



Opinión

El Zika y la emergencia mundial

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete



Voces

La salud desde el enfoque de riesgo

Por el Dr. A. Sánchez de León



Columna

Un genuino sendero

Por el Dr. Ignacio Katz

Mé^odicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XVIII. N° 92. Mayo 2016

18

Aniversario



SONREÍR AUMENTA
LA AUTOESTIMA

LA BUENA SALUD
EMPIEZA EN VOS



GALENO

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583) WWW.SSSALUD.GOV.AR Ley 26.682. Solicitud Inscripción N° 1285. Derechos reservados expediente 200.717/12.

cuidamos los viajes
de tus afiliados.



ASISTENCIA AL VIAJERO

cuidamos tu mundo





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

**Llegamos
donde
estés**



EMERGENCIAS



URGENCIAS



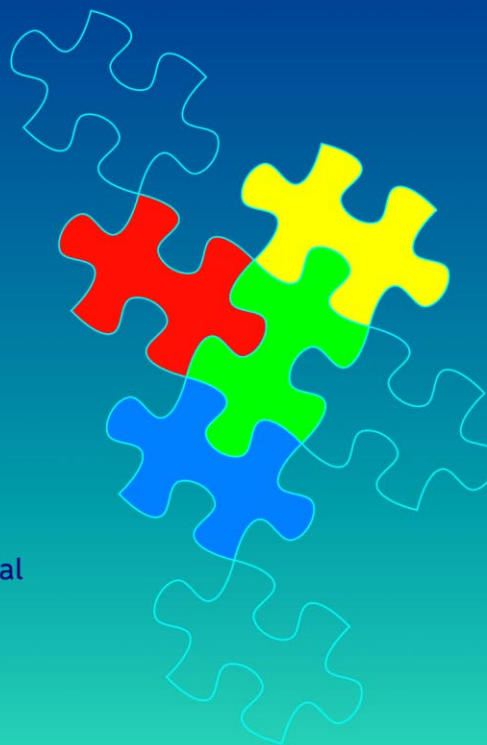
VISITAS DOMICILIARIAS



TRASLADOS PROGRAMADOS



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



www.sifeme.com

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



OSFE *Obra Social*
FERROVIARIA

**GESTIÓN Y TRABAJO
AL SERVICIO DE LA SALUD**

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

EL VIAJE DE SUS AFILIADOS MEJOR CON **ASSIST CARD**



Todo lo necesario, está en nuestra APP ASSIST CARD



¿Se demoró tu vuelo?



¿Perdiste las valijas?



¿Perdiste los documentos?



¿Quieres ubicar puntos de interés?



¿Quieres saber los horarios de tu show favorito?



¿Necesitas conocer el cambio de tu moneda?



¿Quieres saber como va a estar el clima?

5555 2000 INT 54120

divisionasalud@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

Prevención Salud

El bienestar se elige

Estar bien,
aquí y ahora



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



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

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

La empresa de medicina prepaga del





La única empresa en softwares de gestión para la salud
que provee servicios 100% integrados.

HEALTH|M|S
management solutions

• Saludsoft • Hospisoft • Saludsoft Business Intelligence

www.hms-tech.com



Salud es todo.



SanCorSalud
Grupo de Medicina Privada

0810-555-SALUD (72583)

sancorsalud.com.ar



Más cerca de tu Salud



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

0 800 222 0123
www.construirsalud.com.ar

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



SANATORIO FINOCHIETTO



- Atención centrada en el paciente y su familia.
- Más de 30 especialidades en consultorios externos.
- Quirófanos con tecnología de vanguardia.
- Estacionamiento propio en San Luis 3030.
- Bio eco sustentable.



3752 8000 | sanatoriofinochietto.com

Av. Córdoba 2678 - C.A.B.A. - Central de Turnos: (011) 3752 8100

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.

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



INNOVACION

ESTRATEGIA

COMPROMISO

-  Administración de redes farmacéuticas
-  Informes estadísticos y de consumo
-  Auditoría y validación on-line de recetas
-  Centro de patologías crónicas
-  Trazabilidad: Auditoría y Gestión

-  Management farmacéutico
-  Uso racional de medicamentos
-  Estudios de farmacoeconomía
-  Provisión y distribución de medicamentos

Miramos al futuro sin olvidar nuestro origen

20
AÑOS



OSPe saluda a Revista Médicos en su 18° Aniversario.

0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario

 /OSPeOficial

ospesalud.com.ar

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

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

OSPe

**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**



Portal para Padres



Consejos y recomendaciones para padres y madres sobre salud, calidad de vida y educación de niños y adolescentes.

Proyecto comunitario y de Responsabilidad Social Empresarial para redes de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico - CADIME

PORTAL PARA PADRES es un espacio abierto a los prestadores de diagnóstico y tratamiento médico ambulatorio, para compartir notas, opiniones y experiencias sobre temas relacionados con salud, calidad de vida y educación de niños y adolescentes; para difundir ideas que ayuden a los padres a impulsar el desarrollo intelectual de sus hijos y para proponer actividades creativas para hacer en familia.

Está dirigido a toda la comunidad, plural, destinado especialmente a las madres y padres que quieran conocer y compartir sus experiencias durante la amorosa tarea de construir día a día la familia.



Súmate a nuestra comunidad
y a las más de **1.400.000 personas**
que leen nuestros contenidos*

MAYOR INFORMACIÓN
portalparapadres@cadime.com.ar

*1.443.618 personas alcanzadas en marzo 2016



www.cadime.com.ar - cadime@cadime.com.ar



Sanatorio Güemes

CON EL COMPROMISO DE SIEMPRE

NUEVO EDIFICIO CÓRDOBA

AV. CÓRDOBA 3933 CABA

PLANTA QUIRÚRGICA

3 sectores quirúrgicos con
21 quirófanos de diferente complejidad.

Internación Quirúrgica Breve (IQB):

12 camas para
pacientes postquirúrgicos.

Preparto:

3 habitaciones individuales.



UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

4 sectores independientes con
46 habitaciones individuales
de alta complejidad.



INTERNACIÓN GENERAL

62 habitaciones individuales,
en 5 plantas de 450 mts².





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.
Teléfono: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Yamila Bègné
(Redacción),
Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLOS
TECNOLOGICOS**

EN INTERNET:

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

ASESORES LEGALES:

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

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

GRAGEAS	18
LIBROS	
Salud y políticas públicas. Hacia una propuesta integradora. Autor: Dr. Ignacio Katz	22
VOCES	
Comprometidos y dispuestos Por el Farm. Manuel R. Agotegaray	24
OPINIÓN	
Prioridades y urgencias en la Salud Pública Por el Dr. Jorge Gilardi	26
LA MEDICINA EN EL CINE	
El otro lado de los fármacos en el cine (Cuarta Parte) Alguien tiene que ceder	28
COLUMNA	
Un fenómeno social demasiado peligroso Por el Lic. Víctor N. Cerasale Morteo [MBA R&D]	30
PRIMERA PLANA	
II Congreso de Salud de los Trabajadores - 2016 Nueva gestión, desafíos renovados	34
COLUMNA	
Un genuino sendero Por el Dr. Ignacio Katz	38
VOCES	
Poblaciones vulnerables u Obras Sociales vulnerables Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar	40
OPINIÓN	
La salud desde el enfoque de riesgo Por el Dr. Adolfo Sánchez de León	42
REPORTAJE	
15° Aniversario de Scienza Argentina Entrevista a su Presidente, Eduardo Roqueta.	44
COLUMNA	
Robótica e inteligencia artificial Por el Dr. Héctor Barrios	46
GESTIÓN	
Sanatorio San José, crecimiento y actualización continua, con la mística de siempre.	48
VOCES	
Desinversión en salud: un sendero de uso racional manteniendo acceso y calidad. Por el Prof. Carlos Vassallo	50
ENTREVISTA	
Omint Assistance: Consolidación y crecimiento. Trayectoria y calidad médica para viajar	52
OPINIÓN	
El ZIKA y la emergencia mundial Entre la alarma, la realidad de la epidemia y el negocio. Por el Dr. Sergio Horis Del Prete	54
INFORME ESPECIAL	
El Costo per cápita del PMO fue de \$ 464,75 Por Ernesto van der Kooy, Héctor Pezzella, Adolfo Carril, Rubén Ricardo Roldán, Natalia Jorgensen y Martín Langsam.	56
COLUMNA	
La Economía de la Salud, Amparos y Agencias de Evaluación Por el Dr. Floreal López Delgado	60

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.



SONREÍR AUMENTA
LA AUTOESTIMA

LA BUENA SALUD EMPIEZA EN VOS

www.e-galeno.com.ar





ACUDIR: SPONSOR OFICIAL DEL POLO ARGENTINO

PRESENTÓ SU NUEVO PATROCINIO A UNA ACTIVIDAD DEPORTIVA

Bajo el lema "Acudir protege el polo argentino", la institución dedicada a las emergencias médicas reafirma su compromiso con el deporte a través del lanzamiento como sponsor oficial de la Asociación Argentina de Jugadores de Polo. Además, entregó la Copa Acudir al equipo campeón de la etapa Ellerstina en la última fecha del XI Argentina Polo tour otoño 2016 que se disputó el 27 de abril. La organización ya confirmó su presencia en el Abierto de Hurlingham, el torneo más antiguo del mundo y el segundo más importante a nivel mundial.

Resguardar la integridad física de los jugadores es clave para este tipo de eventos de alta exigencia, riesgo y rendimiento. En cada partido, Acudir monta un operativo sanitario en el que distribuye dos unidades de terapia intensiva móvil de forma estratégica en la cancha, para proteger a los jugadores con máxima eficiencia. Una tercera ambulancia se ocupa del bienestar del público.

Para Acudir, la calidad es una actitud y apoya al polo como el principal deporte argentino por excelencia. La organización, de capitales netamente nacionales, promueve la actividad deportiva que representa a los argentinos con calidad a nivel internacional, con la intención de potenciar y promover los valores que construyen el éxito de su quehacer cotidiano.

Acudir participará del XI Polo Tour otoño 2016, circuito de torneos con 4 sedes: el Campo Argentino de Polo (Palermo), La Dolfina, Centauros y Ellerstina. Allí, los mejores polistas que se encuentran en la Argentina buscarán la gloria en estos torneos que fueron creados por Gonzalo Pieres y Adolfo Cambiaso hace once años atrás. ■



Acerca de Acudir: Con 14 años de trayectoria, Acudir es la organización privada dedicada a la medicina de emergencias con la estructura más grande y mayor cobertura en toda la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde alcanza un promedio de mil atenciones diarias.

OSPOCE INAUGURÓ SU CENTRO MÉDICO MONSERRAT, EN QUILMES

El Secretario General de APOC, Hugo Quintana, el presidente de Ospoce, Dr. Enrique Rodríguez y el gerente general de Ospoce, Juan José Marconi estuvieron presentes en la inauguración.

Fiel al estilo de Ospoce, el Centro Médico Monserrat ofrece servicios personalizados de atención en salud, con excelentes médicos en las diferentes especialidades.

Los mejores especialistas en cardiología, clínica médica, dermatología, traumatología, psicología, nutrición, kinesiología, cirugía, ginecología, urología y obstetricia, entre otras especialidades, atenderán en el Centro Médico Monserrat.

Hugo Quintana, secretario general de APOC, sostuvo que "apuntamos a satisfacer no sólo desde la calidad de la cobertura médica y sus alcances, sino también inculcando el concepto de Dimensión Social de Servicios: en donde el acto médico es la parte más importante, pero no la única, que interesa a la persona".

"Entendemos que ocuparnos de la salud no es un negocio. Nuestra convicción es actuar solidariamente ya que cada persona es única y sus problemas exigen una solución diferenciada. Éste ha sido el espíritu que nos ha permitido crecer y el que nos empuja a redoblar esfuerzos", dijo Quintana. ■



NUEVA EDICIÓN DEL FORMULARIO TERAPÉUTICO NACIONAL COMRA



El 1 de abril se presentó en la sede de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) la 12^{da}. Edición del Formulario Terapéutico Nacional COMRA. El FTN, elaborado por la Comisión de Medicamentos de la Confederación Médica, se constituye desde hace más de 35 años como una valiosa herramienta científica para los profesionales de la salud, ya que selecciona los fármacos costo-efectivos del mercado a partir de rigurosas investigaciones.

En el encuentro participaron autoridades gubernamentales, miembros del Consejo Directivo de la Confederación Médica, referentes del ámbito universitario, entidades representativas del sector y destacados profesionales del ámbito de la salud.

El mismo estuvo coordinado por el Dr. Jorge Coronel, Presidente de la Confederación Médica de la República Argentina; el Dr. Julio Obelar, Secretario de Asuntos Universitarios y Científicos de COMRA, y nuevo coordinador de la Comisión de Medicamentos; y el Dr. Héctor Buschiazzi, destacado académico miembro de la Comisión de Medicamentos COMRA y Asesor científico de FEMEBA. En este contexto, el Dr. Héctor Buschiazzi, se refirió a los inicios de la Comisión de Medicamentos de la Confederación Médica y su labor en la elaboración del FTN, y precisó que "el proyecto comenzó como una definición y terminó como un programa que posee tres herramientas indispensables: una lista de medicamentos cuidadosamente seleccionados, el Formulario y las guías terapéuticas".

En su nuevo formato en cd, y próximamente en una aplicación para dispositivos móviles y una edición impresa limitada, busca constituirse en un instrumento que ayude en la toma de decisiones en los distintos niveles, ya que no sólo busca bajar los costos para racionalizar los gastos, sino que trata de desarrollar en el profesional un pensamiento crítico en el momento de realizar la prescripción para lograr un tratamiento adecuado, y evitar los actos reflejos o conductas inducidas por mala información, publicidad abrumadora y/o exceso de nombres comerciales. ■





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.



ÚNICA EMPRESA DEL SECTOR CON AERONAVE PROPIA

Universal Assistance, compañía líder de Asistencia Médica en América latina con más de 35 años de experiencia en el mercado, es la única empresa del sector que posee una aeronave propia Lear Jet 60 capacitada para brindar soluciones aéreas.

La compañía desarrolla y ofrece servicios de transporte aéreo con un alto valor agregado de calidad.

Con capacidad para 2 tripulantes y 7 pasajeros, instrumental médico de última generación y médico a bordo, esta aeronave le permite a Universal Assistance estar preparada para realizar vuelos sanitarios de alta complejidad coordinando el transporte terrestre – aéreo – terrestre y brindando soluciones ágiles frente a casos médicos complejos.

Este servicio distingue a Universal Assistance dentro de la categoría, dejando en claro que se encuentra permanentemente a la vanguardia y buscando medios cada vez más eficaces para brindarle el mejor servicio en viaje a todos sus clientes, convirtiéndose en la compañía más confiable y mejor posicionada del sector. ■



NUEVA DISTINCIÓN AL DR. GUILLERMO CAPUYA

El Doctor Guillermo Capuya, fue distinguido por la SAU, Sociedad Argentina de Urología, fundada en 1923, por su amplia trayectoria periodística al servicio de la salud.

Fue residente de Cirugía General en el Hospital Juan Fernández y de Urología en el Hospital Carlos Durand de la Ciudad de Buenos Aires. Es Especialista en Urología, trabajó en Trasplante Renal (CUCAI), y fue becado por concurso por la Sociedad Argentina de Urología al Detroit Medical Center de la Universidad de Wayne en Michigan (USA) en 2002. Miembro de la Sociedad Argentina de Urología y de la Confederación Americana de Urología.

Entre sus principales actividades en los medios, se destaca como Conductor-columnista de programas de TV y radio de temas médicos (Metro, C5N y Radio 10). Desarrolla también asesorías en la Industria Farmacéutica y de Alimentos. Relaciones Médicas Institucionales Sanatorio Finochietto y Asesor de la Ministra de Salud de la Ciudad - Gobierno de la Ciudad.

Por otra parte, recibió entre otros, el Premio Héctor Bergier en Radio (2009) y en Televisión (2010) otorgado por la Sociedad Argentina de Periodismo Médico y la Asociación Médica Argentina, Premio a la Trayectoria, otorgado por la Sociedad Argentina de Periodismo Médico y la Asociación Médica Argentina en diciembre de 2011, Premio Raíces a la Ciencia 2012 y Trayectoria 2014. También fue distinguido con el Premio Martín Fierro Cable 2012 y 2014 - Temas Médicos TV Intelexis Mujer y Tornado 2015. ■



GALENO LANZÓ SU CAMPAÑA 2016 CON UN MENSAJE OPTIMISTA: "LA BUENA SALUD EMPIEZA EN VOS"



"La buena salud empieza en vos" es la nueva campaña de Galeno creada por Gowland Publicidad. La empresa de salud comienza el año con un mensaje renovado y muy comprometido con la idea de vivir mejor. En cada uno de los spots, "Sonreír", "Besar" y "Jugar" Galeno refuerza el concepto de la campaña con ideas que inspiran a una mejor calidad de vida.

El objetivo de la campaña es transmitir buenas sensaciones, que se transforman en buenas formas de tomar la vida, y éstas a su vez, en efectos positivos en nuestra salud. En ese círculo virtuoso fomentar la idea de vivir mejor, empezando por uno mismo y haciéndole bien al otro; algo primordial en una empresa de salud: que la gente esté y se sienta saludable.

La campaña significa un cambio en Galeno y en su forma de comunicar, que refleja la realidad de la compañía. Con comerciales en blanco y negro y con una excelente calidad de producción que ayudan a transmitir esas ideas y sensaciones, Galeno logró de la mano de Gowland Publicidad una campaña que representa una nueva etapa de la compañía y de su gente.

La campaña tendrá una fuerte presencia en TV, diarios, revistas, shoppings, vía pública, radio y redes sociales. ■

Acerca de Galeno:

GALENO cuenta hoy con 7 Sanatorios de la Trinidad, 7 Centros Médicos propios; más de 30 años de experiencia y trayectoria en todo el país; más 68.000 profesionales médicos de todas las especialidades; más de 6.200 Sanatorios e Instituciones de Diagnóstico y Tratamiento contratados; 8.200 farmacias, más de 100 Sucursales de servicio al cliente en todo el país; Más de 10.000 empleados a su servicio; una Central de Urgencias y Emergencias las 24 horas, los 365 días del año.

