolamina. En la escena (min. 12) se muestra la administración de la escopolamina dentro de la bebida de la víctima y, en



los minutos siguientes, se pueden observar las manifestaciones que produce, entre los que se destacan la descoordinación psicomotora y la amnesia.

La escopolamina o hioscina, también conocida popularmente como *burundanga*, es un alcaloide tropánico presente en plantas solanáceas como el beleño blanco (*Hyoscyamus albus*), la burladora o borrachero (*Datura stramonium*) y otras de los mismos géneros.

Farmacológicamente, es un antagonista de los receptores musca-

rínicos M1 del sistema nervioso central y de los tejidos periféricos como la atropina y, a dosis suficientes, puede producir marcados efectos en el sistema nervioso central, como amnesia y descoordinación psicomotora.

Sus principales usos terapéuticos son el tratamiento de la cinetosis y la reducción de las secreciones bronquiales en cuidados paliativos. En el pasado se había utilizado también asociado a morfina en la preparación preanestésica. La sobredosis por escopolamina puede causar delirio y otras manifestaciones de tipo psicótico, parálisis, estupor y muerte. La película muestra de forma fidedigna cómo la escopolamina realiza sus efectos hasta llevar al afectado a un cuadro de profunda confusión conductual. □

Enlaces:

<http://www.filmaffinity.com/es/film395083.html>
<http://www.imdb.com/title/tt0495025>

Referencias

1. Mateus JA et al: El lado oscuro de los fármacos en el cine. Rev Med Cine 2015; 11(2): 87-96.
2. Laurence DR, Bennett PN, Brown MJ. Clinical pharmacology. 8a ed. New York: Churchill Livingstone, 1997; p. 149?150.

* El autor agradece el valioso aporte de JA Mateus et al (ref.1).

chk consultores

Gestión en Sistemas de Salud
Auditoría de Terreno
Desarrollo de Redes Prestacionales
Optimización del Gasto
Programas Preventivos

www.chkconsultores.com.ar

Avances en el tratamiento de la Leucemia: Cortistatin A



Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)

Una molécula inicialmente aislada de esponjas marinas y luego sintetizada en laboratorio puede detener el crecimiento de células cancerosas y podría abrir la puerta para un nuevo tratamiento de la leucemia, de acuerdo con lo comunicado por un equipo de investigadores de Harvard y otros colaboradores liderados por el Dr. Matthew Shair, profesor de química y química biológica, y fue comunicado el 28 de setiembre pasado en la revista *Nature*.⁽¹⁾

De acuerdo con lo expresado por el Dr. Shair, una vez que identificaron la molécula, denominada cortistatin A, hallaron que era muy potente y selectiva en cuanto a la inhibición del crecimiento de las células de la leucemia mieloide aguda (LMA) y que era tan eficaz como cualquier otra molécula conocida, sin efectos secundarios deletéreos, lo que sugirió que habían hallado un nuevo y promisorio avance terapéutico. Dada la escasez de tratamientos efectivos para la LMA, reconocieron la importancia de avanzar hacia los ensayos clínicos tan rápido como fuese posible.⁽²⁾

Según explicó Shair, la molécula actúa por la inhibición de un par de kinasas casi idénticas, denominadas CDK8 y CDK19, las que juegan un rol clave en el crecimiento de las células de la LMA.

Estas kinasas operan como parte de una estructura poco comprendida en el núcleo de las células denominada *complejo mediador*, el cual actúa como puente entre los factores de transcripción y el proceso transcripcional. Por medio de la inhibición de estas dos quinasas específicas, no se interrumpe toda la transcripción, sino que se logran efectos específicos sobre los genes.

Después de tratar células de LMA con cortistatin A y de medir los efectos sobre la expresión genética, uno de los primeros hallazgos fue que afectaba una muy pequeña cantidad de genes, en el orden de los cientos. De acuerdo con Shair, esto lleva a un efecto estimulante de los denominados "súper potenciadores" (*super enhancers*); estos súper potenciadores constituyen un número relativamente pequeño de elementos reguladores del ADN que conducen a una elevada expresión de los genes, muchos de los cuales dictan la identidad celular. Una importante parte de los cambios presentes en las células cancerosas se deben a una pérdida de esta identidad celular, lo que hace que las células se vuelvan poco diferenciadas y se junten en un estado casi de células madres.

Al contrario de lo que sucede con unos pocos tratamientos potenciales del cáncer que atacan a la enfermedad inhibiendo a tales genes de la identidad celular, Shair et al

se sorprendieron con el hallazgo de que la nueva molécula en realidad estimula la actividad de estos genes en las células de la LMA. Por medio de este mecanismo explican la potencial actividad del cortistatin A, hallando que si se estimula el crecimiento, las células vuelven a su identidad normal y dejan de crecer.

