

Médico

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

EDICION ANIVERSARIO

Medicina Global

AÑO XII - N° 59 - 2010 - \$15

Luciano Di Cesare:

**“La gestión
hace la
diferencia”**

El Director Ejecutivo del Pami hizo un repaso por los avances y el espíritu de la gestión que lidera.

En ese sentido expuso los ejes necesarios para llevar adelante acciones de innovación y desarrollo de nuevas tecnologías en salud.


220 330 440 550
Planes de Salud



GALENO

0800 777 4253 | www.e-galeno.com.ar

todo bien

disfrutá tu viaje
sin preocupaciones.



30 años

celebrando la vida

asistencia al viajero
www.universal-assistance.com

u
universal
assistance



**MAPFRE SALUD FELICITA Y SALUDA
A REVISTA MÉDICOS EN SU 12° ANIVERSARIO.**



MAPFRE SALUD • MEDICINA PRIVADA
La tranquilidad de estar bien cuidado siempre

0800-999-3993 • www.mapfresalud.com.ar

Estamos para cuidarte.

 **MAPFRE | SALUD**



**UN GRUPO, SU GENTE,
SUS VALORES.**

0810 555 OSDE (6733)



OSDE

GRUPO OSDE. UN GRUPO DE PERSONAS.

ASSIST-CARD LE BRINDA LA TRANQUILIDAD
Y EXPERIENCIA EN ASISTENCIA AL VIAJERO
QUE USTED NECESITA

DIVISIÓN SA+UD



Con un simple llamado telefónico a nuestra central más cercana, las 24 horas, recibirá en su idioma la ayuda necesaria para solucionar cualquier imprevisto.

 **ASSIST-CARD.**

Lejos... la mejor compañía

Más cerca de tu Salud



Construir Salud te ofrece **"Sanus"**, un conjunto de programas de promoción y prevención para el mejor cuidado de tu salud.

Estos programas están dirigidos a la población beneficiaria y tienen como propósito común la eliminación de riesgos, la mejora de la calidad de vida y también el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra población.

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

Líder en Medicina Familiar
Calidad Médica Administrativa
Sanatorio Propio de Alta Complejidad e Internación
Tecnología de Avanzada y Amplia Cobertura
Centros Médicos Propios en todo el país

0-800-222-0123
www.construirsalud.com.ar



Extranet Medifé, la mejor manera de operar.



Instituciones, Profesionales de la Salud y Medifé
juntos en un espacio exclusivamente pensado
para trabajar en equipo.

Encuentre más información en www.medife.com.ar

Servicios:

- Información sobre fechas de pago
- Artículos médicos traducidos
- Manual farmacéutico con detalle de descuentos Medifé
- Planillas y formularios para descargar en pdf
- Actualización de datos de contacto
- Eventos y jornadas de actualización
- Novedades e información útil



Medifé
COBERTURA MÉDICA NACIONAL





HEALTHHIMIS

management solutions

SOLUCIÓN PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS



ALGUNOS CLIENTES:

UP UNIÓN PERSONAL / ACCORD SALUD / HOSPITAL AUSTRAL PREPAGA / ARGENTORES / ALTEC-DOSUBA / ACA SALUD IHSS (INSTITUTO HONDUREÑO DE LA SEGURIDAD SOCIAL) / AETNA/ AMSA / CONSOLIDAR SALUD / CEMIC / PROVINCIA SALUD / HOSPITAL AUSTRAL PREPAGA.

ORACLE
PartnerNetwork
www.oracle.com



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
Radioterapia Estereotáxica
Acelerador Lineal
Total Skin.
Total Body.



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001: 2008



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>

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

gerencia@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@ciudad.com.ar
editorialmedicos@ciudad.com.ar

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Alicia Paz
(Redacción),
Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLOS
TECNOLOGICOS
EN INTERNET:**

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

ASESORES LEGALES:

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

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Preimpresión e impresión: Artes Gráficas Buschi S.A., Ferré 2250/52, (1437) Buenos Aires.

SUMARIO

12 **Grageas**

18 **Voces**

Concentración en grandes cadenas, un obstáculo para el acceso a los medicamentos



18 **Opinión**

Seguridad: un tema central



20 **Opinión**

Salud corporativa

22 **Columna**

Mientras la tierra se movía, muchos estaban en movimiento...

Columna

24 **Reflexiones sobre el financiamiento y la cobertura de salud**

Nota de Tapa

26 **Luciano Di Cesare:** "La gestión hace la diferencia"



30 **Columna**

De objeto de asistencia a sujeto de derecho



32 **Opinión**

Salud, justicia, desarrollo, defensa

34 **Jornada de capacitación en prevención de salud para mujeres ferroviarias**

Las damas primero



38 **Voces**

Las distorsiones en la función de compra de servicios de salud

40 **Informe Especial**

Cuando más no es mejor

42 **Columna**

La ley 26.529 no se reglamenta. Crisis y oportunidades

44 **Opinión**

El Tsunami Global

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 de Seguros ART, AFJP, y demás empresas e instituciones vinculadas al sistema de salud.



Detrás de los pacientes, hay personas. Detrás de las enfermedades, hay vida.

Trabajamos focalizados en la investigación y el desarrollo de tratamientos y servicios de diagnóstico para necesidades médicas no cubiertas aún.

Innovamos en el camino hacia una medicina cada vez más segura, efectiva y personalizada en las áreas de oncología, virología, artritis reumatoidea, diabetes, metabolismo y sistema nervioso central.

Cumplimos 80 años en Argentina con una única pasión: transformar positivamente la vida de los pacientes.



Innovación para la salud

MEDIFE, MAS CERCA DE LOS MEDICOS

A partir del mes de mayo Medifé contará con un nuevo espacio en su sitio web. Se trata de una extranet destinada exclusivamente a profesionales de la salud quienes podrán encontrar allí información útil sobre su práctica profesional y sobre la empresa. Esta iniciativa se realiza en el marco del programa de acercamiento a los profesionales e instituciones que forman parte de la Cartilla de Medifé.

El objetivo de esta nueva aplicación es generar nuevos espacios para trabajar en equipo con los profesionales médicos y, de ese modo, brindar un mejor servicio a los asociados. Entre otros beneficios los usuarios podrán acceder a información sobre fechas de pago, artículos médicos traducidos, manual farmacéutico con detalle de descuentos Medifé, planillas y formularios para descargar en pdf, información sobre eventos y jornadas de actualización.

Los profesionales que trabajan con Medifé (tanto en forma directa como a través de Círculos o Instituciones) y que quieran acceder al espacio podrán registrarse ingresando sus datos en www.medife.com.ar en la sección Servicios On line para profesionales e instituciones.