ORGULLOSOS de lo que somos



VENTA, DISTRIBUCION Y GERENCIAMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES

Av. Juan de Garay 437 - (C1153ABC) - Bs. As. - Tel/Fax: (011) 5554-7890

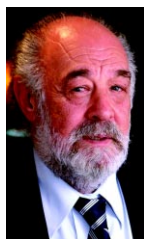
Vtas. (011) 4126-7900 - Scienza Responde: 0810-222-SCIENZA (7243)



ISO 9001 - 2008
BUREAU VERITAS
Certification



www.scienza.com.ar



SALUD Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Hacia una propuesta integradora

Autor: Dr. Ignacio Katz

INTRODUCCIÓN

Todos reconocemos la importancia de la salud de la población, pero pocos advierten la complejidad a la que responde su efectiva gestión. En vez de esfuerzos profundos en construir una sólida y flexible red sanitaria que contemple las dimensiones de asistencia, prevención, investigación, formación, control y monitoreo, se vocifera sobre falencias puntuales. Incluso se pretende hallar la clave en un factor en particular: la pobreza, la legislación, la tecnología, el presupuesto. Pero pretender reducir la complejidad a un factor no es simplificar el problema, sino profundizarlo.

La fragmentación y decadencia del sistema sanitario debe ser afrontada en todos los diversos ámbitos en que se desenvuelve. Para ello es necesario construir un sistema federal integrado de salud sobre la base de un pacto, de una gran negociación colectiva que, con rol protagónico del Estado, articule todos los sectores e intereses del campo sanitario nacional. Esto implica un abordaje complejo, que alcance las dimensiones de estructura, estrategia y cultura, además de la federalización legal y logística, manteniendo siempre el principio de subsidiariedad. La formación y la capacitación médica son asimismo una base innegable, para la cual los hospitales deben recuperar un lugar preponderante.

Los textos aquí recopilados fueron escritos y presentados oralmente entre los años 2007 y 2013.

La decisión de reunirlos en un libro tiene el propósito de considerar sus distintos tópicos como embriones para su análisis crítico, con el fin de comprender las características de quienes actúan dentro de la cosmogonía sanitaria y el contexto en que desarrollan su labor en el ámbito de la salud.

ACERCA DEL AUTOR:

Ignacio Katz es doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña en Medicina Comunitaria como especialista en modelos prestacionales, programas médicos, optimización de recursos y modalidades de contratación.

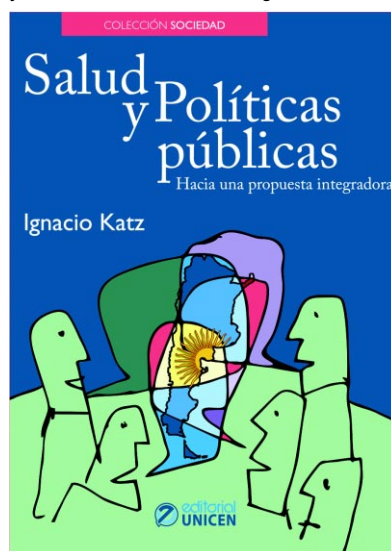
Asimismo, el Dr. Ignacio Katz es Profesor Titular de Introducción a las Políticas Sociales y Sanitarias en la Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones

de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de la Plata (UNLP).

Es miembro del Comité Académico de la Especialización en Gestión de Organizaciones de Salud de la Universidad de la Plata.

Actualmente, es Director de la Especialización en Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN).

Escribió numerosos trabajos sobre medicina y sobre política sanitaria, entre los que se destacan: Salud, crisis y reforma de estado (1991), Replanteo frente a la encrucijada en salud (1997), Al gran pueblo argentino, salud (1999), La fórmula sanitaria (2003), Argentina Hospital. El rostro oscuro de la salud (2004), En busca de la salud perdida (2007) y Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud (2012). Además, publicó decenas de artículos en la prensa periódica, por ejemplo, en las revistas Encrucijadas (UBA) y Médicos - Medicina Global y en los diarios La Nación y Clarín. Durante el año 2008 y hasta junio del 2009, desempeñó la función de Jefe de Asesores de Gabinete del Ministerio de Salud de la Nación. Fue galardonado con el premio "Vocación académica" en mérito a su trayectoria profesional, a propuesta de un jurado conformado por Rectores y Decanos de universidades e institutos terciarios, en el año 2005. □



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



CARRERAS DE POSGRADO

➤ **MAESTRÍA EN
GERONTOLOGÍA CLÍNICA**
CONEAU Resol. N° 123/14 | 18 meses

➤ **MAESTRÍA EN
NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA**
CONEAU Resol. N° 584/09 | 2 años

➤ **ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL**
CONEAU Resol. N° 761/09 | 2 años

➤ **ESPECIALIZACIÓN EN
NUTRICIÓN**
CONEAU Resol. N° 618/08 | 2 años

DIPLOMATURAS Y CURSOS DE POSGRADO A DISTANCIA

- DIPLOMATURA EN LIPIDOLOGÍA CLÍNICA
- CURSO DE POSGRADO UNIVERSITARIO CARDIO – ANATOMIA = “ABC” DEL CORAZÓN
- CURSO VIRTUAL DE FORMACIÓN DE INVESTIGADORES CLÍNICOS
- DIPLOMATURA EN DIDÁCTICA Y PEDAGOGÍA EN ÁREAS DE LA SALUD
- DIPLOMATURA EN CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
- POSGRADO EN MANEJO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN ENFERMERÍA
- CURSO DE POSGRADO EN AUDITORÍA BÁSICA PARA EL EQUIPO DE SALUD
- CURSO DE POSGRADO EN MEDICINA DEL DOLOR
- CURSO TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA DEL DOLOR

DIPLOMATURAS Y CURSOS DE POSGRADO PRESENCIALES

- DIPLOMATURA EN KINESIOLOGÍA ESTÉTICA Y DERMATO FUNCIONAL
- DIPLOMATURA EN TERAPIA MANUAL MÚSCULO ESQUELÉTICA
- CAPACITACIÓN EN ECOGRAFÍA GENERAL Y DOPPLER PARA MÉDICOS GENERALISTAS
- CURSO INTENSIVO DE EMERGENTOLOGIA
- CURSO DE ACTUALIZACION EN IMÁGENES DEL TORAX
- CURSO DE POSGRADO DE CASOS CLINICOS PARADIGMATICOS EN GASTROENTEROLOGIA

>> Informes e inscripción:

Tel./Fax: (011) 4800 0200 int. 242/249
informesba@barcelo.edu.ar



Voces

Comprometidos y dispuestos

Por el Farm. Manuel R. Agotegaray, Presidente de FEFARA

A sí como para algunos el estado de situación del PAMI denunciado por el Dr. Carlos Regazzoni constituyó una total confirmación de sus sospechas, para nosotros el hecho vino a convalidar y potenciar el basamento filosófico sobre el cual constituimos y sustentamos a la Federación Farmacéutica FEFARA.

Frente a dificultades crecientes de los financiadores para encuadrar gastos dentro de los presupuestos disponibles; u ofrecer una cobertura igualitaria en todo el país y/o lograr una atención satisfactoria para sus afiliados en un escenario de limitados recursos, nosotros proponemos la adopción de un esquema de atención basado en estos pilares:

- ✓ Implementación de sistemas de administración y control de prestaciones, procurando el uso racional del medicamento.
- ✓ Optimización de la prestación farmacéutica, brindando servicios de calidad sin incrementar los costos.
- ✓ Acceso generalizado a prestaciones farmacéuticas basadas en criterios científicos, epidemiológicos y de evaluación económica.

Debe entenderse que la adopción de una estrategia como la antes descripta, carece de un sesgo sectorial. Muy por el contrario, resulta respetuosa y comprensiva de los intereses del conjunto de los actores que participan en el proceso, desde la producción hasta el consumo o la disposición final.

Se trata (sin más) de brindar un salto de calidad, evitando estancarnos en improductivas discusiones tales como las que actualmente genera la puesta en práctica de la resolución 439, la cual reduce la cobertura del 100% a un conjunto de 160 moléculas.

A partir del dictado de esta norma, hoy se discute quien se hace cargo del financiamiento (aun considerando Pami que tales productos resultan obsoletos o de poca utilidad), cuando el acento o la preocupación debiera estar centrada en cuidar al afiliado, brindándole la mejor alternativa costo-efectiva.

Y es allí donde toma sentido y relevancia nuestra propuesta: quienes representamos a las farmacias podemos y debemos estar presentes, en directa relación con el Pami, poniendo a disposición del conjunto tanto nuestra capacidad profesional para el asesoramiento y dispensa, como así también los propios

desarrollos informáticos de probada efectividad en la atención de obras sociales provinciales, sindicales y empresas de medicina prepaga.

Alentamos un moderado optimismo respecto al avance en este sentido. En fecha reciente, las cuatro instituciones representativas de las farmacias argentinas (FACAF, COFA, FEFARA y AFMySRA) suscribimos un acta de acuerdo con el Pami (no ocurría algo similar desde 1997) mediante el cual nos proponemos trabajar juntos, formulando planteos y propuestas concretas y totalmente viables, que nos permitan avanzar en este sentido.

Juntos, podemos lograrlo.
Solo necesitamos:

- ✓ Buena disposición y total compromiso de las partes.
- ✓ Información oportuna y fiable.
- ✓ Trabajo a conciencia.

Porque deseamos y necesitamos encontrar una salida beneficiosa para todos y, de manera especial, porque sentimos natural rechazo (y por ello, lo evitamos) a integrar mesas donde se discute el futuro, sin tener cabal conocimiento de los detalles por carecer de la información y preparación imprescindibles. □

14^{tas} Jornadas Federales y 13^{ras} Internacionales
Política, Economía y Gestión de Medicamentos
3^{ras} Jornadas Profesionales Farmacéuticas

FEFARA
AVANZA

Hotel Mercure
Casino Club Santa Rosa
Santa Rosa, La Pampa - Argentina
2 y 3 de Junio de 2016



El desafío de construir valor agregado
en la gestión farmacéutica



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



Prioridades y urgencias en la Salud Pública

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



A través de la actual situación económica que vemos en la agenda política nacional, desde la Asociación de Médicos Municipales venimos trabajando de manera clara y precisa en dos temas que son de vital importancia, uno es el tema paritarias donde somos optimistas en alcanzar un acuerdo que satisfaga las necesidades de los profesionales de la salud, y en otro sentido nos hemos puesto a la cabeza de los reclamos por el tema impositivo.

Al respecto la AMM les reclamó a los diputados de la Nación modificaciones en la ley del Impuesto a las Ganancias, ya que consideramos que el actual sistema vigente desde hace más de tres lustros afecta en forma cuasi confiscatoria a la gran mayoría de la base asociativa representada por esta entidad sindical.

Además, también pedimos que las modificaciones que se tendrían que llevar adelante en la ley de Impuesto a las Ganancias, contemplen la reformulación de las escalas progresivas de ingresos sobre la cual se aplica el impuesto, y la elevación del mínimo no imponible a remuneraciones mensuales, cuyo monto debería meritarse en función de la evolución de precios registrada, y que en todos los supuestos deberían exceder los montos hoy vigentes.

La presentación tuvo como objetivo hacer conocer la inquietud de un sector representativo del trabajo profesional de la Ciudad de Buenos Aires, al que representamos y que involucra a más de diez mil profesionales médicos que por la propia naturaleza de la cualidad universitaria de sus tareas se encuentra afectado en casi su totalidad por el impuesto que se pretende sea modificado, y de esa manera lograr una justa solución a la problemática impositiva planteada, que tendrá efectos positivos sobre un servicio de salud de referencia, proyección y alcance nacional, del cual nuestros afiliados y representados son la piedra angular y sustento principal del sistema.

A este complejo panorama que presenta el impuesto a las ganancias se le suma el incremento inflacionario que golpea directamente sobre la economía diaria de todos los trabajadores de la salud. Sin dejar de lado que estos dos elementos se conjugan y forman un escenario muy delicado donde la negociación paritaria se encuentra en un empantanamiento que demuestra la falta de determinación en las prioridades hospitalarias y en las propias

políticas públicas de salud que debe llevar adelante el Gobierno de la Ciudad de Buenos.

Otro tema importante es el de los nombramientos. Es difícil comprender la falta de acciones expeditivas en una situación tan urgente. No podemos seguir esperando decisiones administrativas que sólo obstaculizan y frenan la verdadera posibilidad de contar con el recurso humano necesario. Es indispensable que los responsables entiendan que esto afecta no sólo a los profesionales que concursaron, sino que impacta directamente en la salud de los pacientes, dado que sin médicos no puede haber salud pública. Esperamos que quede claro que lo que pedimos es orden y agilidad en las decisiones que se toman, y que no se trata de dinero, ya que para eso están las paritarias. También es vital que se implemente una política específica para las especialidades críticas, porque cuando falten neonatólogos, anestesiólogos, terapeutas, obstetras o psiquiatras, habremos llegado tarde a la problemática. Es trascendente hacerlo ahora para poder desarrollar una estrategia coherente con el momento que vive la salud pública.

El desarrollo que se hizo con el SAME, llevándolo a varios puntos del conurbano, y replicando la gran tarea que se realiza en la ciudad, es un hecho que debemos destacar y vamos a seguir colaborando para que la calidad de este servicio se repita en todo el país, porque todos los argentinos merecen recibir una atención médica de primer nivel ante las urgencias. Pero para que eso ocurra es necesario que el SAME cuente con el recurso humano necesario, con los nombramientos que lleguen en tiempo y forma para poder cubrir la enorme tarea que realizan los colegas los 365 días del año y que se vio en los últimos días acentuadas y elogiadas por la tarea cumplida en la campaña contra el dengue y en la tragedia de la fiesta electrónica de Costa Salguero donde fue el sistema de salud que una vez más respondió de manera adecuada.

Por eso entendemos, que ha llegado el momento de que los que están al mando del gobierno entiendan que sin médicos no hay salud pública. Esta Asociación, que el 20 de mayo cumple 80 años de vida, no bajará ninguna de sus banderas, porque así lo marca su historia, llena de luchas y conquistas, siempre defendiendo al médico en pos de una salud pública universal, de calidad y de libre acceso. □



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 DE DIRECCIÓN

www.osdo.com.ar





Trabajando en equipo, sumamos confianza a nuestros Asegurados

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

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



TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

CALIFICACIÓN



Evaluada
Latinoamericana S.A.



COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

LA MEDICINA EN EL CINE

El otro lado de los fármacos en el cine.*

(Cuarta Parte)

Mejoría del rendimiento sexual Alguien tiene que ceder (Nancy Meyers - 2003)



Premios: nominada al Oscar: Mejor actriz (Diane Keaton). Globo de Oro: Mejor actriz de comedia (Diane Keaton).

Síntesis: Harry Sanborn es un soltero mayor que sólo sale con mujeres menores de 30 años. En lo que debió ser un romántico fin de semana con su más reciente capricho, Marin, Harry empieza a sentir síntomas de dolor torácico, por lo que acude a la guardia de un hospital. Allí se le informa que ha sufrido de un infarto y, en el momento de la anamnesis se le pregunta si ha tomado Viagra®, ya que podría producir una interacción con la medicación que se le está administrando lo que podría ser fatal. Ello desencadena la reacción histérica de Sanborn,

ya que sí la ha tomado aunque lo ha negado previamente. (modificado de FILMAFFINITY).

ANÁLISIS CRÍTICO

El principal interés de la película sucede en el minuto 18 durante el ingreso de Sanborn en el hospital por el dolor torácico. Durante la anamnesis, el médico de guardia le pregunta específicamente sobre la ingesta de Viagra® y le advierte de la interacción con la nitroglicerina, tratamiento que le está suministrando por su dolor torácico. Se ha descrito que la administración conjunta de un inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5 (FDE-5), como el sildenafil, con un fármaco del grupo de los nitratos podría dar lugar a una potenciación de los efectos vasodilatadores de ambos fármacos, causando una hipotensión grave que podría acabar en un paro cardíaco ^(2, 3).

Más tarde (min. 22) Harry está confuso posiblemente por la morfina administrada para el dolor torácico, ya que no se han documentado interacciones entre ésta y el sildenafil respecto a la potenciación de la sedación, aunque sí en su efecto nociceptivo ⁽⁴⁾. □

Enlaces:

<http://www.filmaffinity.com/es/film658192.html>
<http://www.imdb.com/title/tt0337741>

Referencias

1. Mateus JA et al: El lado oscuro de los fármacos en el cine. Rev Med Cine 2015; 11(2): 87-96.
2. Webb DJ, Muirhead GJ, Wulff M, Sutton JA, Levi R, Dismore WW. Sildenafil citrate potentiates the hypotensive effects of nitric oxide donor drugs in male patients with stable angina. J Am Coll Cardiol 2000; 36:25-31.
3. Jackson G, Montorsi P, Cheitlin MD. Cardiovascular safety of sildenafil citrate (Viagra®): An updated perspective. Urology 2006; 68:47-60
4. Yon MH, Park KD, Lee HG, Kim WM, An TH, Kim YO, Huang LJ, Hua CJ. Additive antinociception between intrathecal sildenafil and morphine in the rat formalin test. J Korean Med Sci 2008; 23:1033-1038

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

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

Título original: *Something's Gotta Give*.

Título en España: Cuando menos te lo esperas.

País: Estados Unidos.

Año: 2003.

Director: Nancy Meyers.

Música: Hans Zimmer.

Fotografía: Michael Ballhaus.

Montaje: Joe Hutshing.

Guión: Nancy Meyers.

Intérpretes: Jack Nicholson, Diane Keaton, Keanu Reeves, Amanda Peet, Frances McDormand, Jon Favreau, Paul Michael Glaser, Rachel Ticotin, KaDee Strickland, T.J. Thyne.

Color: color.

Duración: 128 minutos.

Género: Romance, Comedia, Comedia romántica.

Productora: Columbia Pictures/ Warner Bros. Pictures.



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



Un fenómeno social demasiado peligroso

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



Las voces se vienen alzando en todo el mundo... se ve aquí en la Argentina, pero el fenómeno es mundial... ha sido denunciado por organizaciones como Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo, Colegios Médicos, Federaciones Médicas y por distintos organismos vinculados a las ciencias médicas, al ejercicio profesional y a las campañas que se llevan a cabo en distintas regiones intentando mejorar la calidad sanitaria de las poblaciones más vulnerables.