Shair y su equipo se interesaron en la molécula hace varios años, poco tiempo después que fuera aislada por primera vez y descrita por otros investigadores. Los primeros estudios sugirieron que parecía inhibir sólo un puñado de kinasas. Así probaron aproximadamente 400 kinasas, y hallaron que solamente inhibe la CDK8 y la CDK19, lo que la convierte en el más potente inhibidor de kinasas identificado hasta la fecha. "Antes de este trabajo, se pensaba que el cáncer incrementa a estos genes, manteniendo a las células en un estado de hiperactividad proliferativa afectando de esa forma el crecimiento celular. Pero nuestra molécula nos está diciendo que esto es sólo parte de la historia, y que además el cáncer mantiene la cantidad de estos genes dentro de un estrecho rango. Si es muy bajo, las células mueren y si son aumentados a niveles alto, como sucede con cortistatin A, vuelven a su identidad normal y dejan de crecer" agregó Shair.

El equipo de Shair tuvo éxito en sintetizar la molécula lo que les ayudó a estudiar cómo actúa y por qué afecta el crecimiento de un tipo de célula muy específico. Más adelante, con financiación y conocimientos específicos sobre el desarrollo de un fármaco, provistos por Blavatnik Biomedical Accelerator, este laboratorio de investigación creó un rango de nuevas moléculas que pueden ser más adecuadas para su aplicación clínica.

Si bien todavía queda mucho por hacer –en particular en cuanto a la comprensión de la forma en que CDK8 y CDK19 regulan la expresión genética– los resultados preliminares han resultado positivos y promisorios. □

Referencias

1. Pelish HE et al.: Mediator kinase inhibition further activates super-enhancer-associated genes in AML. *Nature* 526, 273-276 (08 october 2015).
2. Harvard University: Inroads against leukemia. *Drug Discovery & Development*. Wed, 09/30/2015.

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



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

Traslado Neonatal

Por el Dr. Nicolás Morcillo y la Dra. Patricia Bellani

Actualmente el concepto de traslado neonatal no hace referencia al simple hecho de transportar un paciente de un centro a otro; el traslado neonatal se define como una serie de acciones puestas en marcha para lograr la llegada en óptimas condiciones del recién nacido al destino.

Para ello se requiere de personal entrenado en el cuidado y transporte neonatal, equipamiento adecuado a la logística del traslado, estrictos protocolos y programas de calidad. También se necesita de una red de comunicación que permita el apoyo y la coordinación de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), así como conocer sus características, complejidad y equipamiento con el que cuentan, para asignarla mejor según el caso.

Uno de los conceptos más importantes a destacar en el transporte del recién nacido, es la estabilización del mismo de manera previa al traslado. Dicha estabilización debe ser iniciada por el centro que solicita la derivación hasta el arribo del equipo de traslado el cual continuará con la misma durante todo el traslado. Es muy importante entonces no sólo contar con los recursos para mantener las condiciones adecuadas al paciente, además es imprescindible mantener una comunicación fluida entre el equipo que solicita la derivación a un centro de mayor complejidad y el de la UCIN.

Dentro de las recomendaciones para llevar a cabo una adecuada estabilización del paciente se encuentran:

● **Valoración del estado respiratorio.** La dificultad respiratoria es la principal causa de traslado de recién nacidos. Considerar la necesidad de requerimientos suplementarios de oxígeno, soporte ventilatorio no invasivo y/o intubación previa al inicio del viaje en aquellos pacientes con dificultad respiratoria creciente, apneas o fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) en ascenso.



● **Valoración y estabilización de la temperatura.** La monitorización de la temperatura de nuestros pacientes es de especial interés, tanto en recién nacidos prematuros como en recién nacidos a término. Si el paciente a trasladar se encuentra hipotérmico es muy poco probable que logremos llevarlo a un ambiente térmico neutro durante el traslado por lo que debemos ocuparnos de llevarlo a la normotermia antes del traslado. Considerando lo hostil que es el ambiente de traslado para los recién nacidos y la especial importancia que tiene para éstos la temperatura, es vital la monitorización continua de la misma.

● **Monitorización.** Además de la temperatura a la que ya hicimos referencia, se debe monitorizar de forma continua la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. En el caso de pacientes graves o traslados de larga duración es recomendable contar con medición de tensión arterial invasiva.

● **Manejo del medio interno.** Es adecuado mantener al paciente correctamente hidratado, normoglucémico y reponer las pérdidas de líquidos ocasionadas por diferentes patologías para evitar descompensaciones que puedan ocasionarse por la disminución del volumen intravascular.

● **Necesidad de accesos vasculares seguros.** Se debe contar siempre con al menos un acceso vascular periférico para pacientes de baja complejidad. Sin embargo, pacientes de complejidad moderada requieren de al menos dos vías periféricas en caso

que puedan requerir infusión de diferentes drogas durante el traslado.

● **Preparación de drogas de forma anticipada.** Utilizar diluciones conocidas y de fácil manejo permitirá administrar las drogas necesarias de manera más simple y rápida.