MEDIFE cuenta con el respaldo y la experiencia de ASE Nacional, reconocida obra social de personal de dirección. Su solidez y calidad de servicio la llevaron a convertirse en una de las principales empresas de medicina prepaga del país. Su aspecto diferenciador es la flexibilidad, lo que le permite desarrollar un sistema dinámico que se adapta a las necesidades de cada empresa. ■



ASSIST-CARD ARGENTINA-DIVISION SALUD

A partir del mes de diciembre de 2009, la Obra Social del Personal de Dirección de Sanidad Luis Pasteur, ha decidido extender su cobertura al viajero, brindando Asistencia Médica Nacional para el total de sus planes de salud. De esta manera los planes "S" y "V" pasan a tener asistencia médica Nacional e Internacional; el plan "P" asistencia médica Nacional y Regional; mientras que el resto de los planes dispondrán de Asistencia Médica Nacional. ■

NUEVA INCORPORACION



La Gerencia Comercial ASSIST-CARD de Argentina, División Salud incorporó a su Staff, a la Sra. Mariela Titaro como Ejecutiva de Cuentas Senior.

Mariela se inició en ASSIST-CARD como Telemarketer, en el año 2002, ocupó distintas funciones en el área comercial y tendrá a cargo las principales cuentas del sector. ■

NOTICIAS ADMIFARM GROUP SA

Ingreso de María Florencia Frontera

Les informamos que desde el mes marzo, el Sector Comercial de Admifarm Group S.A. cuenta con un nuevo integrante: María Florencia Frontera.

Florencia se ha incorporado como Coordinadora Comercial.

Le deseamos éxitos en su gestión. ■

Golf en el San Diego Country Club



El 20 de marzo pasado, se organizó el primer Torneo de Golf "ADMIFARM GROUP" del año, en el San Diego Country Club, ubicado en la localidad de Moreno, provincia de Buenos Aires. El evento contó con la participación de 160 jugadores, quienes con un excelente nivel ofrecieron una emocionante jornada deportiva, que mantuvo al público expectante hasta último momento. Felicitamos a todos los jugadores y a quienes hicieron posible el torneo. ■

Cocktail para clientes

El pasado 30 de marzo, Admifarm Group S.A. organizó su primer happy hour del año para clientes. La convocatoria se realizó en un restarurante de la zona de Palermo, donde todos los invitados compartieron un relax y ameno momento. ■

ASSIST-CARD INTERNACIONAL DIVISION SALUD

La Gerencia Comercial ASSIST-CARD División Salud América Latina, sigue en franco crecimiento en los países de la región. La campaña comercial 2010 ya se ha iniciado y se sigue replicando el modelo comercial realizado en la Argentina en todos los países de la región, explicó su responsable Daniel R.J.Piscicelli.

ASSIST-CARD BRASIL DIVISION SALUD sigue creciendo, informa que a partir del año 2010, firmó convenios de asistencia al viajero, con UNIMED RIO DE JANEIRO, importante empresa del sector con presencia en todo el país. Assist-Card, asiste a cinco de las UNIMED más importantes de Brasil. El convenio realizado, asiste a todos sus afiliados en todo el mundo. La campaña realizada por el responsable de la Gerencia Comercial para toda Latinoamérica, Daniel R.J.Piscicelli y el trabajo que realiza la División Salud de Brasil comandada, por Renato Spadafora Ferreira y su Gerente de Salud, Dr. Marcos Betten-court, hacen que la compañía, ya ocupe un lugar importante en el mercado de la salud de Brasil. Las acciones siguen en forma intensa y sostenida en toda la región, replicando el modelo que posicionó a ASSIST-CARD como empresa líder en el mundo de la asistencia.

ASSIST-CARD COLOMBIA DIVISION SALUD, con clientes como SURAMERICANA, COLPATRIA, COOMEVA una de las EPS más importantes del país, POSITIVA (ARP) aseguradora de riesgo entre otras. La División Salud de ASSIST-CARD Colombia, incorporó los productos a demanda especialmente diseñados para todos los distinguidos clientes de SANITAS Colombia, con cobertura medica en todo el mundo.

ASSIST-CARD URUGUAY DIVISION SALUD, sigue expandiendo sus servicios de asistencia. Los primeros días del mes de abril del corriente año, presentó en Montevideo, ante numerosos clientes del sector de la salud uruguaya, los nuevos productos especialmente diseñados. Cerró la presentación con un agasajo y una degustación de vinos realizada en la cava del Restaurant La Corte, donde entre otros se encontraban funcionarios de UCM, La Asistencial de Punta del Este. Grupo Semm, Sanatorio Mautone, entre otros importantes invitados.

Sigue el crecimiento en la región, Venezuela, Ecuador, Panamá, Costa Rica y República Dominicana, son algunos de los países que ya han iniciado la gestión comercial por medio de sus respectivos Country Managers de cada país. ASSIST-CARD INTERNACIONAL estima un crecimiento del 25 % en el mercado de la salud. ■



ADMIFARM group

Saluda en su doceavo Aniversario a la Revista Médicos





La misión de **Bristol-Myers Squibb** es prolongar y mejorar la vida humana, proporcionando productos farmacéuticos y productos relacionados con el cuidado de la salud de la más alta calidad.

Somos una empresa orientada a la investigación y desarrollo de productos innovadores en áreas terapéuticas claves.



Cáncer



Diabetes



Hepatitis



HIV/SIDA



Aterosclerosis
y trombosis



Transplantes



Trastornos
afectivos



Alzheimer



Obesidad



Artritis



Bristol-Myers Squibb Argentina

Para mayor información acerca de nuestros productos
sírvase contactar a nuestro representante o al departamento médico
de Bristol-Myers Squibb Argentina S.R.L.

Membre 8018C14288KC | Tel: (5411) 4789-8400 | Fax: (5411) 4789-8559 | www.b-m.com.ar

EL AÑO 2009 NOS ENSEÑÓ A MEDIR NUESTRA EFICIENCIA LABORAL

Lic. Maximiliano Huss,
Gerente General
Assist-Card
Argentina.



El año 2009 nos ha dejado muchas enseñanzas. Hemos aprendido a "mirar" con mucha más profundidad de puertas hacia adentro. Suena lógico y casi infantil, pero cuántas veces hemos omitido esta perspectiva tan interesante.

Con una crisis global importante, más las inestabilidades políticas y económicas de la Argentina, los ejecutivos de las Empresas hemos tenido que estudiar las variables internas de la organización para alcanzar las metas establecidas.