Las agresiones al personal médico y/o de enfermería y/o de farmacia y/o de bioquímica y/u otros vinculados a los servicios de salud vienen creciendo de manera dramática, creando un clima de zozobra que nadie atina a abordar ni tampoco a resolver... habilitándose un raro "laissez faire" (dejar hacer, dejar pasar) que abre la puerta a que la violencia tome entidad superlativa... adquiera cuerpo y ocupe un espacio que denigra el acto médico tanto como cualquier otro del campo de los integrantes del equipo de salud.

Curiosamente, este fenómeno es global, afectando a todos los servicios médicos en todo el mundo... hecho que debería provocar un fuerte llamado de atención a las autoridades políticas, pero dado que las mismas están muy ocupadas haciendo nada por nadie, las agresiones crecen en intensidad, la violencia crece de manera desproporcionada, y los daños quedan pendientes para ninguna posteridad, ya que además de no resolverse dejan un tendal de víctimas "profesionales" de las que nadie se hace cargo.

Europa registra en el último año (2015) un crecimiento del 5% en los actos de violencia contra profesionales de la salud... si mediara una pizca de sentido común, alguien debería "ocuparse" por las víctimas... pero estas (víctimas) están obligadas a cargar con el daño moral, por una parte, y con la omisión de los estados ausentes, por la otra, lo cual deriva en un estado de consciencia de la indefensión que pesa a la hora de abrir la puerta de un consultorio, ya que la incertidumbre domina el vínculo en la relación médico-paciente (así como en otros casos de la relación paciente-profesional de la salud) creando una desconfianza que perjudica a los unos y a los otros.

Las agresiones van desde lo verbal hasta la violencia física y las consecuencias van desde simples molestias a la condición de las personas, hasta daños irreversibles que impiden continuar con las tareas profesionales para las cuales cada quien se formó con vocación de servicio... alguien podría pensar que estas agresiones se concentran en los servicios de guardia de hospitales y/o sanatorios, pero la realidad demuestra que no es así, y que la violencia ya ha alcanzado todos los rincones de la salud pública y privada del mundo... a tal punto, que tanto Estados Unidos de Norteamérica como Rusia, se han dado el lujo de bombardear hospitales para luego desconocer sus respectivas responsabilidades tanto en los hechos como en sus consecuencias... lo cual habilita a que la agresión no sea tenida en cuenta y que la violencia forme parte de todos los paisajes a sabiendas que quedará impune... pudiendo incluso levantar la apuesta... repitiendo las acciones y sus daños... total, sólo se trata de vidas humanas, ¿qué más da?

En dicha consideración no debe quedar por fuera el tema que deja en evidencia una clara intencionalidad política mundial para dismantelar la salud pública, favoreciendo que pocos tengan acceso a una salud privada, y muchos queden librados a sus suertes, sin cobertura alguna, o bien protegidos por organizaciones solidarias que intentan suplir lo que los estados no hacen ni tampoco les importa, aunque sí les incumbe.

Hay también violencia cuando los estados ausentes inducen al deterioro edilicio de las estructuras sanitarias... y también hay una violencia peor, generada por y desde esos mismos estados, cuando los profesionales del equipo de salud se ven sometidos a un "burn-out" que los va consumiendo hasta anularlos... viéndose dichos médicos, enfermeros, farmacéuticos, bioquímicos y numerosos etcéteras que hacen a las personas y sus condiciones, a verse impedidos de poder ejercer sus respectivas profesiones por carencia de insumos y de herramientas elementales para el funcionamiento de servicios que deberían estar en la prioridad del gasto público.

Esta violencia instalada y aceptada por los estados políticos, están dando lugar a que las agresiones suban su tono y se hagan habituales... un fenómeno que, de continuar en esta tendencia, dejará instalado un daño social irreversible... ya que quien se cree con derecho a golpear para luego quedar impune, también se cree con derecho a matar a sabiendas que los victimarios siempre son protegidos por la (in)justicia reinante. Indudablemente, esto no le sirve a la medicina, tampoco al paciente, o lo que es lo mismo, a nadie. □

BIBLIOGRAFÍA:

1. El IDIS subraya que las agresiones a los profesionales "comprometen seriamente la atención sanitaria"- Madrid (18/03/2016)
2. La OMC pide apoyo a las Administraciones para evitar las agresiones a médicos - Madrid (17/03/2016)
3. CSIF reclama a las Consejerías de Sanidad que denuncien de oficio las agresiones e insultos al personal sanitario - Madrid (17/03/2016)
4. La defensa de la dignidad profesional y la lucha contra el intrusismo y las agresiones, objetivos del Colegio de Murcia - Murcia (08/03/2016)
5. La codificación de las sentencias por agresiones y la creación de un mapa judicial, objetivos del Observatorio de la OMC en 2016 - Madrid (22/01/2016)

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2016-03-23.
Copyright by Cerasale, 2016. Derechos reservados. Exclusivo para Revista Médicos, Medicina Global.
<http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com> |
CIENCIAS MEDICAS NEWS®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://saludequitativa.blogspot.com> |
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®
Nueve años ▲ 16,5 millones de lectores ▲ 210 mil documentos editados ▲ 600 millones de consultas reales en Google+ ▲ 100 millones de consultas reales en Twitter ▲ 100 millones de consultas reales en Facebook ▲ traducidos a veinte idiomas ▲ 92 países registrados (acceso libre y gratuito).

PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



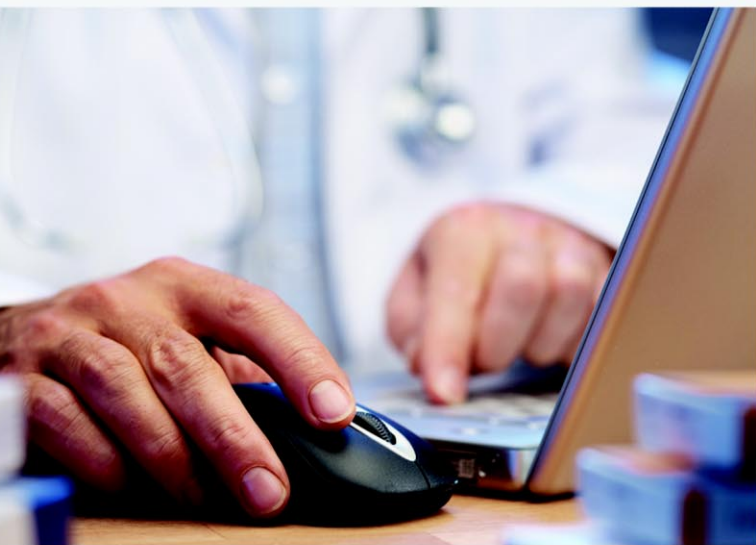
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA

COMO SIEMPRE
PRUDENCIA
Seguros





LIDERES EN CONSULTORIA Y GESTION DE SALUD



SISTEMAS

ASESORIA LEGAL

RECURSOS HUMANOS

CAPACITACION

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

SANATORIO SAN JOSÉ

*Una obra de la Federación
de Círculos Católicos de Obreros*



*"Nuevas realidades
para nuevos
objetivos
con la mística
de siempre"*



II Congreso de Salud de los Trabajadores - 2016

Nueva gestión, desafíos renovados

El II Congreso de Salud de los Trabajadores que tuvo lugar en abril último, fue el marco ideal para que especialistas técnicos, funcionarios de la nueva gestión y dirigentes sindicales reflexionaran sobre las problemáticas que más aquejan a la Seguridad Social y acercaran sus propuestas.



Antonio Caló, José Luis Lingeri, Luis Scervino, Jorge Lemus, Sergio Cassinotti y Carlos Regazzoni en el acto de apertura.

El Salón Blanco de Parque Norte colmó su capacidad el pasado 7 de abril, cuando dirigentes y profesionales del sector de la salud se reunieron a debatir sobre el presente y el panorama futuro de la salud en nuestro país. Bajo el lema “Gestión y Financiamiento: el Desafío para la Salud de los Argentinos”, el Segundo Congreso de Salud de los Trabajadores, organizado por el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social (IISSS), contó con la participación de destacados representantes tanto de la nueva gestión de gobierno como de la Seguridad Social, que reflexionaron sobre las disyuntivas que surgen ante la falta de financiamiento, como así también sobre el PMO y sobre los recursos retenidos en el Fondo Solidario.

El encuentro quedó inaugurado con las palabras del Presidente del

Congreso, Doctor Alfredo Stern, y con las reflexiones del Ministro de Salud de la Nación, Doctor Jorge Lemus. Stern desarrolló su exposición bajo una premisa clave: “Entender la salud como un derecho humano y una de las obligaciones de nuestro sector”. Lemus, por su parte, dejó en claro que “necesitamos políticas de diálogo entre los tres subsectores”.

Más tarde, tuvo lugar un panel que pensó la Salud como Política de Estado: expusieron el Licenciado Sergio Cassinotti, de COSPRA, el Doctor Carlos Regazzoni, Titular del Pami, y el Superintendente de Servicios de Salud, Doctor Luis Scervino. Cassinotti presentó los resultados de las investigaciones realizadas por el Observatorio de la Seguridad Social Provincial. Regazzoni, por su parte, presentó los desafíos que encara su gestión, mientras

que Scervino enfatizó la importancia de que la S.S. Salud haga hincapié en la coordinación y asistencia del sector de la Seguridad Social.

La mirada desde las obras sociales estuvo, por supuesto, presente. Así, en la mesa dedicada a la perspectiva sindical, se dieron cita Carlos West Ocampo, de Obra Social del Personal de Sanidad (OSPSA), Andrés Rodríguez, de Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), Armando Cavalieri, del Sindicato de Empleados de Comercio (SEC), y José Luis Lingeri, secretario General del Sindicato de Obras Sanitarias, como coordinador. Todos coincidieron en señalar la necesidad de generar criterios racionales para la nómina de prestaciones y enfatizaron que la libre opción sigue todavía desequilibrando el sistema solidario. Hicieron énfasis asimismo en que los recursos retenidos en el Fondo So-

lidario deben retornar al sistema.

No faltó tampoco la visión de los técnicos: como representantes del IISSS, el Doctor Gabriel Lebersztein, Secretario Científico del Instituto, el Doctor Benjamín Surace, su Presidente, y el Contador Jorge Pellegrini, Secretario Administrativo, sumaron al Congreso un valioso enfoque analítico.

GESTIONAR PARA LA SALUD

Luego de presentar al IISSS, que surgió hace tres años con el objetivo de investigar, capacitar y lograr la mejora permanente del sistema sanitario, Alfredo Stern, Presidente del Congreso, fue el primero en tomar la palabra y se refirió a la presencia pública de la salud, que muy pocas veces llega a los titulares de los diarios. “Tal vez no comunicamos adecuadamente; deberíamos ser más contundentes”, sugirió. Llegó luego al núcleo de su exposición: “Entendemos la salud como un derecho humano y como una obligación de nuestro sector”. Por eso, postuló un compromiso con la salud: “La pobreza cero es muy difícil de lograr sin salud y educación”. “Si lo que tenemos que hacer es reconstruir el país, vamos a necesitar trabajadores sanos”.

Stern enfatizó la necesidad de recuperar el subsector de la Seguridad Social, un sector que atiende al 40% de la población y que funciona “con muchas falencias e inequidades”. “La inequidad no está en el acceso a la atención primaria, sino en el acceso a la tecnología en aten-



Dr. Alfredo Stern, presidente del Congreso.

ción y gestión: aquí nuestro desafío”, señaló. Otro de los problemas que enfrenta el sector es el de la falta de financiamiento: “Sin financiamiento adecuado es difícil que sigamos desarrollando el sistema y que podamos actualizarnos”. Por eso, Stern dejó planteado un compromiso central para toda la Seguridad Social: “Trabajar para una gestión transparente y eficiente y lograr un sistema de salud equitativo, justo, sustentable y en beneficio del pueblo”.

“Necesitamos bajar la segmentación del sistema de salud, sumar vasos comunicantes y políticas de diálogo entre los tres subsectores;

el Estado va a ser el seguro de los que no tienen otro seguro y esto va a propiciar los lazos”. Así se expresó el Ministro Jorge Lemus en el inicio de su presentación. Lograr un mejor financiamiento, la gestión, la evaluación de tecnologías, las técnicas de información y la atención primaria de la salud, adelantó el Ministro, serán políticas de Estado. Lemus señaló que hay un atraso en materia de gestión clínica y en procesos de resolución: “Tenemos que incluir gestión en el sector, lo que resultaría en mejoras en salud”. Para resolver las disyuntivas de la financiación es que la gestión se vuelve crucial: “Tenemos que ser más eficientes: que el 2% del presupuesto nacional que se destina a salud sea excelentemente usado”.

Uno de los puntos en que se enfocará la nueva conducción de Salud será la evaluación de tecnologías. Se trata de un punto clave “ya que complementará la acción de ANMAT y ayudará a solucionar el tema de la judicialización”. Lemus señaló que ya hay un proyecto de ley para la creación de una agencia de evaluación de tecnologías. Hacia el final, el Ministro remarcó que “la atención primaria de la salud es un derecho y sigue siendo nuestro norte”.

SALUD COMO POLÍTICA DE ESTADO

Un marco de regulación

El representante de COSPRA, Cassinotti, expuso los resultados arrojados por el Observatorio de la Seguridad Social Provincial. “Se tra-



Una numerosa concurrencia se dio cita en el Salón Blanco de Parque Norte.



Lic. Sergio Cassinotti



Dr. Carlos Regazzoni



Dr. Luis Scervino

ta de una herramienta para la gestión, enfocada a igualar las disparidades entre los prestadores". En los últimos cinco años, el Observatorio generó una plataforma interactiva para reunir datos valiosos sobre los 7 millones doscientos mil beneficiarios de las obras sociales provinciales: datos estadísticos como también información sobre precios que sirvan de referencia.

A través de lo recolectado por el Observatorio, se observa que una de las problemáticas más marcadas es, según expuso Cassinotti, la falta de un marco regulatorio que defina mejor las prestaciones que deben cubrir las obras sociales provinciales, para evitar así la judicialización creciente. "Es necesario tener en claro las reglas del juego y trabajar en conjunto para no desperdiciar los recursos destinados a las necesidades que todos compartimos", afirmó. En este sentido, se hace crucial "tener un sistema de salud flexible, que preste atenciones de manera justa y que incorpore una regulación respetando las diferencias geográficas".

Aumentar la accesibilidad

Desde la conducción del Pami, Regazzoni abrió su presentación advirtiendo que "es claro que hay cuestiones que el sistema no puede seguir financiando; en esta línea estamos trabajando". A nivel macro, señaló, se constata que la pobreza crece en todo el mundo y que eso constituye un verdadero desafío para los sistemas de salud. "Tenemos que corregir las inequidades y un sistema solidario es la mejor herramienta; no se puede abolir la pobreza sin abordar los problemas de salud". Por eso, afirmó, la gestión del Pami se enfocará en invertir en salud para promover el desarrollo.

Los desafíos que se encaran son múltiples. Uno, de carácter financiero: en este sentido, señaló Rega-

zzoni, es central priorizar: "Lo haremos con criterio técnico-científico y social porque no podemos usar los recursos de la salud para financiar negocios". El problema del padrón constituye otro frente de desafíos puesto que uno de cada tres beneficiarios del Pami nunca utiliza el sistema: "Tenemos que aumentar la accesibilidad y desarrollar políticas sanitarias focalizadas en los grupos que más lo necesitan", para lo que es crucial identificar a la población puntual y "trabajar con ellos desde lo clínico y lo social". También es importante invertir en sistemas de información y "generar inteligencia sobre nuestros datos". Hacia el final, Regazzoni puntualizó la relevancia de un enfoque de integración social para los beneficiarios del Pami. "Vamos a dialogar y a darles a los jubilados la mejor Obra Social".

Nuevos desafíos para la Superintendencia

El Superintendente de Servicios de Salud, Luis Scervino, comenzó señalando que hay que cambiar el paradigma que rige la S.S.Salud: "Además de controlar, debe asistir y coordinar al sector de la Seguridad Social; estamos abocados a esto". Entre los desafíos de la gestión entrante, Scervino puntuó las mejoras en el acceso a la información acumulada por la S.S.Salud, la puesta en marcha de una nueva página web en donde toda esa información sobre los reintegros esté disponible, la incorporación de la firma digital y el desarrollo del observatorio de precios, que facilitará además la publicación de precios de referencia de prestaciones y productos de alta complejidad. Asimismo, se trabajará en un registro de amparos y en la revisión del PMO: "Lleva años sin revisión crítica. ISALUD y IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria) se

van a hacer cargo de realizar una revisión, que estará lista en diciembre", anunció Scervino.

La nueva gestión, adelantó, también repensará el modelo de financiamiento desde el Fondo Solidario. Sólo en 2015, el Fondo recaudó más de 16 millones de pesos, del cual sólo el 49% fue redistribuido automáticamente. El 16% de ese monto está todavía retenido: "Se trata de un gran incumplimiento de la ley, porque se trata de recursos de los trabajadores; estamos bastante avanzados en el trabajo para recuperar esos fondos", expresó Scervino. Para resolver el tema, el Superintendente propone volver al régimen pleno de las leyes 23.660 y 23.661 y que se derogue el decreto 507 de 1993, que "por un artificio técnico incorporó los recursos naturales del sector al presupuesto nacional". Será importante también, añadió, replantear el financiamiento de las prestaciones por discapacidad y que los pagos se realicen directamente desde el Fondo Solidario, como estipula la ley. "Tenemos muy buen diálogo con el Ministerio y con la Jefatura de Gabinete y hoy la recuperación de los recursos del Fondo es una realidad; en los próximos meses recuperaremos lo retenido en 2015", afirmó el Superintendente.

LA PERSPECTIVA SINDICAL

El coordinador del panel, Lingeri, abrió la mesa señalando que el de la Seguridad Social "es un sistema de salud inédito en el mundo; nadie duda que hemos cumplido con eficiencia en ocuparnos de la salud de los trabajadores". El tema del financiamiento, sin embargo, se presenta como un peligro creciente: "Estamos conversando con el gobierno nacional para la creación de un fondo para los servicios de discapacidad", señaló. Remarcó también la necesidad de que lo retenido en el Fondo "vuelva a las manos de los trabajadores".