● **Control y manejo de la UCIN.** Realizar movimientos suaves con la incubadora de traslado, elegir las rutas en mejores condiciones y utilizar medios de fijación del paciente evitarán las posibles descompensaciones que pueden originar en ellos los movimientos de aceleración y desaceleración. □

ACUDIR es el único sistema de emergencias médicas privadas que cuenta con un equipo de traslado neonatal conformado íntegramente por profesionales capacitados, neonatólogos y pediatras entrenados en el cuidado del recién nacido críticamente enfermo en condiciones de traslado. Para el adecuado transporte de estos pacientes cuenta con tres Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal con equipamiento de alta complejidad, incubadora de traslado neonatal, 6 bombas de infusión continua, respirador neonatal, óxido nítrico inhalado, saturometría pre y postductal, monitor multiparamétrico con monitoreo de tensión arterial invasiva.

Su equipo de profesionales, destacado por realizar los traslados de los pacientes más críticos, se encuentra funcionando hace ya más de tres años. Desde entonces, el número de servicios que realiza ha crecido día a día y acompañando el crecimiento de la empresa.

El management de ACUDIR S.A. ha hecho del servicio de Traslado Neonatal una de sus prioridades, brindando su total apoyo al equipo de profesionales que cumplen día a día con las demandas de un gran porcentaje de los traslados de recién nacidos del sector privado y público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires.



CUIDAR CON ESMERO

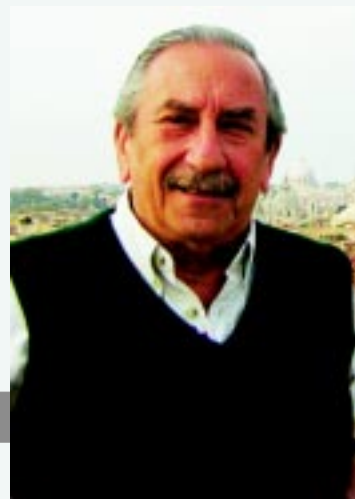
**CENTRO DE CUIDADOS
PALIATIVOS**

Avda. Caseros 1635 C.A.B.A
Tel.: (54)11 4304.4379 / 5219.2248
www.ccpbares.com

Torsión testicular, prolapso de cordón umbilical y registros clínicos. Sugerencias para una mejor defensa

Por el Dr. Fernando G. Mariona

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



Recordemos que a partir de la entrada en vigencia de nuevo Código Civil y Comercial a partir del 1 de agosto de 2015, la prueba de los factores de atribución de la responsabilidad y de las circunstancias eximentes, corresponderá a quien los alega (art. 1.734), si bien el juez podrá distribuir la carga de la prueba ponderando cuál de las partes está en mejores condiciones de aportarla (art. 1.735). Esta potestad judicial, solo será conocida por las partes una vez trabada la litis, con lo cual podría verse afectado el derecho de defensa. En consecuencia, y en el ánimo de poder probar la diligencia, será mejor “curarse en salud” realizando una buena documentación clínica desde el inicio de la práctica médica. Estas disposiciones del Nuevo Código Civil y Comercial, deberán, las instituciones prestadoras, médicos y organizaciones, complementarlas con los principios expuestos en la Ley de Derechos de los Pacientes, en su interrelación con los profesionales e instituciones de salud, ya sea respecto del cumplimiento del deber de información, de la realización del proceso para la obtención del Consentimiento Informado del Paciente y su documentación, y como siempre, 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.

Hay una infinidad de situaciones que ocurren a diario durante la práctica de la medicina, ya sea en la Guardia de Urgencias o Consultorios de Atención Inmediata (CAI), o en los Actos Médicos Programados, en los que la insuficiente documentación de lo conversado con el paciente o su entorno, así como la nula documentación de lo realizado en la práctica, favorece la existencia de reclamos y entorpece la posibilidad de una buena defensa.

Con preocupante frecuencia, dos son los eventos que ocurren, y sobre los que hoy quisiera esbozar – como abogado ocupado en la defensa de médicos e instituciones en forma exclusiva– una barrera que evalúo fácil de colocar, para tratar de evitar el reclamo, y producir una mejor documentación clínica, que aliente además a la seguridad del paciente.

En el primer caso se trata de la *torsión testicular*, tanto en niños y adolescentes, cuanto en adultos.