Con un mercado de consumo acotado, y las perspectivas globales poco alentadoras, nos vimos obligados a mirar aspectos tan interesantes como:

- La eficiencia en las tareas individuales.
- El compromiso y lealtad de los empleados.
- Fortalecimiento en las comunicaciones internas.
- Reducción de costos directos e indirectos.

Cuando me refiero al concepto de eficiencia (utilización de la mínima cantidad de recursos para el cumplimiento de los objetivos), concretamente me refiero a estudiar los tiempos ociosos y ver la carga de tareas laboral de

TODOS los miembros de la organización. Cuántas veces hacemos la vista gorda sobre empleados que cuentan con exceso de tiempo en el cumplimiento de las responsabilidades asignadas.

Sin dudas, en el año 2009 este concepto ha sido una variable ineludible de observación y análisis dentro de la estrategia global.

También en época de tensión, uno observa el comportamiento individual y colectivo; y el funcionamiento del equipo en su conjunto. Por tal motivo, siempre insisto en los coachings grupales de los gerentes, condición sine qua non para la garantía del éxito. Los compromisos individuales se observan en las pequeñas cosas y en las rutinas diarias, basta con solo MIRAR, para poder darse cuenta quiénes serán los miembros incondicionales que ayudarán a combatir las adversidades. Decir que las comunicaciones son importantes a esta altura es casi una ridículo, pero la pregunta sigue abierta, se aplica ¿como corresponde?

Hablar con frecuencia, mantener el contacto fluido con los empleados, con los jefes y los proveedores es CLAVE en estas épocas. Estamos en el mismo barco y debemos compartir las problemáticas cotidianas. Debatir ideas, tener una mirada global de la situación y manejar alternativas de soluciones compartidas serán las claves para las resoluciones a los distintos conflictos. Por eso es vital dedicarse a establecer un tiempo para COMUNICARSE.

Más allá de las crisis circunstanciales, la negociación y revisión de los costos, debe ser una constante y una prioridad para los departamentos responsables en tal sentido. Por eso vale la pena mencionarlo pero no sorprende como punto a destacar. Claramente resalta en las épocas de tensión pero será parte de la rutina de las autoridades en el control de gastos.

El año 2009 nos ha dejado mucho ejercicio en estos aspectos y nos ha permitido desarrollar aún más el músculo de la EFICIENCIA. ■

OSPAT y una Gestión Exitosa



OSPAT, la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf, comunica que ha pasado exitosamente la primera auditoría de seguimiento de la ISO 9001:2008 de su Sistema de Gestión de brindar salud solidaria a miles de trabajadores argentinos.

La calidad en la gestión es prioritaria para OSPAT, ya que confirma el deber asumido para con cada trabajador, esto es garantizarle el acceso a la salud solidaria a éste y su familia.

OSPAT es pionera en la mejora continua de su gestión solidaria en salud, ya que en 2006 la Obra Social fue una de las primeras en certificar la norma ISO 9001, recertificando en julio de 2009, la versión 2008 de la norma.

La certificación ISO 9001 basada en el enfoque por procesos, implica el desarrollo de un sistema de gestión que se retroalimenta en forma permanente para medir y aumentar la satisfacción del beneficiario. ■

OSPAT, con gestión certificada



Desde 2006, las auditorías y certificaciones son llevadas a cabo por la organización Germanischer Lloyd (GL), compañía líder en certificaciones, quien en esta oportunidad constató el adecuado mantenimiento del sistema de gestión de manera aleatoria en áreas claves de la organización.

"OSPAT mantiene adecuadamente su sistema de gestión de calidad, verificándose una evolución constante e importantes mejoras en su organización" cita el Informe de Auditoría.

Asimismo, fue positivamente observado el compromiso por parte de la Presidencia de la Obra Social con la aplicación del sistema de gestión, como una herramienta de mejora continua. El Dr. Carlos D. Felice, Presidente de la Obra Social destacó "Si hay algún rasgo distintivo que describa a OSPAT, es ser un modelo emergente en el sector de las Obras Sociales, que articula fluidamente lo público con lo privado. Y eso sólo se consigue con gestión y con la excelencia de ésta, por lo que las auditorías de la ISO 9001 son fundamentales. Las mismas ordenan, retroalimentan y motivan ese ejercicio en la búsqueda de la excelencia en nuestro equipo de trabajo tanto en la Obra Social como en la UNION," refiriéndose a la organización gremial que le diera origen, la UNION DE TRABAJADORES DEL TURF Y AFINES (UTTA)". ■

MENSSANA. Red de Servicios en Salud Mental saluda a Revista Médicos en 12° Aniversario.

Una iniciativa nueva en su origen y novedosa en su modelo de atención. Consúltenos, tenemos el servicio que Ud. necesita (54-11) 4811-5337 de lunes a viernes de 9 a 18 h. www.menssanaweb.com.ar ■



SALUDA A REVISTA MEDICOS EN SU 12° ANIVERSARIO



NUESTRA RECETA PARA SER LA MEJOR COMPAÑÍA DE PRAXIS PROFESIONAL.

Compromiso, experiencia, innovación, profesionalismo y solvencia son sólo algunos de los ingredientes que nos convierten en la compañía de seguros líder de Praxis Profesional Médica. Contamos con un equipo de especialistas con trayectoria profesional de excelencia y tenemos el mejor respaldo de reaseguro. Llámenos y compruebe que para estar bien asegurado no hay nada mejor que una buena receta.



ESPECIALISTAS EN PRAXIS PROFESIONAL, RESPONSABILIDAD CIVIL Y CAUCIÓN.

TPC Compañía de Seguros S.A. Av. Belgrano 634, Piso 9 (011) 4876-5300 (1092AATT) Buenos Aires, Argentina.

W W W . W E B T P C . C O M • I N F O @ W E B T P C . C O M

NOVEDADES EN UNIVERSAL ASSISTANCE

Nuevo Director Corporativo para América Latina en Universal Assistance



Universal Assistance S.A. anuncia que José M. Triviño Valdez fue ascendido al cargo de Director Comercial Corporativo para América Latina, luego de desempeñarse por más de tres años como responsable del área comercial corporativa Argentina.

Triviño Valdez será el responsable de llevar adelante los objetivos que fijó la compañía para continuar expandiendo la presencia de sus marcas – Universal Assistance y Travel Ace Assistance - en el mercado corporativo de la región, proyectando así la exitosa gestión realizada en la Argentina, Uruguay, Chile y Paraguay. ■

Universal Assistance junto a "Todos con Chile"



Universal Assistance S.A., a través de su marca Travel Ace Assistance, participó del partido de fútbol solidario que realizó la Fundación del exjugador chileno Iván Zamorano el pasado 29 de marzo en el Estadio de Argentinos Juniors. El mismo se realizó con el objetivo de recaudar fondos, alimentos no perecederos y ropa para ayudar a los damnificados por el terremoto ocurrido en Chile.