Andrés Rodríguez, por su parte, enfatizó la concepción amplia que, desde los sindicatos, se esboza acerca de la salud de los trabajadores: "Buscamos dignificar al trabajador con acción social, salud, turismo, cultura", definió. "El principal elemento del sistema es la solidaridad y fue atacada muchas veces: la desregulación alteró el equilibrio solidario del sistema". Por eso, Rodríguez sugirió que se necesitan reglas



Andrés Rodríguez, Armando Cavallieri, José Luis Lingeri, Carlos West Ocampo, y Antonio Caló participaron del panel dedicado a la perspectiva sindical, junto a Alfredo Stern, Presidente del Congreso.

de juego más claras para que la desregulación no provoque distorsiones. “También nos proponemos encontrar respuestas coordinadas entre las propias Obras Sociales”, agregó: “que la tecnología se use para todos, aunque esté en manos de algunos”.

Cavallieri subrayó la relevancia histórica de la Seguridad Social: “En la Argentina, gracias a las obras sociales y al peronismo, la salud está al alcance de todos”. El problema, coincidió, es la falta de financiamiento: “Las obras sociales no tienen ningún subsidio; hay que buscar nuevos recursos; queremos más derechos y más coberturas, pero no podemos asumir nuevos desafíos sin financiamiento”.

West Ocampo postuló los puntos clave para imaginar la Seguridad Social del futuro. “Esto no se sostuvo por decisión de ningún gobierno, sino por los trabajadores y los sindicalistas”. La libre elección, enfatizó, “fue destructiva para el sector y hubo también complicidades que, desde nuestro lado, permitieron la ruptura de la solidaridad”. En el horizonte de los próximos veinte años, los desafíos estarán encarados, según West Ocampo, en la incorporación de nuevas tecnologías y en los esfuerzos para financiarla.

UNA MIRADA TÉCNICA

Con enfoque estadístico, los representantes del IISSS se ocuparon de pasar revista a tres de las cuestiones que más preocupan al sector. Surace, Presidente del Instituto, abordó la opción de cambio y dejó en claro que dejó un saldo negativo: la inequidad. “De los 7.800 millones que entran por mes al sistema, 3.000 se van al sector privado”. Surace propuso tres cambios conceptuales y de legislación: “El primer año el trabajador debería permanecer en la obra social de origen; si luego se va, debería dejar parte de su aporte en el sistema a través del Fondo Solidario; además, la obra social receptora no debería superar el 20% del padrón de su actividad; y, por último, los trasposos deberían realizarse solamente dos veces por año”. En cuanto al programa SUR, Surace se detuvo en el colapso burocrático y estableció que se debería “evaluar a pacientes empadronados por patología y controlar pacientes, no papeles”. “Estamos convencidos de que la actual gestión de la S.S. Salud tiene voluntad y

capacidad para generar estos cambios”, concluyó.

Lebersztein se refirió al desactualizado PMO: “Es antiguo; tiene que ser actualizado permanentemente y debe ser obligatorio para todos los sistemas de la Nación”. Además, afirmó que tiene que incluir la evaluación fármaco-económica y mediciones del impacto en el presupuesto asignado. “Las coberturas tienen que tener relación con la capacidad de pago y el financiamiento debe estar asegurado”, señaló. “Es imposible encarar las necesidades de cobertura con tan poco financiamiento: actualizar el PMO significa actualizar el mecanismo de financiamiento de la Seguridad Social”, afirmó. En cuanto a los copagos, el doctor señaló que “hasta que no se reemplacen por otros mecanismos, hay que actualizarlos”.

De analizar la situación del problemático Fondo Solidario de Redistribución y Aportes se ocupó Pellegrini. “El sistema tiene un promedio de \$ 635 de aportes por beneficiario para atender a 3 millones de personas”, especificó: se trata de un problema que se agrava especialmente por los aportes mínimos de monotributistas y empleadas domésticas. “Estamos en equilibrio inestable; nuestro trabajo es sostener el sistema: esto requiere trabajo conjunto; con el esfuerzo de todos vamos a sostener el sistema de forma solidaria”, concluyó.

UN CONGRESO, TODAS LAS PERSPECTIVAS

El II Congreso de Salud de los Trabajadores también contó con la participación de importantes especialistas extranjeros, que presentaron las agencias de evaluación de tecnologías de sus países: el Doctor Jaime Caro, por el modelo alemán, el Doctor Iñaki Gutiérrez, por el modelo vasco, y el Doctor Nick Freeman, por el modelo inglés. Con un panel sobre gestión sanitaria, a cargo del especialista español Vicente Ortún Rubio, y con una mesa sobre gestión de apoyo financiero, el Congreso aportó una visión completa y a la vez amplia sobre el sector, que sirvió para adelantar el futuro de la Seguridad Social. El doctor Stern, quien estuvo a cargo del cierre del Congreso, lo dejó en claro en sus palabras finales: “Se ha sintetizado la visión de la Seguridad Social, el más eficiente de los sistemas de salud del país”. □



Dr. Benjamín Surace



Dr. Gabriel Lebersztein

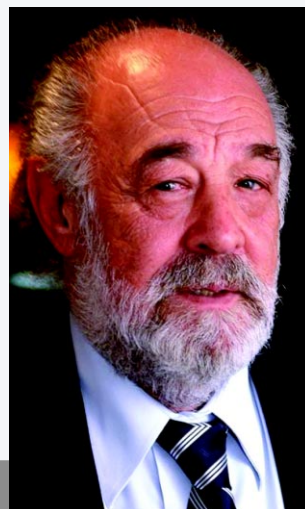


Cdor. Jorge Pellegrini

Un genuino sendero

“Hay dos tipos de inteligencia: la lista y la tonta. La lista sirve para comprender, prevenir y remediar; la tonta, para deplorar lo que se entiende a medias y dar falsas alarmas”
Albert Camus

Por el Dr. Ignacio Katz



Para alcanzar la meta de producir salud y consumir atención médica de calidad para todos, hay que recorrer un genuino sendero atravesando distintas postas. La primera de todas debe ser un real acuerdo entre todos los sectores del campo sanitario, un verdadero pacto entre sus múltiples actores, una negociación entre sus diversos intereses. No un mero diálogo ni un vacío consenso de buenas intenciones. Un acuerdo sobre cuestiones concretas, cediendo posiciones e intereses, comprometiendo deberes y acciones.

Todo lo cual, desde luego, sólo puede ser articulado desde el Estado Nacional, con participación de los gobiernos locales, las universidades, los colegios médicos, los sanatorios, las prepagas, las obras sociales, los laboratorios, y también otros actores que sin ser específicamente del área de la salud, contribuyen a ella (o deberían hacerlo). El producto del Acuerdo debe ser la construcción de un verdadero Sistema Federal Integrado de Salud, el cual implica varias postas más en el camino hacia la meta final.

Para ello debemos recordar que si bien somos libres para discriminar entre distintos caminos, no nos rige una libertad incondicional. El hombre se encuentra siempre en una situación determinada y puede elegir –debe elegir– a partir de una correcta evaluación de esa situación que lo determina. Sólo existe la libre elección de aquello por lo cual el hombre es responsable, y la dilución de responsabilidad, por ignorancia o por cobardía, conduce a la decadencia. Es justamente el componente de responsabilidad el que permite distinguir que si se hace algo no es “a causa de” sino “para”. Desplazarnos desde la supuesta fatalidad de las causas a la dirección intencional de los nuevos objetivos es el primer paso para transformar nuestra situación sanitaria.

El debate sobre qué modelo sanitario queremos –y necesitamos– siempre termina centrándose en cuestiones relacionadas con el déficit presupuestario, y de allí se desencadena un tramado de réplicas y contrarréplicas. Cuando en verdad economistas como el premio Nobel Joseph Stiglitz advierten que en el campo médico, el eje no pasa por límites en el déficit monetario, sino por recurrir a la lógica racional sostenida por el conocimiento científico y por el aporte de la técnica informática.

En rigor de verdad, el recurso prioritario a ejercer es la *racionalidad* en la totalidad de la cosmogonía prestacional, secundada por la “caja de herramientas” con la que cuenta la gestión, a partir de un *observatorio de salud* en el que claramente se diferencien los *indicadores teóricos* –es decir, aquellos que exteriorizan los problemas a resolver– de los *indicadores críticos* –que señalan las alteraciones a evitar por perturbaciones u omisiones en el despliegue de conductas saludables. Es a través de este replanteo que puede tenderse a una nueva configuración sanitaria más racional y equitativa, capaz de afrontar los retos actuales y futuros de la salud de los habitantes de nuestro país.

Vale a este respecto traer a colación la distinción que realiza Jon Elster entre *razón* y *racionalidad*. Distinción, sin embargo, que no significa oposición. La razón responde al bien común, es objetiva, mientras que la racionalidad corresponde a un entendimiento subjetivo de la acción individual, que puede o no oponerse a la razón. Para aclarar con un ejemplo, desde la razón uno puede sostener, por caso, que el voto de todos los ciudadanos es la expresión de la soberanía popular y el pilar de la democracia, mientras que desde la racionalidad la misma persona puede considerar que su voto individual no tiene virtualmente peso alguno en el resultado final de los comicios y por tanto abstenerse de votar.

Ciertamente, la suma de racionalidades parciales no hace necesariamente a una razón colectiva, sobre todo en la medida en que se privilegien intereses particulares. En contra del liberalismo más burdamente utilitario, “no pensar más que en sí mismo y en el presente” no conduce a un mercado armónico. Hace falta considerar a los otros y al futuro, y por ello hace falta coordinar las racionalidades parciales (algo así sería el acuerdo sanitario), pero también es necesario aplicar un criterio de racionalidad en el propio funcionamiento del sistema integrado de salud.

Al mismo tiempo, esta racionalidad, esta organización del propio sistema no debe relegar su razón de ser, la salud. De lo que se trata es de volver a colocar en el centro a la persona, en tanto ciudadano, con los derechos que le corresponden, como el tan meneado “derecho a la salud”. Sin el ser humano como eje,

ningún sistema sanitario tiene finalidad, coherencia ni viabilidad.

La gestión del sistema, con todas sus complejidades (logísticas, financieras, informáticas, políticas, etc.), no debería relegar el aspecto de oficio médico, así como la aplicación rigurosa, racional y reflexiva de la tecnología no debería opacar el aspecto artesanal de dicho oficio. Que la burocracia y la tecnología no asfixien el aspecto humano, la relación central de la atención médica. No transformar al paciente en un cliente, ni al médico en un autómata, o en un mero técnico. No fraccionar al paciente en un conjunto de órganos y patologías, ni al saber médico en un plexo de especialidades y estudios.

Del viejo médico de cabecera al actual especialista o técnico, cambian los métodos, la amplitud del servicio y rendimiento. Quizá sea en la medicina donde el avance tecnológico, aplicada de manera ciega, irreflexiva y hasta irracional, más haya trastocado la relación entre las personas. El médico depende cada vez más de la maquinaria moderna, sin la cual se sentiría inerte. Igualmente inerte se ve el paciente, reducido a la constante espera de un diagnóstico y de indicaciones producto de un resultado externo y no de un vínculo humano del que forma parte.

Como decía Erich Fromm, "producimos máquinas que son como hombres y hombres que son como máquinas". La contracara del conocimiento científico parece ser la reducción de la comprensión de los hombres. La ciencia implica conocimiento, mientras que el arte involucra reflexión, experiencia, exploración. El médico debería acercarse menos a la figura del especialista que a la del *baqueano*. Alguien que tiene conocimientos teóricos específicos sobre áreas específicas, pero además tiene un saber práctico, fruto de la experiencia (la propia acumulada y la transmitida por sus maestros) que lo habilitan a una mirada amplia sobre múltiples aspectos que afectan la salud de sus pacientes.

El camino hacia la meta de *salud de calidad para todos* es sin dudas complejo e intrincado. Pero una cosa es segura, el recorrido del sendero será genuino si se mantiene siempre presente el sentido, o la razón, que nos impulsa a emprender el viaje: la dignidad de la vida humana.

Y este permanente diálogo de debate, reflexión y propuesta, hoy nos lleva a celebrar un nuevo aniversario de la *Revista Médicos*, que desde hace 18 años nos invita a participar en esta verdadera tribuna pluralista. □

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

Carreras de Especialización

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

Cursos de Posgrado

- Insuficiencia Cardíaca Avanzada
- Nuevas Técnicas y Procedimientos para el registro de Presión Arterial
- Electrofisiología Cardíaca Diagnóstica y Terapéutica
- Glaucoma
- Fitofármacos y Productos Herbarios
- Emergentología y Trauma
- Diabetes y Metabolismo
- Lípidos y Síndrome Metabólico
- Oncología Farmacológica
- Cáncer Heredo Familiar
- Autismo y Síndrome de Asperger
- Psiquiatría Forense
- Políticas en el campo de las Adicciones
- Criminología Criminalística y Medicina Forense
- Gerenciamiento Estratégico de Empresas de la Salud
- Auditoria Medica
- Alta Gestión de Calidad en Servicios de Salud
- Salud Pública
- Comunicación en Salud y Media Training
- Gerencia de los Servicios de Enfermería
- Cirugía General
- Actualización en Otorrinolaringología
- Transplantología
- Cirugía de Hombro y Codo
- Microcirugía
- Cirugía Bariátrica-Tratamiento de la Obesidad
- Cirugía Laparoscópica Básica y Avanzada
- Cirugía Reconstructiva con colgajos
- Perfeccionamiento en Cirugía estética mamaria
- Ortodoncia, Articulación Temporomandibular y Cirugía Ortognática
- Odontología para el Técnico Radiólogo
- Odontología Legal
- Interpretación de Imágenes Odontológicas
- Asistentes Dentales para Implantología Oral
- Cirugía y prótesis Implantoasistida

www.uca.edu.ar/medicas

Av. Alicia Moreau de Justo 1600 PB
csmedicas@uca.edu.ar · 4349-0419/0420

Poblaciones vulnerables u Obras Sociales vulnerables



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

El Sistema Nacional del Seguro de Salud atiende a una población que asciende a más de veinte millones (20.000.000) de personas. Ese número se va acrecentando con el correr del tiempo. El cuadro que se acompaña incluye la información oficial emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud en su página web para el mes de abril del corriente año 2016.

Como puede apreciarse las poblaciones más numerosas de acuerdo a esta descripción la componen los trabajadores en relación de dependencia y los jubilados y pensionados que se encuentran en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Pami), ambos con sus grupos familiares incluidos.

Pero allí se ven también otros grupos que no representan porcen-

tajes importantes sobre ese total, pero que se conocen como "poblaciones vulnerables". En este grupo podemos considerar a los pequeños contribuyentes (monotributistas), a los jubilados que han optado por salir del Pami, al personal doméstico y a los beneficiarios del seguro de desempleo.

En el cuadro que sigue, se pueden ver las incidencias porcentuales de cada uno de ellos sobre el total de la población cubierta y podemos concluir -rápidamente- que no se trata de un grupo ni numeroso ni considerable.

Así, los monotributistas -junto con los monotributistas sociales- no superan el cinco por ciento (5) del total, los jubilados que han optado por continuar en sus obras sociales representan casi el dos por ciento (2%) de los veinte millones, mientras que los beneficiarios del seguro de desempleo ascienden a un poco menos del uno y medio por ciento (1,5). Finalmente, los incluidos en el régimen de servicio doméstico no llegan al uno por ciento (1%) del total.

Podemos entonces concluir que la sumatoria de todas estas poblaciones descriptas precedentemente no alcanza a sumar el diez por ciento (10%) del total de los usuarios cubiertos por las Obras Sociales Nacionales.

Ahora bien, esta exigua representación porcentual del padrón no se condice con los datos que las entidades tienen respecto del consumo que generan dichas poblaciones, ni con los recursos con que cuentan para brindar las prestaciones médico asistenciales.

Respecto de los fondos generados por cada una de estas poblaciones para la cobertura, el cuadro siguiente señala cuál es el ingreso de cada uno de los componentes descriptos que perciben las obras sociales, a veces a cargo de los propios usuarios (monotributo) otras a cargo de terceros (el Pami en el caso de los jubilados).

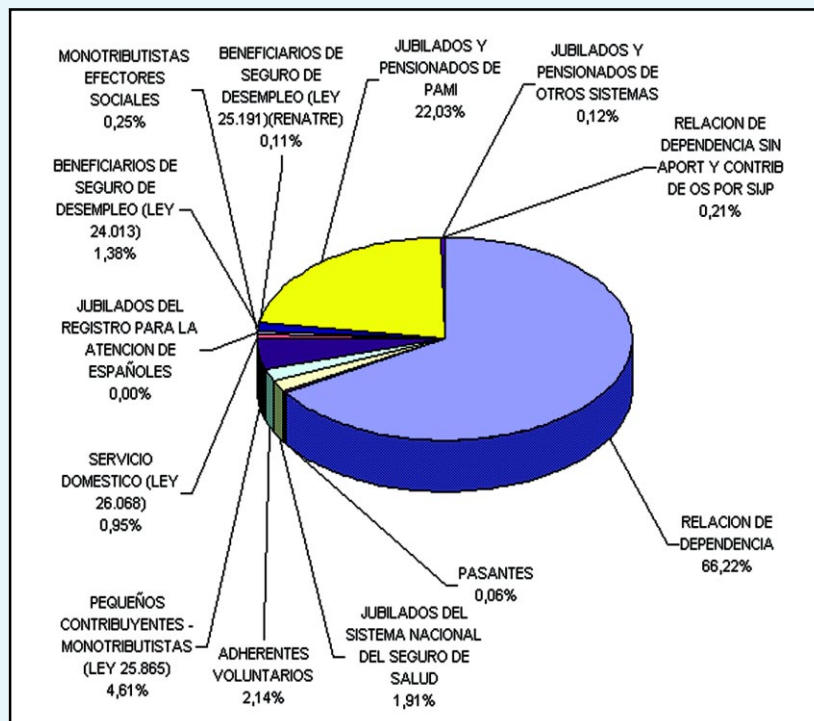
TIPO DE BENEFICIARIO	CANTIDAD TOTAL
RELACION DE DEPENDENCIA	12,507,461
PASANTES	6,787
JUBILADOS DEL SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD	347,200
ADHERENTES VOLUNTARIOS	249,412
PEQUEÑOS CONTRIBUYENTES - MONOTRIBUTISTAS (LEY 25.865)	1,182,354
SERVICIO DOMESTICO (LEY 26.068)	290,601
JUBILADOS DEL REGISTRO PARA LA ATENCION DE ESPAÑOLES	0
MONOTRIBUTISTAS EFECTORES SOCIALES	394,971
BENEFICIARIOS DE SEGURO DE DESEMPLEO (LEY 24.013)	135,626
BENEFICIARIOS DE SEGURO DE DESEMPLEO (LEY 25.191)(RENATRE)	39,451
JUBILADOS Y PENSIONADOS DE PAMI	4,894,416
JUBILADOS Y PENSIONADOS DE OTROS SISTEMAS	25,997
RELACION DE DEPENDENCIA SIN APORT Y CONTRIB DE OS POR SIJIP	102,383
Total	20,176,659

Vemos entonces que todos estos grupos generan recursos muy por debajo de la media establecida en el Sistema para los trabajadores activos. Es decir, las obras sociales que atienden a estas “poblaciones vulnerables” perciben importes que no alcanzan para brindar las prestaciones médico asistenciales contenidas en el Programa Médico Obligatorio y las leyes especiales.