Ustedes bien saben que en general, frente al primer dolor “raro” e intenso en los testículos, el paciente no es llevado o no concurre espontánea y rápidamente a la consulta. En general advierto que el paciente o los padres del paciente, no son interrogados por ustedes acerca del tiempo que hace que el paciente siente que “cursa” el dolor, como ustedes dicen, y en el caso que lo hagan, la respuesta del paciente o acompañante, no es volcada ni en el Libro de Guardia ni en la ficha clínica. Lo primero que hacen, sin interrogar dicho lapso, es indicar un estudio de imágenes, o proponerle una cirugía. En mi experiencia y en la de ustedes, es sabido que luego de un determinado número de horas, el testículo “muere”, se necrosa. Me parece que si la respuesta del paciente o de sus parientes, acompañantes o padres indica que el tiempo que “cursa” el dolor es superior a ese tiempo, se debería anticipar a ellos la posibilidad cierta de un resultado ominoso, y en todo caso DESPUÉS pero SIMULTÁNEAMENTE, proponer al paciente o parientes o acompañantes, el realizar los estudios de imágenes o la cirugía, informando que ello es un intento dudoso, por adelantado, de verificar el pronóstico con la finalidad de salvar el testículo. Caso contrario, el tiempo “perdido” en el cumplimiento de las indicaciones, siempre será considerado como un accionar negligente o imprudente por parte del profesional. Es decir EN CONTRA de nuestros intereses.

Hoy en día se trata de prestar un sistema efectivo en cuanto a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas y a la rapidez de investigación y de tratamiento. Se basa sobre múltiples procesos, técnicas, competencias y conocimientos muy sofisticados.

Cualquier demora es interpretada por el usuario como impericia, negligencia, abandono de persona, error o retardo diagnóstico, pérdida de chance de curación, en definitiva, conductas que no coinciden con la expectativa del paciente o sus familiares.

Es el paciente o su entorno quienes deberán experimentar las consecuencias positivas o negativas de la aceptabilidad del riesgo, y sobre todo cuando le ha sido informada. La evolución reciente de la legislación en materia de salud y derechos de los

pacientes, nos recuerda la necesidad de profundizar en la información que se brinda al paciente, indicándole en especial los beneficios y los riesgos de las diferentes alternativas. Es así como el paciente puede participar activamente en las elecciones diagnósticas y terapéuticas que le conciernen y brindar su consentimiento sabiendo muy bien de qué se trata. La información objetiva y completa del paciente y su participación en la decisión de exponerse al riesgo formará parte de la gestión de la aceptabilidad del riesgo y de las circunstancias que lo rodean, por el paciente y su entorno.

En segundo caso se trata de la *documentación de la maniobra o procedimiento* para tratar de evitar los daños que pueden producir en el feto, la *procidencia o prolapso de cordón*. Como los obstetras saben, puede ser: un PROLAPSO FRANCO DEL CORDÓN UMBILICAL, que es llamado PROCIDENCIA DE CORDÓN: es decir cuando la bolsa de las aguas está rota y sale el cordón a la vagina, por delante de la presentación. Es la variedad más grave. También existe el PROCÚBITO DE CORDÓN: es cuando la bolsa de las aguas está íntegra, el cordón se encuentra por delante de la presentación, pero no asoma por vagina. Y también puede ser un PROLAPSO OCULTO DE CORDÓN O LATEROINCIDENCIA: ello ocurre cuando el cordón se sitúa al lado de la presentación sin sobrepasarla, pudiendo estar la bolsa rota o íntegra.

La primera recomendación en materia de corrección de registro clínico, es la de no escribir sólo

“Procidencia de cordón”. Opino que se debería ser un poco más explícito el registro en cuanto al tipo de la procidencia o prolapso, y la segunda, es que, se debería registrar qué se hizo –médico u obstétrica– a partir del momento de la detección de la presión de la cabeza contra el cordón, hasta el momento en que se realiza el parto por cesárea, para evitar el progreso y/o la continuidad del sufrimiento fetal. Es decir en qué se empleó el tiempo hasta la decisión de la incisión.

Entendemos que frente al nuevo Código Civil y Comercial, en que se consagra la función preventiva de la responsabilidad civil, se le impone a los profesionales y a las instituciones médicas y organizadores de servicios de salud (obras sociales, prepagas, etc.) varios deberes: la prevención, evitar daños injustificados, no agravarlos. Dichas conductas podrán ser motivo de reclamos como acciones de fondo. Para que sean responsables los organizadores y prestadores, primero tendrá que ser responsable el médico, y esa responsabilidad por culpa, será demostrativa de la obligación de vigilancia y seguridad del establecimiento prestador u organizador. Es por ello que recomendamos a unos y otros que establezcan normas de funcionamiento interinstitucional, que deberán ser respetadas por propios y por quienes “vienen a trabajar de afuera”. No sólo será en beneficio de la seguridad del paciente, sino además en el patrimonio de todos los involucrados en el cuidado de la salud. □

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 Estereotáctica

Radioterapia Estereotáctica

Acelerador Lineal

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



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

La Donación de Sangre o... es el Derecho a la Vida estúpido!!!

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial



Me permito utilizar un término un tanto vulgar porque su uso se generalizó desde la campaña presidencial norteamericana de 1992 para distinguir lo importante de lo secundario y en ese caso era la economía sobre la política exterior: "es la economía estúpido".