De esta acción fueron partícipes exjugadores de trayectoria internacional como Enzo Francescoli, Edgar Davids, Diego Simeone, Fernando Redondo e Ivo Basay, entre otros, y también los cantantes Axel y Lola Ponce. Posteriormente al partido se anunció que a través de las donaciones en el estadio se obtuvieron 9 toneladas de alimentos y 3 toneladas de ropa; 87.600 dólares y 83.000 pesos, y 50.000 pesos en medicamentos. Además, las líneas de comunicación de Cáritas recaudaron más de 50 mil pesos. Universal Assistance S.A., agradece a quienes se sumaron a esta importante iniciativa. ■

El tenis nacional con asistencia de Universal Assistance



La compañía de asistencia al viajero, a través de su marca Travel Ace Assistance, se incorporó como sponsor oficial de la Asociación Argentina de Tenis (AAT).

El acuerdo establece que Travel Ace Assistance brinde su cobertura de asistencia al viajero para los jugadores que integren los seleccionados nacionales y los cuerpos técnicos de dicha asociación durante las competencias en el exterior. La alianza estará vigente durante el año 2010. ■

Gobbi Novag S.A.

INAUGURO SU NUEVA PLANTA DE PRODUCCION DE MEDICAMENTOS INYECTABLES

Gobbi Novag S.A., empresa argentina dedicada a la elaboración de especialidades medicinales desde hace más de cuarenta años, dejó inaugurada hoy su planta de producción de medicamentos inyectables, situada en la localidad de Wilde, provincia de Buenos Aires, que le permitirá quintuplicar su capacidad productiva alcanzando los 4.000.000 de ampollas al mes.

Con una inversión de 19 millones de pesos y el apoyo por parte del Gobierno Nacional y Provincial, la nueva planta de inyectables líquidos estériles de Gobbi Novag permite producir en la Argentina con los más altos estándares internacionales y representa, además, un importante salto en materia de tecnología e innovación industrial.

Del acto oficial de inauguración participaron autoridades del Gobierno Nacional, de la provincia de Buenos Aires, representantes del gobierno provincial y municipal, además de referentes de la industria médica y farmacéutica de entidades públicas y privadas.

Gobbi Novag ofrece sus productos a hospitales públicos y privados nacionales y provinciales, a centros privados de salud, a las principales obras sociales nacionales y provinciales, y droguerías y farmacias de todo el país, y exporta a países de Asia, América Central y América del Sur. ■

CARLOS FELICE EN EL ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE LIDERES HOSPITALARIOS


El Presidente de OSPAT (Obra Social de Personal de la Actividad del Turf), Dr. Carlos Felice, representó a la Argentina en la cumbre de líderes de gestión en salud.

El 23 de abril se realizó en Bogotá (Colombia) el ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE LIDERES HOSPITALARIOS, y OSPAT, la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf, tuvo un rol protagónico entre invitados de 12 países de la Región y de Europa. El Presidente de la Obra Social, Dr. Carlos Felice, disertó en un panel sobre "Tendencias de Administración" que compartió con líderes de gestión de la salud de Brasil, Venezuela, Colombia y España. A la disertación del Dr. Carlos Felice, "El sistema de salud en Argentina: desafíos y un modelo emergente", con la Coordinación del argentino Dr. Norberto Larroca (Presidente de la Federación Latinoamericana de Hospitales), se sumaron en el mismo panel, las del Dr. José Carlos de Souza Abrahao (Confederación Nacional de Salud, Brasil), de Germán Cortés (Director Ejecutivo Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales), de Josep Abelló Padró (Consorti de Salut i Social de Catalunya, España) y del Dr. Roberto Esguerra Gutiérrez (Presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas). El Presidente de OSPAT, Dr. Carlos Felice expresó en su exposición su convencimiento acerca de la necesidad de un cambio de eje en el debate sobre los sistemas de salud en la Argentina. En una argumentación que se ubica alejada tanto de los discursos antidesregulatorios como de aquéllos neoliberales que ensalzan la libre opción de cambio como una bandera que desprecia el valor de la solidaridad del sistema, Felice abogó firmemente por una visión que tenga en cuenta a la dignidad humana: "La visión debe ser antropológica, centrada en el hombre, no en el financiamiento".

El ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE LIDERES HOSPITALARIOS se realizó en



Colombia en el marco del 9º Congreso Colombiano de Hospitales y Clínicas entre los días 21 y 22 de abril pasados, así como de la Feria Meditech 2010. Desde OSPAT, por su parte, la Argentina mostró su voluntad firme de integrar en la gestión a los tres subsectores del sistema de salud, y lo mostró desde su experiencia, exponiendo sus buenas prácticas en la seguridad social. ■



Queremos estar cada vez más cerca

En OSPe brindamos una sólida cobertura prestacional integrada por redes propias y asociadas, sin restricciones ni complicaciones.

Contamos con 26 delegaciones y trabajamos día a día para seguir inaugurando nuevas en diferentes puntos del país.

0-800-444-OSPe (6773)
www.ospesalud.com.ar



OSPe

Comprometidos con la
salud y el bienestar



Concentración en grandes cadenas, un obstáculo para el acceso a los medicamentos

Por el Far. Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA.

Hay una realidad que esta perturbando a los farmacéuticos, esto es la instalación de grandes cadenas de farmacias, las cuales amenazan con monopolizar el rubro en un futuro muy próximo.

El crecimiento y despliegue acelerado de estas cadenas en diferentes puntos del país, no sólo significan un riesgo para la economía de las farmacias, sino también un peligro para la garantía del servicio del medicamento para la población.

El surgimiento y la expansión de estas cadenas tomo fuerzas luego de la crisis del año 2001, etapa que significó un gran quiebre económico para las pequeñas y medianas farmacias, quedando éstas aplacadas y sin armas para competir contra las ofertas y la variedad de opciones de las grandes empresas.

Desde las farmacias de la red de Fefara buscamos hacer frente a esta situación, a través de: actualización y capacitación continua a los profesionales farmacéuticos y un sistema informático que brinda transparencia y calidad a los medicamentos, priorizando siempre el acceso a los medicamentos y la salud de la población.

Los farmacéuticos seguimos reclamando por fiscalización y control en la aplicación de las leyes vigentes y también trabajamos con el fin de concientizar a la población en cuanto al uso racional de los medicamentos.