Hay distintos trabajos efectuados por reconocidos profesionales en la materia que acreditan que ha existido una transferencia de recursos de los aportes y contribuciones de los activos hacia estos grupos. Como ejemplo, basta considerar que la cápita que transfiere el Instituto hacia las obras sociales que atienden jubilados es de \$ 192, para otorgar el Programa Médico Obligatorio.

Entonces, cabe la pregunta si se trata de poblaciones vulnerables o de obras sociales vulnerables refiriéndonos a aquellas que atienden a estas poblaciones con gran demanda prestacional y muy bajos recursos.

Consideramos que hace falta una modificación (léase actualización) de los valores capitados correspondientes a cada uno de estos grupos. En este sentido, la propuesta desde el punto de vista económico podría fijarse en aquellos valores mínimos que el Sistema establece para los trabajadores activos. En este sentido, la resolución 28/2016 de la Administración Nacional de la Seguridad Social dictada este año, establece la base mínima imponible



para el cálculo de los aportes y contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia y a ellos debieran llevarse las cápitales y cuotas que abonan estos grupos.

Si esto no ocurre, o se busca otro mecanismo de actualización los vulnerables no serán esos colectivos sino las obras sociales. □

POBLACION INVOLUCRADA	INGRESO
MONOTRIBUTISTAS	419
PERSONAL DOMESTICO	419
DESEMPLEO	57 / 67
JUBILADOS	192



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

La salud desde el enfoque de riesgo

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.



De las 300.000 muertes que aproximadamente ocurren cada año en nuestro país, más de la mitad son causadas por enfermedades cardiovasculares y cánceres. La enfermedad cerebrovascular produce una pérdida de un poco más de 66.000 años de vida entre las mujeres y 32.000 años que deben ser vividos con discapacidad entre los hombres, el infarto produce cada año una pérdida de más de 88.000 años de vida entre los hombres y la diabetes produce 26.000 años de discapacidad entre las mujeres.

Ahora bien, un grupo reducido de factores de riesgo impactan en muchísimas enfermedades no transmisibles. En nuestro país la dieta inadecuada, la inactividad física y el tabaco generan el 75% de las enfermedades cardiovasculares. Sólo el tabaco produce 40.000 muertes por año. El sobrepeso explica el 58% de la diabetes, el 21% de la enfermedad coronaria y entre el 8 al 42% de diferentes cánceres. La ingesta inadecuada de frutas y verduras interviene en el 19% de los cánceres de tubo digestivo, en el 31% de las enfermedades coronarias y en el 11% de los accidentes cerebrovasculares. La hipertensión arterial explica 52.000 muertes cada año, y el 62% de los accidentes cerebrovasculares y está presente en el 42% de las enfermedades coronarias.

LA PERSPECTIVA DESDE LOS FACTORES DE RIESGO

El término "riesgo" implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. El riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo.

Un factor de riesgo es entonces cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (Pita Fernández et al., 1997: 75-78).

El término "factor de riesgo" fue utilizado por primera vez por el investigador de enfermedades cardíacas, el Dr. Thomas R. Dawber en un estudio publicado en 1961

(Estudio Framingham) donde atribuyó a la cardiopatía isquémica determinadas situaciones como son la presión arterial, el colesterol o el hábito tabáquico. Este término luego fue extendido al resto de las patologías.

En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

Utilizar un enfoque de riesgo tiene diversas ventajas. Entre otras sirve para predecir: se utiliza este enfoque para detectar la futura presencia de una enfermedad ya que la presencia de un factor de riesgo significa una mayor posibilidad de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. También sirve para establecer causalidad: Si bien la presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal de determinada enfermedad, existe evidencia en muchas enfermedades sobre la presencia de determinados factores de riesgo con la aparición de determinadas enfermedades. El estudio epidemiológico que mejor identifica un factor de riesgo es un estudio prospectivo como el estudio de cohortes. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo expuesto en relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo, sin embargo, esta asociación puede ser debida a terceras variables o asociaciones de varias de ellas.

Otras utilidades del enfoque de riesgo son sus cualidades diagnósticas y preventivas: la presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad y este conocimiento puede ser utilizado en el proceso diagnóstico. En este mismo sentido si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria. Así por ejemplo se relacionan la obesidad y la hipertensión, la hipercolesterolemia y la enfermedad coronaria, el tabaco y el cáncer de pulmón.

Hay diferentes maneras de cuantificar el riesgo. El Riesgo Absoluto mide la incidencia del daño en la población total y el Riesgo Relativo compara la frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen.

LOS FACTORES DE RIESGO EN LA ARGENTINA

El marco hoy no es alentador: el 50% de los argentinos tiene sobrepeso, entre el 34 y 40% fuma, alrededor de un 30% es hipertenso y otro tanto tiene el colesterol alto. De continuar con esta tendencia se espera que en los próximos años aumente la cantidad de personas con diabetes y aumenten considerablemente las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer de pulmón. Pero además cada vez tienen mayor importancia las enfermedades relacionadas con los problemas ambientales y de urbanización como intoxicaciones y accidentes viales.

Con los números actuales de obesos, fumadores e hipertensos que tiene nuestro país se estima que en las próximas décadas se duplicará el porcentaje de personas diabéticas, así como se duplicará la necesidad de diálisis y trasplantes, el 75% de las muertes serán explicadas por causas cardiovasculares y cánceres y el impacto en los costos de atención se triplicará. Los hábitos de vida cada vez explican un mayor número de enfermedad y muertes.

Diversos estudios demuestran en nuestro país que a menores ingresos y menor nivel educativo mayor será la incidencia de hipertensión arterial y obesidad. Entre los niños de 0 a 5 años más pobres la incidencia de la obesidad es mayor que el de la desnutrición y ambas son mayores en éstos que en los niños de familias de medianos y altos ingresos. O sea que los problemas de los pobres son la falta de vivienda, trabajo y educación, pero lamentablemente incluyen también los que el imaginario popular sólo le asigna a los que más tienen.

POLÍTICAS DE SALUD BASADAS EN LA PERSPECTIVA DE RIESGO

Dos tipos de estrategias deben adoptarse. Una de base individual y familiar, está relacionada con los cambios de hábitos de vida. Una serie de medidas como caminar treinta minutos diarios, cambiar ascensores por escaleras, incorporar más frutas, verduras y pescado a la ingesta, disminuir el consumo de sal y dejar de fumar contribuiría a mejorar la calidad de vida individual y colectiva. Las políticas en este caso están más orientadas a la promoción de hábitos de vida saludables y una de las herramientas fundamentales es la Educación para la Salud y todas las acciones comunicacionales que esto implica.

La segunda estrategia tiene que ver con la profundización de las políticas públicas de base comunitaria relacionadas a estos factores de riesgo a fin de revertir tendencias negativas y profundizar positivas. Aquí las herramientas están más relacionadas con el marco normativo como por ejemplo las diferentes medidas adoptadas para restringir el hábito de fumar como la generación por leyes, decretos u ordenanzas de espacios libres de humo, o el aumento de los impuestos a los cigarrillos, o la disminución de sal en panificados, o la incorporación al código alimentario de la prohibición del uso de las grasas trans, etc.

Ambas estrategias deben ser utilizadas complementariamente fortaleciéndose todas las políticas que tiendan a la disminución en edades tempranas de enfermedades no transmisibles y esto debe tener su correlato presupuestario en las diferentes jurisdicciones: nacional, provincial y municipal. □

(*) Secretario de Salud y Desarrollo Humano de Tres de Febrero.



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





15° Aniversario de Scienza Argentina

Scienza Argentina, empresa líder en la comercialización, distribución y gerenciamiento de medicamentos para tratamientos oncológicos, antirretrovirales, trasplantes y terapias especiales, cumple 15 años. *Revista Médicos* entrevistó a su Presidente y a uno de sus fundadores, Eduardo Roqueta, quien nos recibió en las oficinas de Av. Juan de Garay 437 - CABA.

A lo largo de los años, Scienza ha sabido ubicarse como el nexo más confiable entre las prestadoras de salud, los laboratorios productores, financiadoras, farmacias y los establecimientos asistenciales a través de los cuales llega al paciente, garantizando el máximo nivel de calidad en todos sus procedimientos. Como en sus inicios, la empresa sigue hoy reforzando un principio clave: acercar el mejor servicio a todos los pacientes. En conversación con *Revista Médicos*, Eduardo Roqueta, Presidente de Scienza, detalla los logros de su empresa y los nuevos desafíos y compromisos que tienen por delante. "Estamos convencidos que debemos trabajar pensando en el paciente", enfatiza.

¿Qué diferencias encuentran hoy con el Scienza que se imaginaban en 2001?

Te diría que muy pocas. Quizás nunca nos imaginamos las dimensiones que podía tomar la empresa, pero sí sabíamos desde el comienzo que el paciente debía ser lo más importante y que tendríamos que trabajar constantemente en la mejora del servicio y proveer el medicamento asegurando su procedencia, las condiciones de conservación y cumpliendo en tiempo y forma con la entrega del mismo.

¿Cuál cree que fue la clave para que la empresa llegara a ser lo que es hoy?

La clave de lo que somos hoy es que lo que definimos desde nuestros inicios, sobre el servicio a brin-

dar a todos los pacientes, se transmite cada día, a todos los que formamos Scienza; lo venimos desarrollando a lo largo de estos años, desde que éramos tan solo 10 personas hasta hoy, que somos más de 350. La clave fue y es la gente. Nosotros sabíamos lo que queríamos, pero sin el compromiso, la dedicación y ese espíritu de pertenencia que caracteriza a nuestra gente, no podríamos haber escalado a las dimensiones que hoy tiene la compañía.

¿Me podría enumerar los hechos que considere más significativos que sucedieron en la empresa a lo largo de estos 15 años?

Creo que a lo largo de estos 15 años introdujimos en el sector cambios significativos.

Scienza hoy

- ✓ Un importante capital humano formado por más de 350 empleados.
- ✓ 50 móviles.
- ✓ 4.500 m² de estructura edilicia en uso. 8.000 m² más, proyectados.
- ✓ Una filial en la República Oriental del Uruguay.
- ✓ Una red de más de 560 farmacias.
- ✓ 2 Farmacias propias en Capital Federal.
- ✓ Sistema de gestión SAP en todas las áreas de la compañía.

Cuando recién comenzábamos a caminar, certificamos nuestros procedimientos con la norma ISO. Luego, en 2007, implementamos un sistema de trazabilidad que incluía a todos los medicamentos que ingresaban a nuestro centro de distribución. Recuerdo que debimos hacer una campaña explicando de qué se trataba la trazabilidad farmacéutica.

Incorporamos la sustentabilidad a la gestión de la empresa, comprendiendo a la persona como eje de nuestra estrategia; esto se corporizó en nuestro Departamento de Responsabilidad Social Empresaria (RSE). La trazabilidad farmacéutica para favorecer la transparencia de nuestros procesos y los parámetros de atención frente a un paciente fueron el inicio para continuar extendiéndonos a otros campos de acción y así potenciar nuestra inversión social.

La herramienta de Análisis y Control Prestacional (ACP), mediante la cual nuestros clientes visualizan todos los datos estadísticos de las prestaciones brindadas a través de una aplicación web, sumado a la posibilidad de realizar los pedidos on line, marcó una diferenciación en su momento.

Quizás, más recientemente, la implementación del sistema de ges-

tión SAP también fue un hecho importante: un proyecto que duró dos años y que significó una gran inversión económica y de recursos, pero que hoy nos permite tener una mayor integración con nuestros clientes y proveedores.

Hace dos años que desembarcaron en Uruguay ¿Cómo fue la experiencia de este proceso siendo Scienza una empresa muy joven y de capital nacional?

Una muy buena experiencia. Comenzamos en 2014, con la incorporación de los alimentos de Nutricia con propósito médico, y desde agosto de 2015 tenemos la representación, comercialización y distribución de los medicamentos del laboratorio Novartis. Fue un traba-

jo increíble en el que interactuaron personas de Uruguay y de la Argentina.

Con Novartis Uruguay pudimos generar un cambio en el modo en que se hacían las cosas en el sector y proponer un trabajo en conjunto enfocado en mejorar el día a día de los pacientes.

¿Cómo es el Scienza que vislumbra para los próximos 15 años?

Nosotros seguimos convencidos, como hace 15 años, que debemos trabajar pensando en el paciente, brindándole el mejor servicio y dándole seguridad.

Con respecto al futuro, los desafíos ya están planteados.

A mi entender, estamos viviendo dos cambios claves. Por un lado, los importantes adelantos en la investigación de la industria farmacéutica para el desarrollo de medicamentos cada vez más específicos para cada patología. Y, por el otro, el cambio cultural provocado por el avance de la tecnología en todos los rubros.

Hoy estamos trabajando en la combinación y optimizaciones de estos dos factores, lo que nos posibilitará, en un futuro no muy lejano, contar con toda la documentación informatizada, procesos íntegramente on line, mayor eficiencia en el control de las prescripciones y de adherencia a los tratamientos, entre otros beneficios.

Estamos prontos a comenzar la obra de un Centro de Distribución modelo de 8.000 m², el que se edificará con criterios de sostenibilidad, lo que nos permitirá introducir nuevos servicios que surjan en el Sector, con un compromiso de beneficios para con el medio ambiente, el bienestar y la comunidad.

Como en 2007, con la implementación de la trazabilidad, hoy estamos entusiasmados por provocar un cambio que impacte significativamente en la calidad de vida de todas las personas, poniendo el foco en la transparencia, innovando en mecanismos que den claridad a la gestión, con información accesible que nos relacione con todos los públicos de interés.

Proyectamos que dentro de 15 años seguiremos siendo la empresa que cree en la necesidad de ir siempre un paso más allá.



Eduardo Roqueta

Robótica e inteligencia artificial

Por el Dr. Héctor Barrios (*)



La medicina cuenta con una historia y una evolución tan antigua como la del hombre mismo y por supuesto hay rastros de esa existencia y evolución a través de todas las culturas y en todos los confines del mundo en el transcurrir del tiempo. Ahora bien, ni Hipócrates, que vivió en el año V AC, ni Galeno que vivió en el Siglo II DC, podrían haber imaginado en el más increíble de sus sueños que la evolución haría que, en un futuro, un robot se dedicaría a hacer cirugías en un cuerpo humano. El propio Leonardo, tampoco pudo imaginar nunca que, en homenaje a su genio, su apellido Da Vinci serviría para bautizar una “máquina” construida por el hombre para llevar a cabo lo que hoy conocemos por cirugía robótica.

Efectivamente, el Sistema Quirúrgico Da Vinci es un Equipo de cirugía robótica desarrollado por la empresa norteamericana Intuitive Surgical y aprobado, en el año 2000, por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.

Hoy los robots Da Vinci operan en Clínicas y Hospitales de todo el mundo. Con un estimado de más de 3.000 unidades en funcionamiento, se realizan más de 300.000 cirugías al año.

El uso del Da Vinci ofrece al paciente todos los beneficios potenciales de un procedimiento mínimamente invasivo, incluyendo menor dolor, una menor pérdida de sangre, una internación más corta y por supuesto, una recuperación más rápida (además de brindar beneficios sumamente importantes en cirugías específicas, como son el reducir el riesgo de impotencia e incontinencia en el caso de la cirugía prostática).

Si bien el Da Vinci resulta increíble, los investigadores trabajan ya en lo que será la “píldora robótica”, un dispositivo capaz de detectar enfermedades, tratarlas desde dentro del mismo cuerpo humano, obtener muestras e incluso hacer cirugías. Es la combinación de la biomedicina, la nanotecnología y la nanociencia juntamente con los sistemas de comunicación inalámbricos.

Empresas como Philips en Holanda, Novartis en el reino Unido y Proteus en EE.UU. se encuentran trabajando en estas aplicaciones.

Proteus, por ejemplo, ha desarrollado un microchip digerible, con capacidad para “viajar” por el interior del organismo y registrar todos sus síntomas vitales, los que a su vez son transmitidos a una computadora y desde allí a un médico que, sin necesidad de ver al paciente, puede tomar decisiones respecto de las conductas o tratamientos a seguir. De hecho, de la mano de este producto, Proteus ha lanzado al mercado un Programa de Cuidado Clínico Virtual (VCC por sus siglas en inglés -Virtual Care-Clinic-). Esta empresa se define como “una compañía con soluciones digitales para la salud a través del uso de apps y sensores portables” y también como proveedores virtuales del mercado de la salud.

Pero eso no es todo. Los tiempos se van acelerando. Según los expertos, en las próximas dos décadas se producirán más adelantos que en los últimos dos milenios. De hecho, hasta el Siglo XVIII las sociedades prácticamente no variaron, pero es a partir de allí -en donde la mayor parte de la población vivía en la pobreza y la expectativa de vida que era de aproximadamente 25 años- en donde comienza a producirse un cambio radical.

En efecto, es en ese siglo XVIII en que Inglaterra se transforma en el primer país en la historia humana en duplicar el ingreso per cápita. Tardó en lograrlo 58 años (1787-1938). Luego los EE.UU. lo hicieron en 47 y hoy el récord lo tiene China que lo hace cada 7 u 8 años. Es decir que el crecimiento se acelera en forma exponencial con el paso del tiempo.

Naturalmente el desarrollo económico trae aparejado el desarrollo tecnológico y una parte de éste, además de los avances que hemos comentado en materia de tecnología, está enfocado hoy en alcanzar la inteligencia artificial.