El Ministro de Salud de la Nación, dictó resolución 1.509/2015 e implementó un nuevo formulario de interrogatorio para los donantes que suprime la pregunta, para los hombres sobre ¿Ha tenido contacto sexual con otros hombres?

Y lo ha hecho, según declaraciones del Ministro para "no discriminar".

Es sabido que la resolución fue promovida por la CHA (Comunidad Homosexual Argentina).

ANTECEDENTES

Desde el año 2007 las agrupaciones homosexuales, promovieron un proyecto en el Congreso de la Nación para modificar el formulario previo a la donación de sangre que preguntaba a los hombres si habían tenido relaciones sexuales con otros hombres, y a las mujeres si habían tenido relaciones con hombres bisexuales.

Logró media sanción de Diputados en noviembre de 2012, pero perdió estado parlamentario porque el Senado nunca lo trató.

El bloque oficialista advirtió los riesgos para la salud de la población que entrañaban y la por entonces presidente de la Comisión de Salud dijo, con buen criterio "aunque parezca seguir discriminando es más importante seguir salvando vidas".

La diputada del Frente para la Victoria explicó que luego del dictamen de la comisión advirtieron que "una pareja homosexual tiene 10 veces más posibilidades que una pareja heterosexual de tener Sida" y que hay que preguntar sobre la actividad sexual porque existe un "período de ventana", el tiempo en que el análisis de sangre no detecta la enfermedad aunque la persona esté infectada.

Curiosamente sí lo consiguieron en la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires y modificaron la ley 3.328 art. 3º inciso "d" y los donantes de sangre no pueden ser preguntados "sobre su identidad de género, orientación sexual o cualquier información que resulte discriminatoria".

DISCRIMINACIÓN BUENA

El término "discriminar" tiene dos significados.

El primero es "Seleccionar excluyendo" sin aclarar los motivos.

Y esos motivos pueden ser aceptables si se fundan en buenas razones.

En el caso de la donación de sangre el interrogatorio excluye (discrimina) entre otros a quienes son positivos para VIH/SIDA, Hepatitis B o C, Chagas, Brucelosis, Sifilis o el virus de HTLVI-II, se encuentra en tratamiento de

hemodiálisis y/o recibe transfusiones de componentes o derivados de la sangre, sufran de "alguna infección" practica sexo a cambio de dinero o drogas, tuvieron en los últimos 12 meses relaciones sexuales no protegidas con desconocidos sin protección con un desconocido o bajo el efecto de alcohol o cualquier sustancia psicoactiva, o con quien tiene el virus de VIH, Hepatitis o HTLVI-II, incluso si usó preservativo o campo de látex, o con personas que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente, tuvo sexo con persona promiscua o entre más de dos personas al mismo tiempo y varias otras ligadas a la actividad sexual.

También excluye a los que se tatuaron, drogaron, sufrieron extracciones dentales, fiebre, estado gripal, no gocen de buena salud, tengan menos de 18 años o más de 65, pesen menos de 50 kilos.

Son todos claros actos de "discriminación buena" porque son grupos mucho más expuestos a transmitir enfermedades por vía sanguínea al receptor o a perjudicarse ellos mismos por la extracción.

Lamentablemente sigue existiendo el "período de ventana" que es el plazo en el cual el paciente está ya infectado y transmite el virus aunque los análisis no lo detectan.

DISCRIMINACIÓN MALA

"Dar trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, etc."

EL INTERROGATORIO ANTERIOR

La resolución anterior (865) incluía la pregunta a los varones ¿Ha tenido contacto sexual con otros hombres? Y de ser respondida positivamente los excluía como donantes, pregunta que ha sido suprimida.

Era sólo aparentemente discriminatoria por "motivos sexuales".

La actual sigue siéndolo con quienes detallamos en "DISCRIMINACIÓN BUENA" muchas de ellas, en verdad la mayoría, tienen causa sexual.

Con lo que sigue "discriminando" por motivos de conducta sexual que no son tales: la causa real es la mayor probabilidad de contagio, originada en la conducta sexual o en cualquier otra.

¿QUÉ DERECHOS PRIORIZA LA RESOLUCIÓN?

Existe una aparente situación de derechos contradictorios, la nueva resolución se funda en no discriminar a los homosexuales varones, pero sigue discriminando a los promiscuos, chagásicos, dializados...la lista es larga y confirma el principio que hay una "discriminación buena".

Los considerandos y las declaraciones del Ministro se fundan exclusivamente en "no discriminar" que es un postulado ideológico de esta época.

No aborda lo que debió ser lo principal: descartar que

la conducta sexual del donante aumente el riesgo de transmitir enfermedades por vía sanguínea.

¿QUÉ OMITE LA RESOLUCIÓN?

El único argumento que sería válido: un serio fundamento científico, apoyado por estadísticas confiables que descartara a la homosexualidad masculina como causa de aumento de riesgo de transmitir enfermedades por vía sanguínea.