Los medios masivos de comunicación promueven el uso libremente, con fines exclusivamente comerciales. Consideramos que todos los medicamentos deberían venderse únicamente en farmacias y las publicidades deberían estar acompañadas por una regulación que eduque, informe y cree conciencia en la población.

Por todas estas cuestiones planteadas, el objetivo de FEFARA es crear redes sólidas e independientes, con profesionales capacitados y actualizados, que estén al servicio de la seguridad social y la población.

Estamos convencidos de que la mejor forma de llevar nuestras ideas adelante es actuando, por eso desarrollamos y se está implementando de a poco y con mucho esfuerzo un Programa de Educación Escolar, para aconsejar y advertir a los niños sobre los riesgos y perjuicios por el uso inadecuado de medicamentos.

Seguimos trabajando para que las farmacias sean verdaderamente unidades económicas viables, integradas en un sistema de salud nacional donde los farmacéuticos podamos ejercer la profesión en forma independiente, cumpliendo el rol para el cual fuimos formados, siendo verdaderos protagonistas del sistema de salud. □

Opinión

Seguridad: un tema central

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



La seguridad es, sin dudas, uno de los grandes temas que preocupan a la sociedad en particular y también se traslada a los hospitales públicos poniendo a los médicos en situaciones muy comprometidas.

En este sentido, la Asociación de Médicos Municipales realizó una medida de fuerza en reclamo de mayor seguridad y a raíz de esto logró dar vuelta un fallo: ahora en el hospital Penna, por ejemplo, habrá una custodia policial y la ambulancia saldrá con ella ante cualquier emergencia.

No es la primera vez que se habla de esta problemática: en el Salón Auditorio de la Asociación de Médicos Municipales se realizó un debate que contó con personalidades de todos los ámbitos relacionados a la materia y del ministro de Trabajo, Carlos Tomada.

Para la AMM es importante destacar que hace aproximadamente cinco años recibimos tantos pedidos sobre CyMAT como reclamos salariales y advertimos que era necesario actuar. A partir de allí empezamos a trabajar, hicimos varias jornadas, formamos delegados a través de los cursos, hicimos estudios sobre el tema y hoy tenemos una Comisión de CyMAT que trabaja activamente interrelacionada con los profesionales de los hospitales. La esencia de las CyMAT es lo que hace a una mejor calidad de atención y a un mejor desarrollo de los médicos y los profesionales del equipo de salud.

Nosotros formamos delegados y le llevamos un proyecto al Ministro de Salud del GCBA para servicios de medicina del

trabajo en los hospitales. Es un orgullo compartir con el Ministerio de Trabajo de la Nación y con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo un evento de este tipo. Estamos convencidos que si no cuidamos al que cuida y no asistimos al que asiste, no hay calidad en la atención.

Para Médicos Municipales es importante volver a ser sede de un debate como éste, donde se discuten temas que preocupan y de los que hace años nadie hablaba y se mantenían ocultos; hoy vemos con agrado que todos los sectores que hacen a la salud tomen el tema con la seriedad y responsabilidad que se merece.

Desde hace mucho tiempo que Médicos Municipales viene denunciando el grado de inseguridad que sufren los trabajadores debido a la violencia que se ejerce en determinadas zona de la Ciudad de Buenos Aires y que nos llevó a realizar una medida de fuerza para que las autoridades tomen conciencia de la inseguridad y de los problemas que a diario sufren los médicos y que necesitan más protección.

Este tema fue analizado por el propio Ministro de Trabajo, quien manifestó su preocupación y la necesidad de generar una protección y una legislación para ese grupo de riesgo.

La jornada: "Mejores condiciones de trabajo para un mejor servicio de salud; análisis de la situación laboral de los médicos, personal de enfermería, técnicos y otros profesionales de la salud", fue un éxito por la amplia participación de diversas personalidades que hacen al ámbito de seguridad y profesional, y además, por la importancia de los temas que se debatieron, aunque todos hemos coincidido en la importancia de darle al médico todos los elementos que le permitan trabajar con seguridad. Es un tema que nos importa a todos y que también forma parte de lo que llamamos políticas de salud. □



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.



www.smgseguros.com.ar



Opinión

Salud corporativa

Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Towers Watson

Hoy queremos abordar la cobertura médica que proveen las empresas a su personal. Estamos observando que se acentúan los cambios en la utilización de consultas médicas para los asociados pertenecientes, en su mayoría, a los altos niveles de las empresas.

Probablemente estemos participando de mayores cambios que los que se perciben en materia de atención ambulatoria para los asociados que cuentan con altos niveles de ingreso.

Según nuestra experiencia, hemos encontrado tres elementos que presentan una sensible diferencia con la situación existente hace tres décadas atrás: 1) la participación de los profesionales de prestigio en el sistema. 2) la demora en otorgar los turnos de consulta y 3) el tiempo dedicado por el profesional a la misma. Veamos:

PARTICIPACION: Antes: Casi la totalidad de los profesionales estaban en las cartillas médicas, de manera que sólo había que hacer la elección particular en virtud de la preferencia -o las referencias- que tuviera el asociado.

Ahora: Una importante cantidad de profesionales de prestigio ha dejado las cartillas médicas, por lo tanto la elección se ve considerablemente reducida.

TURNOS:

Antes: Se otorgaban con una espera razonable entre una y dos semanas.

Ahora: En muchos casos supera el mes.

TIEMPO DEDICADO POR EL PROFESIONAL A LA CONSULTA:

Antes: El necesario para un diagnóstico adecuado y para favorecer la relación médico-paciente.

Ahora: Mínimo para ambas cosas (y para la segunda... muchas veces menos que mínima).

Estas diferencias que mencionamos arriba no pasan desapercibidas para la mayoría de los involucrados. Esta semana, en el curso de tres reuniones mantenidas con empresas de distintos sectores -banca, tecnológico y laboratorios- todas compañías internacionales y de primera línea, los responsables del área de RRHH coincidían en que la utilización de médicos que no se encuentran en cartilla es una práctica cada vez más frecuente en los altos niveles de las empresas. Esto es, aquellos que cuentan con capacidad de pago y con expectativas e información respecto de lo que consideran un "nivel profesional adecuado".

En adición a estos comentarios, fueron prácticamente unánimes las críticas respecto del bajo nivel que se observa en los profesionales que realizan visitas de urgencia domiciliaria, así como también en aquellos que atienden en las guardias de los Centros Médicos, incluyendo a los de las entidades de primera línea.