Fue John McCarthy en 1956 quien acuñó la expresión “inteligencia artificial”, y la definió como “la ciencia e ingenio de hacer máquinas inteligentes y especialmente programas de cómputo inteligentes”. Hoy en día también se denomina inteligencia artificial a “la capacidad de razonar de un agente no vivo”. General y amplio como eso, reúne a amplios campos, los cua-

Hoy los robots Da Vinci operan hoy en Clínicas y Hospitales de todo el mundo. Con un estimado de más de 3.000 unidades en funcionamiento, se realizan más de 300.000 cirugías al año.

les tienen en común la creación de máquinas capaces de, como ya señalamos, razonar tal como lo hace un ser humano.

Lo fantástico –en todo el sentido de la palabra amigo lector- es que esa inteligencia artificial aplicada a la salud incorporará increíbles avances médicos.

Tal es la visión de los expertos que ya en febrero de 2011, la revista TIME dedicó un número al desarrollo de la ciencia médica desde un ángulo particular al titular la misma: *“2045 el año en que el hombre se volverá inmortal”*. Y naturalmente, este desarrollo está atado al de la inteligencia artificial. Impresionante.

Sin embargo, más impresionante aún, los especialistas estiman hoy que esa meta llegará mucho antes...probablemente en el 2025...o sea...mañana.

Una simple muestra de esto es el desarrollo que IBM viene llevando adelante con “Watson”, un sistema informático para búsqueda de respuestas (question answering en inglés) que lleva el nombre del fundador de la compañía IBM como se la conoce hoy, Thomas J. Watson.

La empresa lo describe como “una aplicación de tecnologías avanzadas diseñadas para el procesamiento de lenguajes naturales, la recuperación de información, la representación del conocimiento, el razonamiento automático, y el aprendizaje automático al campo abierto de búsquedas de respuestas”.

Según IBM, el objetivo para Watson es permitir que las computadoras comiencen a interactuar de forma natural con humanos a través de una amplia gama de aplicaciones y procesos, comprendiendo las preguntas de los seres humanos y dando res-

puestas que los seres humanos pueden comprender y justificar.

Prestigiosas Universidades como Columbia y Maryland, así como entidades médicas de renombre como la Cleveland Clinic, están trabajando conjuntamente en el desarrollo de soluciones médicas a través de Watson.

En materia de salud se cree que el 80% de los datos que existen no son “visibles”. Teniendo en cuenta que se estima que para el año 2020 la información se duplicará cada 73 días, la parte oculta parece que tendería a crecer. Esto será así para nosotros, pero no para Watson: su capacidad de lectura es de 40 millones de documentos en 15 segundos. Y naturalmente para el 2020 será mayor aún. Es decir, estamos cerca del “Avatar” médico.

¿Cómo estamos nosotros en la Argentina? Lamentablemente lejos...muy lejos.

A título de ejemplo digamos que, unánimemente, en nuestras encuestas de opinión corporativas, un denominador común es la queja por la demora en la atención domiciliar. Seis u ocho horas parecen el estándar actual. ¿Puede imaginarse usted un resultado diferente de la mano de la tecnología? Claro que sí, nosotros también. Confíemos amigo lector en que las organizaciones de punta comiencen una nueva etapa orientada a inversiones, calidad y resultados. □

(*) Director de Salud Corporativa de Willis Towers Watson.



www.sanidad.org.ar

Sanatorio San José, crecimiento y actualización continua, con la mística de siempre



El Sanatorio San José nació en 1938 para centralizar los servicios mutuales que ya brindaba la Federación de Círculos Católicos de Obreros.

Desde sus inicios hasta el día de hoy se caracteriza por ser una Institución de puertas abiertas y por buscar el bienestar espiritual y material de los trabajadores; el logro del mejor nivel de atención médica para los pacientes reflejando en su accionar su clara identidad humanista y cristiana.

A comienzos del año 2013, el Sanatorio San José y Prosanity, con-

sultora de reconocido prestigio, como consecuencia de su comunión de valores y principios, decidieron recorrer un camino conjunto para reposicionar al Sanatorio en un lugar de liderazgo en el mercado de la salud.

Luego de una planificación estratégica conjunta, se comenzó con una profunda reingeniería institucional de procesos, realizando cambios sustanciales en sus equipos de atención y organizando su estructura y sus normas buscando la excelencia en la atención, con un abordaje multidisciplinario, abordando la medicina basada en la evidencia

científica y un modelo de gestión clínica destinado a mejorar la eficiencia y la calidad. Estos cambios, fueron acompañados con un sistema de información y de comunicaciones acordes a la tarea iniciada.

El equilibrio financiero logrado y el trabajo en equipo de todos los sectores de la Institución permitieron alcanzar exitosamente los primeros objetivos trazados, evaluados satisfactoriamente por la comunidad sanitaria del país, los principales administradores de salud y los pacientes en general.

Posteriormente, se inició una profunda modernización de la planta física y reequipamiento del Sanatorio, ubicado en la calle Billing-

hurst 1669, en el barrio porteño de Palermo.

Las obras comenzaron en octubre del año 2015 y el 25 de noviembre del mismo año se llevó a cabo la inauguración de la primera etapa de la remodelación del Sanatorio San José con un acto del que participaron importantes autoridades y muchos de los principales financiadores del sector.

Entre las principales mejoras de las instalaciones del Sanatorio, se pueden mencionar: la modificación a nuevo de los tres frentes del edificio (Billinghurst, Güemes y Sánchez de Bustamante) realizados con una piel de vidrio y alucubond; la nueva zona de admisión en el primer nivel sobre la calle Billinghurst, la nueva sala de emergencias, sobre la calle Sánchez de Bustamante y también en el primer nivel, con ingresos por escaleras y ascensores hidráulicos vidriados.

Con esta reingeniería, se logró un sustancial incremento de camas en habitaciones individuales en número de 85, dotadas de camas eléctricas, gases y aspiración central, así como, la creación de un nuevo sector en la Unidad de Terapia Intensiva con once habitaciones to-



das equipadas con tecnología de avanzada, con camas eléctricas de última generación. Con todo ello se alcanzó una capacidad total de 210 camas, 24 de las cuales son de UCI para adultos.

También, se procedió al reemplazó de todos los ascensores; se remodelaron siete quirófanos equipándolos a nuevo, microscopio para neurocirugía, mesa fluoroscópica con Kit de ortopedia y traumatología, arco en C Philips de última generación y cialíticas de Led recientemente incorporadas y se sumaron dos nuevas torres de laparoscopia y nuevas mesas de anestesia.

Por otra parte, se construyeron 1.000 m² nuevos para uso administrativo y se procedió al reequipamiento del

servicio de neonatología (14 puestos con 6 de alta complejidad).

El Servicio de diagnóstico por imágenes consta de RMN; tomógrafo computado nuevo multislices de 16 cortes, dos ecógrafos Toshiba, realizándose todo tipo de radiología intervencionista.

Por último, se inauguró recientemente una sala de emergencias con zona de espera, consultorios, shock room, siete camas de UDR e ingreso de ambulancias al interior del Sanatorio, sobre Sánchez de Bustamante.

Todo el Sanatorio ha sido provisto de una señalética de avanzada, sumamente armoniosa y fácilmente identificable para los pacientes y familiares.

Terminadas estas remodelaciones se iniciará la segunda etapa prevista con más camas de UTI, servicios de diagnóstico a nuevo, entre ellos laboratorio central con bacteriología, incluyendo nueva sala de hemodinamia, remodelación de vestuarios y comedor para el personal, rediseño de circulaciones e ingresos, 25 nuevos consultorios con admisión sobre la calle Güemes, nuevo sector de hemoterapia, entre otras innovaciones. □

FEFARA

AVANZA

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

Desinversión en salud: un sendero de uso racional manteniendo acceso y calidad

Por el Prof. Carlos Vassallo (*)



La tríada calidad, gratuidad e integralidad (cobertura total) en salud si existió alguna vez ya no existe más y no puede funcionar. Los sistemas de salud en todo el mundo ensayan políticas tendientes a ajustar sin afectar demasiado el acceso y la calidad de los servicios. Para ello es necesario dejar de negar la realidad, los recursos son escasos y es necesario priorizar la cobertura de salud que se ofrece a los afiliados, beneficiarios o ciudadanos.

Existen métodos que nos permiten hablar de un ajuste selectivo u orientado a recortar sin afectar el acceso y la calidad de los servicios de salud que se ofrecen. En los últimos tiempos se ha comenzado a trabajar en guías de desinversión, reinversión o reasignación sanitaria para describir esta política.

Según J. Repullo hablamos de “desinversión” para referirnos a un proceso activo de remover lo ineficaz para generar internamente recursos que se reasignen a otras acciones que añadan valor.

Seguramente como sucede en otros países más desarrollados existirá un grupo que resistirá esta política en nombre de los pobres y que denunciará que estamos ante políticas de recorte presupuestario o ajuste mayor.

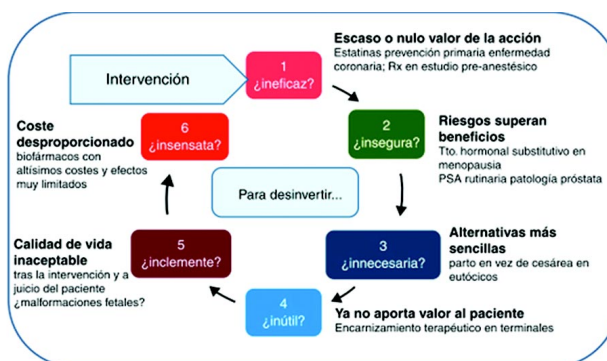
En realidad, lo que se intenta hacer al priorizar para desinvertir de algunas áreas para invertir en otras que producen mayor valor agregado y esto en salud significa mantener acceso universal de todo aquello que demuestre evidencia y costo efectividad. ⁽¹⁾

Cochrane acudía a las concentraciones que en Inglaterra precedieron la creación del Servicio Nacional de Salud con una pancarta donde se leía el siguiente eslogan: “todo tratamiento efectivo debe ser gratuito”. ⁽²⁾

Sería un error, sin embargo, pensar que el cuidado de salud al que se refería Cochrane era uno de carácter excesivamente medicalizado. El cuestionamiento crítico sobre la eficacia y la eficiencia de las terapias utilizadas en medicina fue uno de los hilos conductores de su carrera. ⁽³⁾

J. R. Repullo en su artículo en la Revista de Calidad Asistencial propone un modelo para tomar decisiones en cuanto a desinvertir en lo que no añade valor y/o tiene además un coste considerable. Este modelo se explica en este sencillo gráfico:

Tres miradas sobre la desinversión que debe tener



lugar en las esferas de gestión. La macrogestión tiene que ver con la política sanitaria y corresponde a los gobiernos plantear las líneas guías, respecto de la mesogestión donde el poder se concentra en los gestores y su capacidad para decidir sobre la reasignación de recursos en materia de inversiones tecnológicas y por niveles asistenciales. Y por último en la microgestión en la cual el clínico es el responsable de asignar recursos considerando decisiones diagnósticas y terapéuticas en el marco de la incertidumbre de los diagnósticos y los resultados.

El contexto donde se deben tomar las decisiones de reinversión está marcado por ciertos límites del funcionamiento democrático y del capitalismo:

- La toma de decisiones sobre la gestión de recursos tiene que ver más decisiones con políticas orientadas a conseguir votos antes que por mejorar los resultados de salud;
- Las presiones de la industria farmacéutica y tecnológica producen un verdadero bombardeo de innovaciones no siempre reconocibles cuanto es el componente de valor agregado y cuanto de moda;
- La salud se ha convertido en un bien de consumo promovido por los medios de comunicación y profesionales incentivados.

Este contexto puede producir un efecto rechazo sobre la desinversión por parte de la ciudadanía y de los profesionales que debe ser bien conducido. En momentos de ajustes es necesario transmitirle a la ciudadanía que no se podrá brindar cobertura universal y de calidad para todos si no se transita un sendero de priorización de las protecciones en base al costo efectividad de las mismas. El planteo de todo, para todos,

1 Archibald Cochrane (1909-1988)- REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2007; 45 (1): 78-79

2 1. Chalmers I. Archie Cochrane (1909-1988). In: The James Lind Library. Disponible en: <http://www.jameslindlibrary.org>.

3 Archibald Cochrane (1909-1988)- REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2007; 45 (1): 78-79

4 Llamadas así por Oliver Williamson quien escribió sobre las estructuras de gobierno: mercado, jerarquía e híbridos.

en todo momento y lugar sólo termina siendo una expresión populista hipócrita que se termina en una carrera por los recursos donde los utilizan los que mejores posiciones sociales tienen y el resto permanece con el discurso teórico sin poder acceder a las prestaciones.

Lo importante es que la selva no nos tape el árbol, aquellos procedimientos, medicamentos y diagnósticos que agregan valor y son costos efectivos y que pueden quedar mezclados en una amplia oferta que combina diferentes grados de evidencia, de efectividad, de innovación y de marketing. La importancia de una agencia de evaluación de tecnologías nos permitirá contar con una brújula que nos permita guiarnos en medio del bombardeo de tecnologías sanitarias y encontrar el sendero en la construcción de coberturas de salud universales, efectivas y asequibles.

La primera desinversión del sistema de salud de la Argentina es hacer efectiva una regulación nacional, provincial y municipal que impida el crecimiento irracional de la oferta de servicios de salud.

No podemos permitirnos seguir observando sin intervenir acerca de las cuantiosas inversiones públicas y privadas en tecnología (tomógrafos, resonancias magnéticas, medicina nuclear, etc.) y camas de internación (clínicas, sanatorios y hospitales) que no responden a ningún mecanismo de coordinación y planificación de la oferta pública y privada. Esta especie de "carrera armamentista sanitaria" según las palabras de Pere Ibern y que nos lleva al crecimiento de la oferta es necesario ponerle un límite.

En economía toda oferta crea su propia demanda, y si llevamos esto al plano de la salud nos encontramos con una tendencia a la ampliación del consumo, utilización y gasto sin que identifique claramente el valor agregado de las innovaciones tecnológicas.

En un país como Estados Unidos paradigma de la libertad, existe un férreo control de la oferta sanitaria, por ejemplo, para autorizar las camas y la tecnología que se pueden instalar en determinadas áreas. Si existe oferta suficiente las mismas no son autorizadas y punto. De manera concomitante con esta planificación de la oferta un programa de calidad debe acompañar esta medida. No toda la oferta puede seguir estando de manera indefinida, hay tecnología que debe ser reemplazada y hay clínicas, sanatorios y hospitales que deben ser reconvertidos, modernizados o directamente cerrados porque no brindan garantías de calidad en cuanto a la seguridad del paciente.

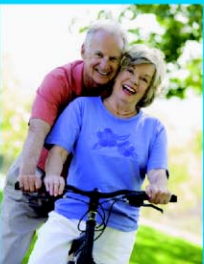
El sistema de salud de nuestro país tiene desgraciadamente una estructura de gobierno que se ubica en el peor de los mundos. Respecto de los incentivos son muy débiles como en toda estructura de gobierno jerárquico en tanto que respecto a los atributos de comportamiento se comporta como mercado con la nula capacidad de cooperación en las inversiones y adaptación coordinada y como una jerarquía respecto de la escasa adaptación al mercado donde los consumidores y productos responden independientemente a cambios paramétricos de precios para maximizar su utilidad y beneficios respectivamente.

La lógica de las estructuras de gobierno híbrido ⁽⁴⁾ que intenta aprovechar lo mejor del mercado y de la jerarquía brilla por su ausencia en el sistema sanitario, generando unos costos de transacción muy altos y que convierten al sistema en un pésimo mecanismo de asignación de recursos. □

(*) Carlos Vassallo - vassalloc@gmail.com - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe)



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
(C1019ABG) Capital Federal

Consolidación y crecimiento Trayectoria y calidad médica para viajar

Surgida en 2010 para brindar al viajero cobertura médica de excelencia, OMINT Assistance consolida su entrada al sector de la salud, en el que sus productos toman especial relevancia para prepagas, mutuales y obras sociales que desean sumar valor a sus propuestas. En conversación con *Revista Médicos*, el Gerente Comercial José Luis Fernández detalla por qué las características y servicios de la compañía resultan en una propuesta de máxima jerarquía.

Todo empezó en 1996, cuando el Grupo OMINT, fundado en nuestro país en 1967, lanzó al mercado sus servicios de asistencia al viajero, en exclusiva para su cartera de beneficiarios. La idea se hizo rápido eco: a los diferenciales que ya distinguían al Grupo, Trayectoria, Calidad Humana y Calidad Médica, se sumaba entonces una amplia variedad de beneficios para cobertura médica durante viajes. Fue por eso que, en 2010, la idea tomó entidad propia y, así, surgió OMINT Assistance. Hoy por hoy, la empresa ofrece una extensa gama de productos de asistencia al viajero, siempre con los máximos niveles de excelencia en la atención y eficacia en el funcionamiento y la capacidad de respuesta. Para lograrlo, la compañía cuenta con el aval no sólo de todo el Grupo OMINT, sino también de International Assistance Group (IAG), la red internacional de empresas de asistencia al viajero más importante del mundo y que ya tiene veintiséis años de trayectoria.

OMINT Assistance comenzó primero en la Argentina y llegó más tarde a Brasil; en ambos países, la compañía fue desarrollando todos los canales de llegada a sus clientes: comenzando primero por el mercado de las agencias de viaje y por sus propios beneficiarios, la empresa se abrió luego a los viajeros particulares y, ahora, busca consolidar su crecimiento en el mercado corporativo y de las empresas y organizaciones de la salud, que buscan sumar a sus planes un servicio de asistencia médica para viajes. "Nuestro desembarco en el mundo corporativo, apunta José Luis Fernández, Gerente Comercial, se dio en conjunto con el desarrollo regional de la compañía: además de Brasil, estamos en Bolivia, en Uruguay y empezando también en Ecuador; y este año sumaremos Paraguay".