Con eso hubiera bastado pero ni siquiera merece una mención.

Y por razones ideológicas y sólo por ellas, excluye la homosexualidad masculina como grupo de riesgo y los incorpora como donantes potenciales.

DERECHOS HUMANOS

El primero, según la declaración de las Naciones Unidas (artículo 3) es "derecho a la vida"

También a la protección contra la "discriminación mala" que infrinja los derechos humanos.

Y consagra el derecho a la salud y la asistencia médica.

¿CUÁL ES EL DERECHO PRIORITARIO EN SALUD?

Desde Hipócrates (años 500 A.C.) hasta aquí es el beneficio del paciente "... evitando todo mal" que implica que no se debe perjudicarlo y que su bienestar es la prioridad absoluta a la que todo se subordina.

El principio es tan sólido que se aplica aún contra la voluntad del paciente.

El nuevo Código Civil y Comercial califica como la disposición del propio cuerpo como "derecho personalísimo" y restringe su disponibilidad a que no sea contrario a la ley, la moral o las buenas costumbres, no se presume, es de interpretación restrictiva, lisa y llanamente los prohíbe si ocasionan u ocasionen una disminución permanente de su integridad o resulten contrarios a la ley, la moral o las buenas costumbres, excepto que sean requeridos para el mejoramiento de la salud de la persona.

¿QUÉ HACE LA NUEVA RESOLUCIÓN?

Pone en peligro, el más personalísimo de todos los derechos de los pacientes: el derecho a la vida.

Porque prioriza "no discriminación del varón homosexual" por sobre el derecho a la vida y a la salud del paciente.

Esa óptica ideológica nos indica una tóxica inversión de prioridades.

La donación de sangre es un tema que compromete los derechos humanos, el primero de los cuales es el derecho a la vida y su correlato: el derecho a la salud.

Y si por razones médicas un grupo está expuesto a mayor riesgo de estar en "período de ventana" de HIV o de otra patología, simplemente no debe poder donar porque expone a los receptores a un riesgo mayor de contraer enfermedades que pueden ser mortales.

Por sobre los derechos de las minorías, sean éstas patológicas, físicas etarias o sexuales está el derecho a la vida del paciente, en este caso, el receptor.

Tratar el tema como caso de "discriminación" y priorizar lo mal o bien que se sentirán los miembros de cualquier grupo es no comprender lo que es el derecho a la vida y condenar a muerte a muchos o a una vida de padecimientos a muchos más, que contraerán HIV u otras patologías pudiendo evitarlo.

La conducta de la CHA, que promovió esa atrocidad, habla muy mal de su dirigencia: privilegian el "no sentirse discriminados" por sobre el derecho a la vida de sus propios afiliados, ya que todos somos receptores de sangre potenciales.

SÍNTESIS

La resolución es mala.

Pone en peligro la vida de todo receptor.

Debe ser derogada. □

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

SOCDUS
Odontología para Sistemas de Salud

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

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

La Salud Pública bajo amenaza (segunda parte)

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



Hace escasos minutos (curso el día 05 de octubre de 2015) acabo de recibir por vía privada la confirmación de la firma final del acuerdo TPP o TTP, conocido como Acuerdo de Asociación Transpacífico... un pacto que busca dar certificado de defunción al libre comercio tal como se lo consideró... tal como existió, o si Usted quiere, tal como fue conocido. Según lo señalado por el Premio Nobel Joseph E. Stiglitz: *"El acuerdo va a ir mucho más allá de una simple reducción de aranceles y cuotas, pues exigirá cambios fundamentales en las instituciones jurídicas, judiciales y reguladoras de cada país, lo que constituye una concesión a los poderosos grupos de presión, que han tenido más acceso al proceso de negociación que los legisladores o los ciudadanos"*. [Joseph E. Stiglitz* y Adam S. Hersh**]. (Véase: Nobel de Economía a Humala: No permitan que el TPP encierre al Perú en relaciones comerciales desiguales | Noticias del Perú | LaRepublica.pe).

Las negociaciones previas del *Acuerdo de Asociación Transpacífico* han enfrentado a los gobiernos de los doce países involucrados directamente con sindicatos, organizaciones en defensa del medioambiente y grupos sociales que reivindican mayor acceso a medicamentos más baratos frente al poder de las grandes corporaciones. Este tratado debe ser tenido por "histórico" a partir del momento en que quiebra todos los equilibrios conocidos hasta la fecha, incluyendo en ello la potencial destrucción de la salud pública como derecho universal e inalienable de las personas.

Conocido como el TPP [TTP], por sus siglas en inglés, este acuerdo establece un nuevo marco de libre comercio entre una docena de países de la región, liderados por Estados Unidos y Japón. Las otras naciones implicadas son Australia, Brunei, Canadá, Chile, Malasia, México, Nueva Zelanda, Perú, Singapur y Vietnam. Todos ellos acordaron este lunes (05/10/15) un nuevo marco arancelario que afecta a varias industrias, como la farmacéutica, la automovilística o la textil, y que establece algunas de las normas laborales y regulaciones medioambientales más ambiciosas hasta ahora. Creando un espíritu definitivamente opuesto a los derechos humanos y ciudadanos de las personas...