Naturalmente, con solo ver los avisos que se publican los días domingos en búsqueda de profesionales para las actividades comentadas, la sensación que se percibe es que cada vez hay mayor rotación

y menos médicos dispuestos a trabajar dado el bajo nivel de honorarios ofrecidos. Esta situación ¿puede modificarse? Difícilmente.

La alta concentración que se ha producido en el mercado de la oferta de servicios de atención a la salud ha generado volúmenes que, en nuestra opinión, dificultan los cambios. Tomemos como ejemplo una empresa con 500.000 beneficiarios y estemos un promedio de 8 consultas por beneficiario y por año. Esto da un total 4.000.000 de consultas anuales. Supongamos como razonable poner en práctica un incremento de \$ 10 por consulta. Esto nos llevaría a la interesante cifra de \$ 40.000.000 de incremento anual del gasto, es decir poco más de u\$s 10.000.000. ¿Se entiende porqué creemos que es difícil que se modifique?

La consecuencia natural es la salida de los mejores profesionales del sistema, que a la vez generan un círculo de "promotores" de la salida, refiriendo a sus colegas que ganan más dinero, trabajan menos -sobre todo en cuestiones administrativas- no tienen presiones y finalmente, sienten que "recuperaron su dignidad". En realidad es un "círculo virtuoso" porque los pacientes sienten la sensación que también ganan. Un usuario de médicos privado me comentaba tiempo atrás: "Sentirse un "paciente privado" brinda los privilegios de una "Tarjeta Platino". No hay dudas que esa oferta de "Usted prefiere venir hoy por la tarde o mañana por la tarde" o que la "Sala de espera" no se transforma en dos horas de ansiosa lectura de viejas revistas y que el tiempo que le dedica el profesional, las más de las veces se ubica como mínimo en la media hora.

Digamos también que esta situación se da principalmente en la Ciudad de Buenos Aires y el GBA, no así en el interior del país. Básicamente, debido al nivel de acrediación de los profesionales y así logran que el honorario sea más alto -y en algunas regiones, sensiblemente más alto-. Incluso se producen ciertas distorsiones que serán muy difíciles de eliminar. A título de ejemplo basta comentar lo que señalaba la semana pasada una médica pediatra que vive en el interior del país: "además de los honorarios que cobramos (pertenecen a la cartilla de una de las entidades más importantes del mercado) los socios deben pagar un adicional de \$ 30.- por consulta". Lo curioso es que la situación, acordada unánimemente por los médicos, es aceptada resignadamente por la entidad y por los asociados.

Ahora bien, y volviendo a lo que ocurre en la Ciudad de Buenos Aires y en el GBA, para el resto de los participantes del sistema -sectores medios y bajos- prácticamente nada ha cambiado, excepto que la oferta de profesionales de la cartilla se ha reducido sensiblemente.

La gran pregunta es: ¿se está generando un "nicho"? ¿Alguien aprovechará estos cambios? Seguramente sí. Tal vez en el futuro próximo el tema no sean los cambios, sino el surgimiento de un modelo alternativo. □



XIII CONGRESO Argentino de Salud "Incentivemos la esperanza"



XIII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD
"INCENTIVEMOS LA ESPERANZA"

Hotel Park Hyatt Mendoza
Salón de los Espejos
Chile 1124 - **MENDOZA**

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Av. Leandro N. Alem 1067 - Piso 12 - C1001AAF - Buenos Aires

Tel.: 0810-333-3673 - Fax: (011) 5371-6320

Horario: lunes a viernes de 12 a 19 hs.

www.acami.org.ar

www.fundacionosde.com.ar

ENTREGA DE CERTIFICADOS - INSCRIPCIÓN LIBRE Y GRATUITA

ORGANIZADO POR



ACAMI Asociación
Civil de Actividades
Médicas Integradas



Columna

Mientras la tierra se movía, muchos estaban en movimiento...

Por el Dr. Rubén Torres

Suele resultar un lugar común que la fortaleza de las instituciones está en las personas que forman parte de ellas, y muchas veces esta afirmación es utilizada como slogan populista y demagógico por sus conductores.

El violento terremoto que sacudió a Chile en la mitad de la noche del 27 de febrero derrumbó casi totalmente una decena de hospitales, puso en severo daño estructural a una treintena de ellos, y privó en segundos al sistema hospitalario de unas 4.000 camas de distinta complejidad.

Todos quienes hemos trabajado en hospitales, sabemos que la noche es uno de los momentos de mayor debilidad funcional de los mismos, y la suma de aquella brutal arremetida de la naturaleza con esta debilidad, se conjuraron para amenazar con una muerte inminente a los miles de pacientes internados en estos establecimientos. Sin embargo, a las 3.44 h. de aquella noche, los trabajadores de la salud, sin distinciones de profesión ni jerarquías, evacuaron la totalidad de los hospitales afectados (pacientes de distintos grados de complejidad con sus respectivos equipos de asistencia, etc.) sin que hubiera que lamentar prácticamente ninguna muerte, ni entre los pacientes, ni entre el propio personal.

Horas después, recorriendo la zona más afectada, vi a ese mismo personal, después de un enorme esfuerzo, y con la incertidumbre, en muchos casos, de la suerte corrida por sus familias y bienes, continuar trabajando arduamente para reubicar a sus pacientes en la forma más cómoda y segura.

Esa recorrida me permitió también comprobar que la inmediata respuesta de unos servicios de atención primaria fuertes y con una amplia distribución geográfica fueron decisivos en el restablecimiento casi inmediato de la accesibilidad de los ciudadanos al sistema de salud.

Estas referencias, al indudable valor que el recurso humano en salud apropiadamente capacitado y una atención primaria con capacidad de respuesta importante tienen, son tomadas, sólo como una expresión más (de las innumerables que existen), de que estas condiciones constituyen pilares fundamentales en la construcción de un sistema de salud moderno, equitativo y con respuestas dirigidas a la salud y no a la enfermedad de los ciudadanos.

En lo que hace al recurso humano en salud, basta recordar que las "reformas" de los sistemas de los 80 y 90 ignoraron supinamente este componente de los servicios y sistemas, y el resultado ha sido, en la mayoría de los países, y en el nuestro, la conformación de planteles, en todos los niveles del sistema,

absolutamente inadecuados a las realidades epidemiológicas, de carga de enfermedad, sociales y de prioridad vinculada a ellas, a lo cual debemos sumar en algunos casos salarios irrisorios, horarios con dedicaciones inexplicables y a contramano de las necesidades de la gente, y todo ello en un contexto de precarización laboral (informalidad), que contradice profundamente la definición de trabajo decente.