DIFERENCIALES PARA VIAJAR

Según Fernández, la clave está en los diferenciales que ofrece la compañía, que entiende la asistencia al viajero haciendo especial foco en la mirada médica. Es que, como comenta Fernández, "seguimos la impronta, los valores y la calidad de

los servicios del Grupo". Esta mirada que OMINT Assistance trae al mercado de la asistencia al viajero se refleja en sus productos. Así, éstos ofrecen cobertura por preexistencias médicas, que incluyen gastos médicos para atención de enfermedades como diabetes, hipertensión, arritmia, alergias, asma o epilepsia, entre otras. La cobertura de preexistencias durante el viaje es uno de los puntos más sobresalientes de la propuesta, e ilustra también el enfoque altamente médico con el que los productos están ideados. Además, los planes también incluyen cobertura para prótesis cardíacas, vasculares y ortopédicas; para gastos sin tope en medicamentos tanto ambulatorios o de internación; y para días complementarios de internación, en el caso de que suceda un imprevisto médico durante los últimos días del viaje. "Son elementos que, hasta el nacimiento de OMINT Assistance, no se encontraban en el mercado", enfatiza Fernández. "Nuestra marca tiene grandes diferenciales tangibles y representa lo que el Grupo viene haciendo desde hace cuaren-

Todos los productos y todas las prestaciones de OMINT Assistance

Productos

Premium Class, First Class, Business Class, Global, Euro, Turista Plus, Turista, Larga Estadía.

Prestaciones

- Eventos médicos: asistencia en caso de accidente, enfermedad, preexistencias o urgencias de prótesis cardíacas, vasculares y ortopédicas. Cobertura de medicamentos, traslados, gastos de hotel, días complementarios de internación, odontología.
- Servicios en el aeropuerto: localización de equipajes, reembolso por pérdida de equipaje, beneficios por vuelo demorado, reembolso de gastos en casos de una demora en la entrega del equipaje.
- Cobertura en accidentes de tránsito: seguros, anticipo de fondo para fianzas, asistencia legal.
- Para viajes de negocios: beneficio de cancelación de viaje, reembolso por alquiler de dispositivos electrónicos, compra protegida, reembolsos por pasaporte provisorio, transferencias de fondos.
- Cobertura de pasajes aéreos o diferencias de pasajes.

ta y ocho años: somos una continuidad de los proyectos de OMINT y, desde ese punto, generamos nuestro espacio", agrega.

UNA RED PARA TODOS LOS PRODUCTOS

"Somos la única empresa argentina de asistencia al viajero que tiene una red mundial como IAG a su disposición", señala Fernández. El respaldo de IAG en los productos de OMINT Assistance significa que la capacidad de respuesta ante un imprevisto no se hace esperar, más allá del lugar en donde ocurra. Es que IAG cuenta con dos mil hospitales y cuarenta y seis centros de atención para cobertura médica a nivel mundial. Además, se encuentra presente en más de ciento ochenta países y, hoy por hoy, brinda atención a más de ochenta millones de viajeros. Este aval permite, como señala Fernández, que la compañía cuente con el apoyo y el respaldo de las empresas locales

que, en todo el mundo, integran la red: "Compartimos valores, procedimientos, y logramos generar lazos de reciprocidad en el trabajo". Así, para todos sus productos, OMINT Assistance opera dentro del marco de IAG, en el que el trabajo en conjunto y la capacidad para generar networking aseguran la calidad y la rapidez de los servicios.

PASO FIRME EN EL SECTOR SALUD

Este año, la empresa está abocada a consolidar su lugar en el mercado de la salud, un mercado ya maduro que comprende obras sociales, empresas de medicina prepaga, mutuales y organizaciones que buscan sumar beneficios para viajeros a

sus propuestas. A través de distintos medios de promoción y difusión, la compañía ofrece ya productos personalizados y pensados a la medida de cada empresa. "Cada plan tiene un toque diferencial, enfocado al tipo de servicio que cada organización puede necesitar", comenta Fernández. Así, variables como el lugar de destino o la ocupación del viajero encuentran su lugar en los planes personalizados de la empresa.

Sus rasgos diferenciales de calidad, la trayectoria y la mirada médica del Grupo OMINT, más el aval internacional de IAG, hacen de OMINT Assistance una compañía que brinda asistencia médica de excelencia, en planes pensados y personalizados tanto para el viajero particular como para el ámbito corporativo. □

Beneficios incluidos en todos los productos

- Asesoría en la localización de equipaje.
- Traslado de familiar.
- Asistencia en caso de extravío de documentos.
- Acompañamiento de menores.
- Regreso anticipado por enfermedad.
- Traslado y repatriación sanitaria.
- Traslado o repatriación de restos.
- Traslado de un ejecutivo ante casos de emergencia.
- Regreso anticipado por siniestro en el domicilio.

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

Nuestras publicaciones



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



El ZIKA y la emergencia mundial

Entre la alarma, la realidad de la epidemia y el negocio

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)



La OMS ha declarado que el virus Zika supone una emergencia mundial, por lo ocurrido en Brasil con las microcefalias. Este dato fue suficiente para declarar alerta sanitaria. Veamos. Un reciente estudio retrospectivo efectuado sobre la epidemia ocurrida en la Polinesia francesa en 2013, encontró relación directa aparente entre esta enfermedad y un cierto número de casos de síndrome de Guillain-Barré. Se pudo demostrar también que el riesgo de microcefalia asociada al virus era de 95 casos por cada 10.000 mujeres infectadas durante el primer trimestre de embarazo. Esto infiere un riesgo de 1 en 100. Respecto de la cepa que dio lugar a la epidemia en Brasil, México, Colombia y Centroamérica, una investigación publicada en *The Lancet* señaló que el Zika americano no pertenece al linaje africano (de donde es originario), sino al asiático, de mucha más reciente aparición. De hecho, el análisis de su genoma muestra ser homologable en el 99,7% con la cepa responsable del brote de Polinesia en 2013.

¿Qué ocurrió realmente en Brasil? A fin de establecer un reaseguro al inicio de la epidemia, cuando ciertas áreas geográficas del noroeste afectadas por el virus Zika registraban un aumento en la incidencia de microcefalia por sobre la media normal (150 casos/año), el gobierno solicitó a los funcionarios de salud reportar todo caso de recién nacido con perímetro cefálico menor a 33 centímetros. Posteriormente, al considerar muchos resultados como falsos positivos, en diciembre de 2015 y al advertir que la mayoría de estos niños eran de hecho sanos y normales, el umbral se redujo a 32 centímetros. Incluso el límite era pasible de ser reducido aún más, hasta 31.9 centímetros en los varones y 31.5 centímetros en las niñas.

La cuestión es que, sobre 6.158 casos sospechosos de microcefalia informados por el Ministerio de Salud hasta el 9 de marzo, se estudiaron específicamente 3.670. De estos, sólo 746 se confirmaron, de los cuales 17 habrían tenido relación comprobada con el virus Zika.

El gobierno brasileño debió admitir que una medida de perímetro cefálico excesivamente generosa fue la causa de reportes infinitamente exagerados. ¿Y las posibles lesiones neurológicas? Aún se espera encontrar la relación causa/efecto.

Frente a este escenario "opaco", la OMS afirmó rápidamente que se necesitaba brindar "una respuesta internacional coordinada para mejorar la vigilancia y la detección de las infecciones, las malformaciones congénitas y las complicaciones neurológicas, para intensificar el control de los mosquitos, y para acelerar el desarrollo de pruebas diagnósticas y de vacunas que protejan a las personas en riesgo, especialmente durante el embarazo".

Como ya lo hiciera ante las críticas que tuvo que soportar por el manejo de la Gripe A H1N1 y el Ébola, la OMS repite hablar sobre test serológicos y vacunas - un

gran negocio para los laboratorios - pero muy poco sobre las verdaderas causas de estas Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Según sus anuncios, los ensayos clínicos a gran escala para encontrar una vacuna contra el virus Zika recién comenzarían a fines de 2016, en que podría haber Fase III a gran escala. Ya se han identificado al NHI de EE.UU. y a quince compañías trabajando en su desarrollo, algunas superando la Fase I. Además, informó que pronto estarían disponibles nuevas pruebas diagnósticas. Hay ya diez compañías biotecnológicas en condiciones de proveer los test, y otras diez en distintas fases de I+D. Ni vacuna ni test cuentan todavía con la debida patente ni han sido autorizados por entidad reguladora alguna. Pregunta: frente a tanta urgencia ¿alguien sabe qué paso con la vacuna contra el Ébola? Algo similar podría pasar con la del Zika, de no confirmarse su neurotropismo.

Conviene efectuar una consideración respecto de estas epidemias, con amenaza de pandemia. El Zika, descubierto por un científico de la Fundación Rockefeller en monos de la selva ugandesa en 1947, ya había demostrado su potencialidad de afectar al humano desde los años 90 en África y Asia. No mata, a diferencia del Dengue. El problema es que al igual que el Ébola, originario del África profunda y reaparecido en 2015 en el África Occidental (Guinea, Liberia y Sierra Leona), podría llegar a los países desarrollados por vía aérea (avión o mosquitos). Y éste parece ser el verdadero fantasma.

El *Aedes aegypti* se encuentra hoy en regiones del mundo donde estaba totalmente erradicado desde la década del 70. Sin duda que el calentamiento global ha creado mejores condiciones para su reproducción y dispersión, con lo cual hay más peligro de expansión de enfermedades por arbovirus que hace más de cuarenta años atrás. Otro ejemplo. Siempre se sostuvo que a este mosquito le resultaba virtualmente imposible reproducirse a alturas mayores a los 1.800 metros sobre el nivel del mar. Hoy lo hace a más de 2.200 metros. Más población a incluir dentro de los grupos de riesgo.

Está claro que el cambio climático no es algo natural, sino que está asociado con el modelo de producción contemporáneo, altamente contaminante. Y también con la deforestación de extensas áreas de la Amazonia. Así, los condicionantes para la aparición, mantenimiento y expansión de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) se han vuelto ideales. Ahora bien. También hay variables del lado de la población. No todas las personas se enferman por igual. La incidencia de Zika y de las ETV varía mucho entre subpoblaciones, existiendo mayor riesgo para aquellas que se concentran en áreas más pobres o con peores condiciones de vida. Carecer de agua corriente - que obligue a recolectarla y guardarla en tarros abiertos - tener una pésima recolección de dese-

chos donde pueda juntarse agua de lluvia y reproducirse las larvas, contar con malas condiciones de vivienda, de educación precaria y lo más importante, la virtual desaparición de los programas de salud pública y de atención primaria son determinantes precisos de riesgo de estas y otras patologías infectocontagiosas.

Brasil es tal vez el país donde mejor se ha expuesto la distribución desigual de esta enfermedad. Y es posible identificar idéntica correlación en todos los países afectados de América latina y el Caribe. Y si hábitat y hábitos del mosquito Aedes parecen haber cambiado, también se imponen reflexiones más profundas que apelar al individuo como sujeto activo de la prevención (descacharrado, mosquiteros y repelente mediante), o a la vacuna como panacea. No basta entonces con las medidas de autocuidado que proponen las autoridades sanitarias para afrontar un asunto de tanta complejidad como es el avance de las ETV. Se necesita una respuesta coordinada entre el Estado, el sistema de salud y la sociedad. En esta tríada, el problema más serio es cierta desidia con la salud pública.

La tendencia observada en el sector salud latinoamericano, salvo honrosas excepciones, ha sido el debilitamiento cada vez mayor de la capacidad de respuesta efectiva del Estado y la sociedad frente a un problema como las ETV, al privilegiarse el modelo de atención a la persona enferma. Un acelerado proceso de descentralización de responsabilidades ocurrido en los 90 afectó el manejo eficaz de programas de control de estas enfermedades. Las acciones se han trasladado al nivel municipal, el que muchas veces no reúne o no dispone de las condiciones técnicas ni financieras ideales para mantenerlas y mejorarlas. Por otra parte, se da en salud una fantástica combinación entre Estado y mercado. El Estado cubre como puede las cuestiones de promoción y prevención, y el mercado sanitario privilegia y regula las demandas de atención de la población, incluso de la que

vive en áreas con peores condiciones sociosanitarias y donde proliferan el Zika, el Dengue y el Chikungunya.

Simplemente vale el ejercicio de responder a esta simple pregunta. ¿Pueden las instituciones de salud pública municipales detectar y controlar los criaderos de Aedes, fumigar las veces que sea necesario, realizar el seguimiento de casos sospechosos y confirmados, bloquear los espacios geográficos afectados, educar a la comunidad y al mismo tiempo elaborar un programa participativo de prevención domiciliaria (léase descacharrado) sometiendo a esos mismos objetos a su desaparición definitiva? No resulta demasiado creíble.

Bajo estas condiciones resulta al menos insuficiente que luego de más de una década, en la mayoría de los países de América Latina, la autoridad sanitaria que corresponda sostenga "recomendaciones" dirigidas al comportamiento individual. Este enfoque individualista de la prevención para nada puede ocultar las limitaciones estructurales del sistema de salud en sus distintas jurisdicciones, como tampoco las de la salud pública y más aún la de los determinantes en el ámbito territorial. Enfrentar esta y las próximas epidemias que van a surgir no es un asunto de voluntades. Ciertamente, la prevención individual puede ayudar. Pero resulta marginal si no se actúa contra las causales profundas de un problema también demasiado profundo. Pareciera que avanzamos en la dirección equivocada sin ver lo que la realidad se empeña en demostrar. El Zika expone las enormes debilidades políticas y operativas que poseen los sistemas de salud latinoamericanos, pero también la larga sombra de la pobreza estructural, sus causas y -lo peor de todo- sus consecuencias. □

(*) Profesor titular - Cátedra de Análisis de Mercado de Salud - Magister en Economía y Gestión de la Salud - Fundación ISALUD.

Precisión al Servicio de la Salud



VIDT CENTRO MEDICO

Excelencia en Terapia Radiante

INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.

CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensionada

Radiocirugía Estereotáxica

Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal

Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.

Tel.: (54-11) 4824-6326 / 4821-8684 (L. Rotativas)

E-mail: info@vidtcm.com.ar

Web-site: <http://www.vidtcm.com.ar>



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

El Costo per cápita del PMO fue de \$ 464,75

Por Ernesto van der Kooy, Héctor Pezzella, Adolfo Carril, Rubén Ricardo Roldán, Natalia Jorgensen y Martín Langsam.

EL COSTO DEL PMO

Desde 2010 Prosanity viene realizando un trabajo de investigación para generar una metodología que permitiera determinar el Gasto necesario que garantice la Cobertura Asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO) argentino. A partir de aquel trabajo, hemos realizado una actualización anual, la última de ellas en julio de 2014.

El presente trabajo ha sido elaborado incluyendo julio de 2015, o sea que abarca exactamente un año desde la anterior actualización.

Este proceso de actualización es indispensable en un país como la Argentina, en la que desde hace varios años perdura una inflación muy alta, cuya magnitud varía según los diferentes registros, pero que es a todas luces, muy superior a las poco confiables estadísticas oficiales.

La inflación no sólo distorsiona los precios relativos, sino que, además, genera incentivos distorsivos entre los diferentes actores del sector salud.

El PMO comprende una canasta de prestaciones que deben ser cubiertas obligatoriamente por las instituciones de la seguridad social, y también por los seguros privados a partir de la sanción de la ley 26.682 de EMP.

Al mismo tiempo este conjunto de prestaciones es considerado también como medida de cobertura en las obras sociales provinciales y es tenido como referencia en el sector público, al elaborarse los diferentes programas asistenciales.

Dicha canasta de pres-

taciones sufre en el tiempo ligeras variaciones al incorporarse nuevos procedimientos y tecnologías y al reemplazarse algunas en desuso. En el curso de estos años hemos debido modificar algunos indicadores al observar que ha cambiado su frecuencia de aplicación en forma sustantiva.

La actualización periódica de los valores de las prestaciones que conforman el PMO es una herramienta de suma utilidad para la toma de decisiones de los Agentes del Seguro de Salud.

La Universidad ISALUD y Prosanity Consulting presentaron los resultados del estudio PMO: Estimación del Gasto Necesario para Garantizar la Cobertura, julio 2015.

El Gráfico 1 compara los valores estimados del PMO para las actualizaciones anuales realizadas entre 2010 y 2015. Como puede observarse, el costo del PMO ha seguido una tendencia creciente que, además, ha aumentado su tasa de crecimiento anual en los últimos tres años bajo análisis.

Esto significa una aceleración en el incremento del costo del PMO en dichos años.

En todos los casos la estimación de costos del PMO se encuentra por encima de la tasa de inflación, independientemente de la fuente consultada.

En igual período el INDEC ha estimado un incremento del costo de vida de alrededor del 15%. El Informe Price Stats para este año (julio 2014 a julio 2015), elaborado por el semanario inglés The Economist ha informado una inflación de 24,8%. Otros indicadores como el índice Congreso la sitúan en el 27%.

En el Gráfico 2 comparamos la inflación oficial, la de consultoras privadas (Price Stats) y los incrementos de costos del PMO entre los diferentes períodos considerados en cada actualización realizada. Los datos refuerzan la observación anterior. El costo del PMO estuvo muy por encima de los distintos índices de inflación considerados por consultoras privadas, y por supuesto muy por encima de los datos reportados por el INDEC.

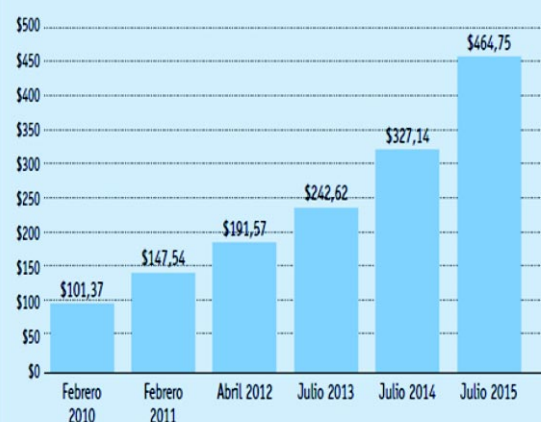
En este contexto es importante analizar la temática de los co-seguros como mecanismos de regulación del sistema y los parámetros de actualización de los mismos. En un período de elevada inflación y no habiéndose actualizado los montos fijos previstos para consultas y estudios, los valores de los mismos resultan irrelevantes.

Los únicos co-seguros que mantienen su relevancia y vigencia dentro del PMO son aquellos que se determinan como porcentaje del valor del renglón y que por lo tanto se

Gráfico 1

Gasto estimado del PMO

Comparación 2010 a 2015



han actualizado con la inflación. De ellos, sin lugar a dudas, el más importante ya que prácticamente representa la totalidad del gasto de bolsillo corresponde al copago por adquisición de medicamentos ambulatorios, que el afiliado abona directamente en un porcentaje variable según el tipo de medicamento.