El TPP representa el pacto más importante desde 1993, cuando EE.UU., Canadá y México firmaron el Tratado Norteamericano de Libre Comercio (TLCAN).

Brunei, Chile, Nueva Zelanda y Singapur empezaron a negociar a comienzos de este siglo (XXI) y en 2008 se unió EE.UU. El presidente Obama lo convirtió en una prioridad de su mandato con el objetivo de proteger los intereses estadounidenses en la región y ha logrado sumar a un total de 11 naciones. Entonces debe entenderse que se trata del acuerdo regional más amplio de la historia y une bajo un mismo mercado al 40% de la economía de bienes mundial. [TPP: Las claves más importantes del tratado comercial del Pacífico] Economía | EL PAÍS].

A pesar de que todas las líneas del acuerdo afectan a intercambios comerciales y de información, también tiene importantes consecuencias políticas a escala internacional. EE.UU. ha perseguido este acuerdo con el objetivo de frenar el poder de China en la región. Obama aseguró este lunes que cuando el 95% de los posibles consumidores de EE.UU., viven en el extranjero, "no tiene sentido que China escriba las reglas comerciales". El TPP abre las puertas de nuevos mercados a los productos 'Made in América' y las economías locales deberán competir con bienes importados. [TPP: Las claves más importantes del tratado comercial del Pacífico] Economía | EL PAÍS].

Tras más de cinco años de negociaciones secretas, el TPP ayuda a reducir impuestos en hasta 18.000 productos de EE.UU. en las economías de la región, por lo que los fabricantes estadounidenses podrán más fácilmente competir en el extranjero. Pero además de los aranceles comerciales, Washington ha impuesto un nuevo plazo en la exclusividad de las fórmulas empleadas para crear medicamentos para tratar enfermedades como el cáncer. Los detractores del acuerdo aseguran que si se amplían los plazos de exclusividad, que impiden que otras casas farmacéuticas investiguen con la misma información para crear medicamentos genéricos, subirán los costes y dejarán los tratamientos fuera del alcance de los ciudadanos en las naciones más pobres. [TPP: Las claves más importantes del tratado comercial del Pacífico] Economía | EL PAÍS].

Existen evidencias en curso, previas a la firma del acuerdo, que impulsan limitaciones tanto en las investigaciones clínico-farmacéuticas como en el desarrollo de medicamentos para patologías crónicas, y hasta podría aseverarse que, muchas de las decisiones europeas relativas a recortes en los servicios de la sanidad pública, antes universal, están de alguna

forma vinculados a esta decisión que limita el desarrollo de vacunas (políticas universales de inmunización), o estudios de laboratorio relacionados con las "inmunoterapias" relacionadas con el cáncer y/o los trasplantes (por mencionar dos ángulos de esta geometría).

La consecuencia más detectable en la puesta en marcha del acuerdo TPP se vincula con el dramático aumento de precios en los medicamentos y en las tecnologías médicas que, siendo ya de acceso ciertamente limitado en poblaciones de menores recursos, con esta estrategia pasarán a ser inalcanzables para dos tercios y más de la humanidad excluida de los sistemas de coberturas solidarias de salud, asegurando además que tampoco habrá alternativas curativas de índole alguna.

Lo expuesto hasta aquí, deja establecido que 2015 representa ya mismo el quiebre de todo lo cursado en salud pública a nivel mundial, y como consecuencia inmediata de ello, la epidemiología terrestre se verá gravemente comprometida al proveer servicios a pocos en desmedro de los muchos que, separados de las atenciones médicas, verán 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. □

* Premio Nobel de Economía 2001, profesor en la Universidad de Columbia y economista jefe en el Instituto Roosevelt.

** Economista senior en el Instituto Roosevelt y Académico invitado en la Iniciativa para el Diálogo Político de la Universidad de Columbia.

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 Fronteras; 24 de julio de 2015).
4. 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: Medline-Plus en español
6. TPP: Las claves más importantes del tratado comercial del Pacífico | Economía | EL PAÍS.

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2015-10-05. 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 ▲ 16 millones de lectores ▲ 195 mil documentos editados ▲ 550 millones de consultas reales ▲ traducidos a doce idiomas ▲ 85 países registrados (acceso libre y gratuito).

López Delgado & Asociados

estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

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

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

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

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

Médicos Municipales: Los Pilares de la Salud Pública

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



Durante lo que va del año hemos escuchado en muchas oportunidades a decena de políticos hablando de salud pública y del sistema de salud. Muchos lo hicieron desde el desconocimiento, la gran mayoría sin caminar los pasillos de los hospitales cayendo en frases hechas.