Respecto a la importancia de la APS, no quisiera agregar gotas, a los torrentes de tinta y saliva derrochados por sanitaristas convencidos y funcionarios demagogos, pero creo que ha llegado el momento de pensar y llevar a la práctica seriamente (más allá de los discursos y documentos) la conformación de una red de atención primaria con una visión renovada. Y hago referencia, no, a la lamentable situación de algunas de las actuales redes basadas muchas veces, en el esfuerzo unipersonal de trabajadores de la salud (profesionales y no profesionales) dotados únicamente de una notable e inquebrantable voluntad de asistencia al prójimo, y despojados de los recursos imprescindibles para llevar a cabo su labor; sino a una red conformada por profesionales y no profesionales especializados en medicina general, familiar o rural, acompañados de la suficiente capacidad de resolución, en términos de dotación de recursos de diagnóstico y de especialistas, que no sólo pongan esto cerca de la gente, sino también que liberen a nuestros hospitales de la insostenible presión que se ejerce sobre sus servicios de emergencia.

Ambos hechos (recursos humanos y APS), están relacionados en la necesidad de discutir seriamente una política social que comprenda estas visiones, las cuales muchas veces, lamentablemente, no están en la dimensión del pensamiento de los funcionarios, sino que tampoco están insertas en las demandas, poco reflexivas o profundamente ligadas a intereses de las asociaciones gremiales, profesionales y sindicales.

Cuando citaba los ejemplos del comienzo, y rememorando las duras horas vividas durante aquella noche del 27 de febrero, se me ocurrió pensar que mientras la tierra se movía, mucha gente del sistema de salud se hallaba en un muy productivo movimiento, salvando vidas y protegiendo a los otros. Posiblemente, para el sistema de salud argentino va llegando el momento de ponerse en movimiento, sin esperar a que la tierra se mueva. Vale recordar, que han pasado muchos años, y en la Argentina, además, afortunadamente no tenemos desastres naturales masivos...si en esta categoría no incorporamos, la desaprensión o falta de conocimiento de muchos de los dirigentes del sector. □

PROTECCIÓN

PARA QUIENES NOS PROTEGEN



“RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA”

PRUDENCIA
Seguros 



Reflexiones sobre el financiamiento y la cobertura de salud

Por Carlos Vassallo - Consultor Internacional Economía y Gestión de la Salud y de los medicamentos

Durante los últimos 60 años adquiere protagonismo la atención sanitaria. Hemos estado financiado un amplio complejo tecnológico que sin dudas ha producido importantes beneficios en la salud de las poblaciones del mundo. La demanda de los países desarrollados por mayor y mejor vida saludable ha generado incentivos para que las innovaciones tecnológicas (patentables) hayan tenido un desarrollo más relevante que las innovaciones organizativas y de gestión que no son patentables y que se comportan como bienes públicos.

Qué está sucediendo en los países desarrollados con alta renta per cápita y que han organizado un estado de bienestar extendido. En 1942 el famoso informe Beveridge hablaba de 5 males a erradicar: carencia, enfermedad, ignorancia, pereza y miseria. Y los sistemas de salud de Europa, europeos en su mayoría lo han conseguido. El estado de bienestar disminuyó estos males en forma considerable, en definitiva acortó el tamaño de las brechas para hacerlo gestionable.

Hoy los países desarrollados (salvo Estados Unidos) están discutiendo otra agenda diferente de cuando se puso en marcha el estado de bienestar al finalizar la segunda guerra mundial. El 40% del comportamiento de la población es causa de muerte, los factores de riesgo se han modificado, hay problemas que no se resuelven con más oferta ni mejor tecnología.

Los excesos en la comida, bebida, tabaco, y escaso ejercicio físico constituyen hoy los factores de riesgo más importantes para las enfermedades crónicas con las cuales deben convivir los sistemas de salud. La atención de un paciente crónico es muy diferente a un agudo, se lo atiende de otra manera, requiere continuidad, seguimiento, monitoreo y no se resuelve con una intervención determinada.

Las políticas públicas en los países desarrollados comienzan a discutir cómo incentivar cambios en las conductas y comportamientos riesgosos de la población. Se enfrentan en ese campo con las libertades individuales y posturas que plantean que el Estado no debe intervenir, sino que los mejores jueces son las mismas personas. La mejor política sería de acuerdo con esta interpretación ayudar a las personas a ayudarse a sí mismas. La gente sabe lo que hace y se trata de introducir incentivos que actúen en las decisiones individuales.

Sin embargo, en los tiempos que vivimos con tanta información y mensajes cruzados, la gente no decide racionalmente. Alguien debería ayudar a procesar la información.

La pregunta que podríamos hacernos es si las

decisiones individuales (comportamientos riesgosos) terminan impactando en mayor uso de la cobertura y recursos de los sistemas de salud universales, y en ese caso los Estados no deberían tomar previsiones al respecto. Cuando las preferencias dañan la salud de la persona y los comportamientos riesgosos cuestan dinero. ¿Que hacer? Se habla entonces de una especie de paternalismo libertario.

Mientras los países desarrollados discuten sobre el éxito de sus sistemas de salud y lo que no han podido resolver por esta vía, en América latina estamos todavía atrasados en materia de financiamiento y organización de un sistema de salud que responda a las variadas y complejas necesidades de una población diferente desde el punto de vista sanitario.

Nuestros sistemas todavía no alcanzaron la cobertura universal (más allá de la promesa política teórica), se convive con profundas desigualdades en el acceso vinculado a la situación económica y social de las personas y grupos.

Qué nos pasa en América latina con la cobertura de salud. En primer lugar son escasas las experiencias de haber universalizado los sistemas, consagrando el derecho a la salud. La pésima distribución del ingreso que caracteriza a nuestro continente, la fiscalidad no resuelta (impuestos quién y cómo los pagan), la ausencia de una guerra que afecte a las poblaciones en general sin distinciones de clases son algunas de las respuestas a esta mora en la organización de sistemas más eficientes y equitativos.

Con las excepciones de Cuba (que hizo una revolución política y luego cambio el sistema de salud), Costa Rica que tuvo una vía democrática bien interesante y finalmente durante los ochenta Brasil con amplio consenso transversal, el resto de los países convive con variadas fragmentaciones de coberturas. Podríamos decir incluyendo a Brasil que cada uno tiene la cobertura que puede pagar y no existe un piso asegurado en forma equitativa para todos.

Algunos sistemas sin embargo, conviviendo con inequidades logran mejores resultados sanitarios que otros: por ejemplo Chile y Uruguay. Uno debería preguntarse también si el sistema de salud en realidad no es variable de ajuste de otros factores como por ejemplo el nivel de ingreso de los países.