Este aspecto tiene un impacto directo sobre la equidad en tanto son los hogares con menores ingresos los que registran una mayor incidencia en el gasto de bolsillo.

En el PMO, a julio de 2015, el beneficiario abona de bolsillo \$ 31,08 por mes, de los cuales \$ 26,67 corresponden a medicamentos.

Según las estimaciones realizadas con estos datos, el gasto de bolsillo representa a julio de 2015 el 6,7% del costo del PMO, es decir 1,5 puntos porcentuales menos

que los valores registrados a julio del 2014, (8,2%).

En el Gráfico 3 se observan los valores financiados por los agentes de salud y el gasto de bolsillo en febrero 2010, en febrero 2011, en abril 2012, en julio 2013, en julio 2014 y en julio 2015.

En la Tabla 1, se pueden obser-

var los valores por grupos de prestaciones en julio 2014 y en julio de 2015. En dicha tabla vemos que el porcentaje de incremento resultante ha sido un 24,2% para los Programas Preventivos, un 48,1% para las Prestaciones Ambulatorias, un 19,4% para las Prestaciones con Internación y de un 76,5% para las Prestaciones Especiales.

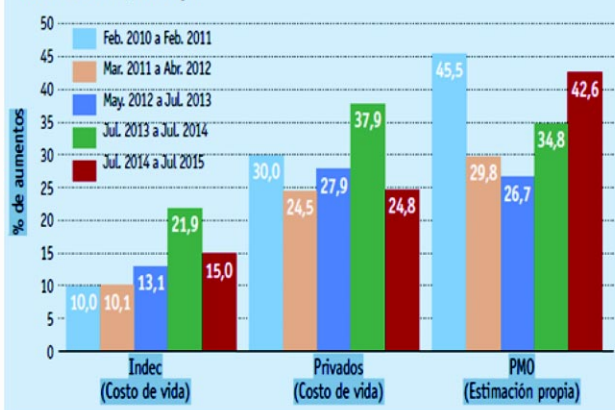
RESULTADOS

El costo per cápita del PMO, sin considerar los gastos de administración, fue estimado en \$ 464,75 (cuatrocientos sesenta y cuatro pesos con setenta y cinco centavos). Este valor comparado con el resultado obtenido en julio de 2014 (\$ 327,14) ha significado un incremento en un año calendario (julio 2014/ julio 2015) del 42,64%.

Gráfico 2

Incrementos comparativos

2010 a 2015. En porcentajes



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

CONCLUSIÓN

La actualización periódica de los valores de las prestaciones que conforman el PMO es una herramienta de suma utilidad para la toma de decisiones de los Agentes del Seguro de Salud. Por eso, a sabiendas de que los entes oficiales responsables de esta temática no realizan este tipo de mediciones y, si lo hacen, no lo publican, es que hemos asumido el compromiso de efectuar anualmente una actualización.

En la medida que las primas que perciben las Obras Sociales no están relacionadas con la evolución del costo de las prestaciones ni con los riesgos asumidos, máxime cuando muchos de los valores de los co-seguros han quedado desactualizados, es de mucha utilidad tener un indicador que permita estimar la posible carga financiera que tendría que afrontar una obra social que tiene obligación legal de brindar las prestaciones médicas incluidas en el PMO y también evaluar cómo esos valores se incrementan año a año.

La falta de reportes oficiales que determinen periódicamente el valor del PMO (situación que se verifica desde hace muchos años) hace que los agentes del sector salud deban prestar obligatoriamente una canasta de prestaciones sin contar con una referencia externa de la variación de su valor, aun cuando en teoría las autoridades cuentan con toda la infor-

mación necesaria para determinar estos valores. No debemos perder de vista, además, que es la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.Salud) la responsable de aplicar mecanismos de compensación que permitan a todos los agentes del seguro obligatorio alcanzar el nivel de recursos necesarios para brindar un PMO en igualdad de condiciones con los agentes que, debido a la rama de actividad en la que se insertan sus afiliados, cuentan con ingresos promedio más elevados.

El alto costo de algunos de estas prestaciones, no siempre reflejado en mejoras sustantivas del estado de salud de las poblaciones o subpoblaciones, encarece los servicios, sobre todo si su utilización no obedece a indicaciones precisas y rigurosas. La Argentina no es el único país en el que esto ocurre, muy por el contrario, el crecimiento del gasto en salud es constantemente mayor que el del PIB per cápita en casi todos los países.

En el caso del PMO, las nuevas tecnologías deberían necesariamente someterse a una evalua-

ción de base científica que examine su eficiencia y efectividad y que por lo tanto aseguren su contribución a la mejora de la salud de la población, en términos de cantidad y calidad de vida.

Pero nos encontramos con la constatación de la acentuada y muchas veces inexplicable variabilidad de la práctica clínica, evidenciada en diferentes frecuencias de uso, y también de diferentes técnicas y procedimientos aun en poblaciones similares en cuanto a sus perfiles epidemiológicos y composición demográfica.

También es manifiesto el hecho de que las nuevas tecnologías no siempre sustituyen la cobertura de las ya existentes, sino que por el contrario se suman a éstas, sin las evaluaciones económicas que certifiquen que se tratan de procedimientos costo-efectivos, eficientes y de calidad.

Tenemos que subrayar, como lo hemos hecho en publicaciones anteriores, el desfinanciamiento que provoca en los agentes de salud la aparición de enfermedades conocidas como catastróficas entre su población asegurada. El tratamiento de estas enfermedades insinúa significativos recursos económicos y su frecuencia es muy variable.

Creemos que esta situación debe ser tomada como un llamado de atención para analizar con premura mecanismos de cobertura que minimicen esos riesgos, entre ellos un seguro de enfermedades catastróficas sobre el que estamos trabajando en particular. □

Gráfico 3

Gasto estimado del PMO

2010 a 2015. Apertura por origen de fondos



Tabla 1

Grupos de prestaciones

Incremento de valor

Descripción	Julio de 2014	Julio de 2015	Incremento en porcentaje
Programas preventivos	\$ 24,65	\$ 30,61	24,2
Prestaciones ambulatorias	\$ 153,19	\$ 226,80	48,1
Prestaciones con internación	\$ 98,40	\$ 117,49	19,4
Prestaciones especiales	\$ 50,91	\$ 89,86	76,5
Total costo PMO	\$ 327,14	\$ 464,75	42,1



COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

PUBLICIDAD

REVISTAS (HOUSE ORGANS)

LIBROS CORPORATIVOS

DISEÑO Y DESARROLLO WEB

REDES SOCIALES (COMMUNITY MANAGEMENT)

DISEÑO GRÁFICO

IMAGEN CORPORATIVA

MARCAS (BRANDING)

CONTENIDOS

FOTOGRAFÍA PUBLICITARIA

La Economía de la Salud, Amparos y Agencias de Evaluación (1ra. parte)

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial



ECONOMÍA POLÍTICA EN GENERAL

Es la ciencia que se ocupa de la administración de recursos finitos para satisfacer necesidades infinitas.

Siempre hay un buen motivo para gastar más.

Estos motivos pueden ir desde absolutamente racionales a claramente irracionales.

Imaginemos, por ejemplo, multiplicar el gasto en equipamiento y salarios de docentes y médicos del sistema público: todos querrían ingresar a ellos y permitiría seleccionar a los mejores, quienes bien pagos y con el mejor instrumental prestarían mejores servicios.

Desde el punto de vista individual se puede ir desde lo plenamente "denme de comer a mí y a mi familia porque no tengo recursos para la comprar alimentos" a absurdos: no faltará quien daría buenos motivos para que el estado construya una autopista que le permita llegar de su casa al trabajo en menos tiempo, aunque le sirva a una docena de individuos y que costara más cara que mudarlo cerca del trabajo. Y no faltará quien dará muy buenas explicaciones por las que el estado le deba subsidiar, o aún regalar un auto de lujo.

Tiene dos grandes limitantes:

El total de recursos que siempre se agotan.

Y la apreciación de los motivos que es subjetivo.

Por eso es imprescindible que exista un administrador, el estado, que decida en qué y cuánto se gasta y ahí es donde siempre comenzaron los problemas.

Otro de sus principios es la optimización del gasto: obtener el mayor beneficio al menor costo.

Es el que aplican desde un CEO de una gran aerolínea que compra aviones Airbus y no Boeing porque gastan menos combustible a un ama de casa que compra las frutas y verduras de estación porque son más baratas y tienen más nutrientes.

LA ECONOMÍA DE LA SALUD

Sufre de las mismas limitaciones que la economía en general a la que se agregan varios que complican la elección de las necesidades a satisfacer.

Si es pública la afectan las limitaciones generales de la economía.

Entrando al microcosmos de los sistemas de cobertura privada, las obras sociales y los prepagos, advertimos que ambos son solidarios: lo que consume uno lo pagan los demás aportantes. Por ende, el interés individual está en permanente contradicción con el colectivo.

El gasto médico no es "racional". No mantiene la ecuación costo/beneficio.

Debemos distinguir entre gasto "en salud" vs "gasto médico".

El gasto en salud incluye los servicios públicos como los sanitarios, mejoramiento del medio ambiente, viviendas adecuadas, higiene y seguridad del trabajo, todos factores con alta incidencia, difícil de cuantificar pero que se advierten claramente en las estadísticas sanitarias.

Quando entramos en el gasto médico advertimos que, a menor complejidad, mayor eficiencia.

Lo que más rinde son las campañas de prevención y el tratamiento de las enfermedades detectadas tempranamente.

A mayor complejidad baja la eficiencia, algunas estadísticas dicen que se llega al extremo de que en muchos casos el 70% del gasto médico individual se emplea en "tratar" la enfermedad que mata al paciente.

EL LIMITANTE ÉTICO Y LA ECUACIÓN COSTO-BENEFICIO

Si aplicamos la ecuación costo-beneficio al gasto médico deberíamos decirle, por ejemplo, a una persona de 65 años con un cáncer de alta mortalidad que si cruzamos las cifras de expectativa de vida disminuida por la mortalidad de su patología nos da tres o cuatro años y que con ese mismo dinero le hacemos el PAP a 1.500 mujeres con lo que salvaremos unas 30 vidas con una duración de no menos de 30 años con lo que la cuenta "no cierra" porque a él le haríamos ganar 4 años contra 900 de las mujeres salvadas así que: sólo cuidados paliativos.

El rechazo que causa sólo imaginar el inventado diálogo del gerente de la obra social con el paciente nos da la pauta de que la fría aplicación de la ecuación no es viable en gasto médico.

Pero algún límite debe haber porque los recursos son limitados, en algunos amparos la cuestión ha sido llevada al extremo que, adelante, podríamos ubicar en "la financiación de la esperanza".

¿QUÉ ES UN RECURSO DE AMPARO?

Un procedimiento judicial para causar (que haga algo) o hacer cesar (que deje de hacer) un acto u omisión del estado o de un particular que en forme actual o inminente, lesione, restrinja, altere o amenace.

Con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta.

Un derecho o garantía explícita o implícitamente reconocidos por la Constitución Nacional, un tratado o una ley.

El Derecho a la Salud se encuentra tutelado en, al menos, cuatro tratados generales de jerarquía supra legal (superior a las leyes) de acuerdo al art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional y si le agregamos los que

protegen a los niños y adolescentes y discapacitados la lista se incrementa.

Ellos son: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre los Derechos del Niño.

Todos tienen jerarquía constitucional, no se consideran contradictorios con los demás derechos, como la propiedad y de ejercer toda actividad lícita de los que se entienden "complementarios".

El Estado, el deudor primario de los derechos que concede a los habitantes, pero tiene varias formas de cumplir con sus obligaciones:

En el caso de la salud, una es hacerlo en forma directa, mediante el hospital público.

Y otra es obligar a un tercero a que lo cumpla, dándole los recursos como hizo con las obras sociales o reglamentando la actividad como la medicina prepaga.

AMPAROS EVOLUCIÓN

Al principio la gran mayoría se refería a claros incumplimientos de las prestaciones obligatorias por las obras sociales o del contrato de medicina prepaga o de evidente mala fe contractual como dar de baja sin causa a un enfermo "caro" al poco tiempo de conocer que sufría de la enfermedad.

Así se sentaron principios que anticiparon la ley 24.240 (1993) de Defensa del Consumidor.

La ley 24.455 obligó a las obras sociales a cubrir los tratamientos de HIV y drogadependencia a las Obras Sociales (1995), varias se negaron, caprichosamente a nuestro entender, a cumplir y comenzaron a prosperar los amparos favorables.

La ley 24.754 (1997) obligó a las prepagas a dar las

mismas prestaciones mínimas obligatorias que las Obras Sociales y más amparos prosperaron.

En la crisis del 2001/2002 el PMO original fue reemplazado por el PMO de Emergencia que limitó las prestaciones cubiertas, o les fijó máximos por paciente/año. Así quedaron sin cobertura específica muchos pacientes que realmente las necesitaban.

Y en ese contexto los amparos se multiplicaron.

EL CAMBIO CUALITATIVO

Además de la cantidad se produjo un cambio interpretativo del requisito "arbitrariedad o ilegalidad manifiesta".

Antes debía existir contradicción clara con la norma, por ejemplo: una prestación obligatoria según el PMO, negada, es "ilegal".

El concepto se amplió a tener por "arbitraria" la negativa a cubrir una práctica necesaria para preservar la salud con independencia de que figurara en los listados de prestaciones.

Así ingresaron la fertilización "in vitro", el "by pass gástrico", algunos tratamientos novedosos contra la diabetes y varios más mucho antes que se promulgaran las leyes especiales que ahora los hacen legalmente obligatorios.

La amplia definición de las prestaciones por discapacidad aumentó el número.

Podríamos decir que en ese momento la represa se fisuró.

Y la fisura fue creciendo hasta que se derrumbó, llegando a extremos que llamaron la atención de los propios tribunales y que ya son, felizmente raros.

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

Odontología para Sistemas de Salud

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

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

> SOCCLUS SA
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)

> Mapa República Argentina - algunos nodos de la RED SOCCLUS

La Pericia Médica y el Riesgo en los siniestros de Mala Praxis Médica

Por el Dr. Pedro San Juan

Los reclamos por responsabilidad profesional médica o institucional, se han instalado en nuestro país como una realidad desde el año 1990 aproximadamente, lo cual significa que ya contamos con más de 25 años de experiencia en el tema y hemos visto una evolución del mismo que nos permite hacer algunas reflexiones.

Desde el inicio de la cobertura asegurativa en el rubro "Praxis Médica" para profesionales e instituciones de salud, hemos visto pasar a compañías que brindaron coberturas sin analizar ningún riesgo y también las vimos desaparecer, provocando grave preocupación y desconfianza en los asegurados en relación a las compañías aseguradoras.

Así fue como nacieron las empresas monorrámicas, especializadas en el rubro Praxis Médica, que lograron recuperar la confianza de profesionales de la medicina e instituciones médicas en general; y se comenzó a realizar ¡¡Por fin!! La imprescindible tarea de administración de riesgo en forma mucho más organizada y pautada sobre la población asegurada.

Hoy todas las compañías aseguradoras del riesgo praxis médica analizan el riesgo de los incidentes y siniestros denunciados por sus asegurados, y se ha generalizado entre las empresas líderes en el mercado el análisis de riesgo personalizado de cada reclamo.

Esto ha permitido utilizar la negociación como herramienta de gran utilidad para lograr acuerdos en mediación o en juicio, preferentemente antes de la realización de la pericia médica; y en ocasiones como consecuencia de ella, antes de la sentencia.

Si se analiza la gestión pericial médica dentro del riesgo siniestral, desde la década del noventa hasta la actualidad, también se han producido muchos cambios.

En 1990 la mayor parte de los peritos médicos que debían dictaminar en juicios de mala praxis médica trataban de ser benévolo con sus colegas. Sin embargo, hoy la situación ha cambiado.

Como primera medida, la actividad médica se ha proletarizado cada vez más, y por ello cada vez hay más médicos que se anotan anualmente para hacer pericias; buscando una forma de incrementar sus ingresos, pero muchos de ellos no están especialmente interesados en la metodología médico legal.

El objetivo de algunos de estos médicos es claro, y no se trata de colaborar con los Jueces para administrar justicia sino

que utilizan el informe pericial para asegurarse de incrementar el monto de la regulación de honorarios.

En los últimos años se ha incrementado el número de especialistas de renombre en edad jubilatoria ya bien cumplida, cuyo pulso y vista no le permiten realizar las actividades que les permitieron vivir holgadamente; que han encontrado una veta para lograr su objetivo, y utilizan sus títulos de "Profesor" para influir sobre los Jueces determinando responsabilidades inexistentes en los casos de responsabilidad médica.

Estos peritos verdaderamente expertos, son difíciles de neutralizar, porque hacen uso y abuso del peso de su currículum; y dan vuelta cualquier previsión previa realizada sobre un análisis objetivo del caso utilizando los criterios de la Medicina basada en la Evidencia.

Esta variedad de peritos generan sentencias condenatorias donde debería producirse una absolutoria, simplemente porque el objetivo del perito no es asesorar a V.S. con objetividad, sino lograr una condena basada en la lisa y llana transcripción del informe.

En la Ciudad de Buenos Aires no existe ninguna institución médica en la que se pueda realizar una denuncia sobre estos casos, y en la Provincia de Buenos Aires, los Colegios Médicos no han mostrado ningún interés de ocuparse de estos profesionales; que a la postre son colegiados en el distrito, pero no reciben ningún tipo de sanción por mantener esta conducta que deshonra la investidura para la cual son designados.

En la Justicia existe la figura jurídica del Falso Testimonio del Perito, pero hasta el momento no se conoce que algún médico haya sido sancionado, aunque en este momento tengo conocimiento que hay una causa penal en trámite por este motivo.

Independientemente de las conductas que se puedan utilizar para sancionar a los peritos que mantienen este tipo de conductas, se considera que en la evaluación de cada siniestro, no solo por la existencia o no de responsabilidad y por la entidad del daño por el que se reclama; se incluya el riesgo pericial para la toma de decisiones en relación a la forma de manejar el mismo.



ES BUENO TENERTE



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet www.buenosaires.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. 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.acudireemergencias.com.ar