Desde hace varias décadas, la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires presenta tenazmente reclamos a los diferentes gobiernos, relacionados con la imperiosa necesidad de establecer una política pública de salud de Estado que trascienda los cambios de administraciones y partidos políticos. Consideramos esta planificación a largo plazo como uno de los pilares fundamentales de cualquier proyecto o plataforma política que intente manejar los destinos del país, debe contemplar las distintas coyunturas sociales, económicas y poblacionales que tiene nuestro territorio.

Por eso nos atrevemos a preguntarnos: ¿Quién conoce mejor que los médicos municipales la situación de los hospitales y, luego, las necesidades y los puntos en los que es imperativo actuar para avanzar?

El punto de partida debe ser una conciencia cabal de la situación que se enfrenta. Por lo tanto, es imperativo que el país se estudie detalladamente y con una visión epidemiológica, así se aseguran recursos económicos, tecnológicos y profesionales en sitios que tienen un requerimiento inmediato por atraso no sólo en las variables mencionadas, sino también en sus condiciones generales de vida y, en particular, educacionales y alimentarias.

La gravedad de un sistema desactualizado es incalculable, y comienza con el error de base de ignorar el hecho de que los escenarios y las situaciones -y en consecuencia las dificultades que se plantean- cambian constantemente. El análisis se hace también necesario en otros términos, es decir, lograr una actualización del funcionamiento del sistema a las necesidades actuales y a la permanente variación y desafío que nos presenta la evolución de la asistencia de la salud y la enfermedad.

Un solo dato sirve para dar cuenta, por ejemplo, de la necesidad del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA): más del 60% de los pacientes que se atienden en los hospitales públicos porteños residen en la provincia de Buenos Aires. Entonces, ¿por qué es tan difícil coordinar políticas públicas de salud que favorezcan a toda la población? Una vez más reclamamos que el recurso humano, la tecnología y la estructura edilicia se articulen adecuadamente, complementándose y coincidiendo para que el equilibrio no se rompa.

Por lo tanto, es necesario crear un espacio de

trabajo conjunto que aglutine al AMBA y que desde ese lugar se tomen las medidas necesarias para que los pacientes reciban la atención adecuada y que no se malgasten recursos en situaciones que podrían resolverse simplemente con un férreo trabajo organizado.

Después de evaluar la situación y planteado un objetivo, sigue la elaboración de un plan para alcanzarlo. En lo referente a la salud pública, los médicos sabemos cuál es ese objetivo, y queremos y debemos ser parte de la confección de dicho plan y su aplicación. Mucho hemos escuchado opinar a aquellos que creen saber cómo encaminar un sistema, basados en lo aprendido a través de algún curso. Aseguramos que se necesita mucho más que eso, y que la experiencia del equipo de salud es una herramienta irremplazable. Esta es solo una de las razones por las que exigimos ser parte del crecimiento que nos lleve a dar ese salto de calidad tan esperado.

Asimismo, apuntamos a que la discusión en torno a la demora de un nombramiento, la falta de un insumo, los edificios inapropiados y sin personal que los haga funcionar, las demoras en actualizar y mantener la tecnología, etc., se vuelvan parte de la vieja política. Solucionar estas cuestiones es un requisito ineludible para poder abocarnos de lleno a otras cuestiones.

El futuro está en la discusión acerca de las especialidades críticas, el AMBA, la oportunidad de acceso y la resolución en tiempo y forma de las patologías, la fecundación asistida, las redes y programas que atraviesan las regiones manejadas por médicos formados en la temática, el refuerzo del accionar de los hospitales psiquiátricos, las adicciones, la duración óptima de las guardias, entre otros temas.

El trabajo bien orientado en estas áreas no sólo repercutirá en la mejora de las condiciones y medioambiente de trabajo sino que aumentará la calidad de atención al paciente, que, recordemos, debe ser el eje fundamental de cualquier política pública que se quiera implementar.

Estos desafíos que deben enfrentar los gobernantes ya elegidos deben ser tomados como parte prioritaria de sus plataformas de gobierno. La salud pública es un derecho que día tras día debemos cuidar y fortalecer. Nosotros, los médicos, ponemos todo nuestro saber y experiencia al servicio de la salud pública de calidad que es parte de esa Argentina que todos soñamos.

El camino es largo y arduo, y por eso queremos participar y discutir pensando y comprometiéndonos con el hecho de que en cada esfuerzo de nuestra lucha diaria está el germen de la salud pública del futuro. □

ES BUENO TENERTE



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico-asistencial, informes de los tiempos 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 operación de traspaños. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar - R.N.O.S. 4-0080-0. R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.



La calidad es una actitud



PARA CUIDAR A LOS MÁS CHICOS
EL MEJOR RECURSO
HUMANO Y TECNOLÓGICO

www.acudiremergencias.com.ar