Una pregunta interesante para hacerse en materia de salud, sería por ejemplo, ¿en qué país a uno le gustaría vivir y hacerse atender si fuera pobre? □

Carlos Vassallo - Consultor Economía de la Salud y los Medicamentos (vassalloc@gmail.com) // www.lgsconsulters.com



Acompañando a la Revista Médicos
en su 12º Aniversario



Si estás bien, se nota.

0800-333-7110
www.accordsalud.com.ar

Un paso adelante en soluciones integrales para la salud

- ADMINISTRACIÓN DE REDES FARMACÉUTICAS
- INFORMES ESTADÍSTICOS Y DE CONSUMO
- VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS
- CENTRO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
- FARMACIAS PROPIAS
- MANAGEMENT FARMACÉUTICO
- USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS
- ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA



ADMIFARM group

PROFESIONALISMO + INNOVACIÓN + EXPERIENCIA + SERVICIO PERSONALIZADO

H. Yrigoyen 1628 Piso 1 | Ciudad de Buenos Aires | www.admifarmgroup.com

0811 4010-0200

Luciano Di Cesare:

“La gestión hace la diferencia”

El director ejecutivo del Pami hizo un repaso por los avances y el espíritu de la gestión que lidera. En ese sentido expuso los ejes necesarios para llevar adelante acciones de innovación y desarrollo de nuevas tecnologías en salud.

Para celebrar el Bicentenario Argentino, la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Argentina (UCA) realizó un evento titulado “Innovación y desarrollo de nuevas tecnologías en salud”.

El Dr. Luciano Di Cesare, Director Ejecutivo del Pami se refirió a la implicancia de estos temas en la institución que dirige. En ese sentido destacó la necesidad de que las ideas que se definen en la política tengan su correlato en la gestión práctica cotidiana. “Las políticas siempre fueron definidas y hasta aplaudidas, fueron discursivas, pero si en la política no se establece una vinculación con el financiamiento y ese financiamiento no tiene un modelo de gestión que lo haga posible, todo queda en la nada y no deja de ser nada más que discursivo. Por eso la gestión es la que hace la diferencia. El acceso a las nuevas tecnologías necesita financiamiento, necesita definición de políticas y necesita gestión”, sentenció.

El tema del financiamiento del Pami llamó especial atención en un auditorio con presencia de clínicas y sanatorios prestadores del organismo. “Si ustedes han sido efectores del Pami seguramente algunos pueden tener algo de deuda consolidada ‘por ahí’ de antes de 2002, ironizó, aunque marcó un especial cambio de rumbo en este sentido: “Para que no nos pase lo mismo, generamos el fondo de

garantía”, explicó “es un fondo de resguardo que garantiza que los efectores puedan prestar servicios sin el temor de que dejemos de pagarles en algún momento. Recuerden que nosotros somos un ente Público no estatal y no tenemos un presupuesto asignado del Estado Nacional sino una presunción de ingresos” comparó, al tiempo que estimó que “nuestra presunción de ingresos para este año es algo de 13.900 millones”. En ese sentido estimó que sólo el 25% de ese ingreso presunto depende del aporte de los jubilados pero el 75% restante deviene de la actividad económica y el nivel

de empleo. “Si la República tuviera problemas de empleo podríamos recurrir a nuestro fondo para garantizar y asegurar las prestaciones”, graficó.

DECIR Y HACER

Los ejes de gestión que destacó el directivo fueron la atención primaria de la salud, la tecnología al servicio de la gestión, la capacitación permanente del recurso humano y la responsabilidad social que la institución tiene para con sus beneficiarios y el resto de la comunidad.

Sobre la importancia que reviste la atención primaria de la salud, Di Cesare dijo: “Enfrentamos muchos inconvenientes en el sistema de salud en la República Argentina para asistir a la enfermedad, pero tenemos muchas oportunidades para asistir en salud”. Con este enfoque se realizaron acciones tendientes a mejorar las conductas prescriptivas en consenso con los profesionales. “Tenemos alianzas estratégicas que nos permiten a través del médico de cabecera y sus conductas prescriptivas minimizar la interacción medicamentosa, establecer las dosis máximas recomendadas y controlar el consumo de manera global, teniendo en cuenta que los pacientes “en ocasiones concurren de un médico a otro”.

Por ello resaltó la importancia del protagonismo del médico de cabecera: “En ocasiones se dice que peor que no tener médico es tener más de uno. Siempre el clínico sigue toda la aten-



ción y está al tanto con esa mirada 'holística'. Nosotros con los sistemas intentamos verificar esa mirada del médico de cabecera, exactamente con el mismo concepto, y determinar características específicas en el país"

"Habitualmente se habla de atención primaria de la salud, pero los médicos de atención primaria han sido relegados históricamente en la República Argentina, y eran los que menos cobraban", señaló el funcionario, que asegura que esta perspectiva está cambiando.

El nuevo enfoque orientado a la atención primaria reposa sobre las personas: "Establecemos verdaderas estrategias de promoción y prevención y estrategias no medicamentosas", explica Di Cesare, "No todo termina en una receta, no todo termina en una prescripción y en una solicitud de examen complementario de diagnóstico. Los pacientes son individuos. En más de una ocasión lo que fomentamos son terapéuticas de movimiento, de conocimiento, de establecer que el médico y el resto de los compañeros de trabajo presten fundamentalmente su colaboración, que presen el oído y el hombro".

En ese sentido, reconoció erro-

Los Números del transatlántico

- 520** bocas de atención
- 14.700** empleados
- 4.200.000** beneficiarios
- 24.349.000.000** de datos

res del pasado y su intención de no repetirlos: "la historia del Pami es compleja, en ocasiones complicada. Por eso, ha tenido distintas etapas y lo que intentamos hacer es eliminar nuestros estigmas e intentar evitar que nuestras manos sangren -recurrir a ese concepto quirúrgico, ya muy antiguo pero siempre vigente- y siempre recordar que "manos limpias y uñas cortas" hacen el bienestar de todos, no exclusivamente de los sistemas sino también de las personas".

UN TRANSATLANTICO EN MOVIMIENTO

El funcionario destacó el esfuerzo que implica cada toma de decisión en una institución de gran magnitud. "Tenemos que reconocer que el Pami es un gran transatlántico, le

damos al timón y hasta que cambia realmente hay que reconocer que lleva tiempo: no es que todo es maravilloso ni fantástico, todo nos cuesta una barbaridad. Y como todo trasatlántico, que son enormes, cualquier viraje en el timón cuando cometemos un error, toma tiempo rectificar, y rectificar los errores del pasado nos sigue costando mucho tiempo y esfuerzo", explicó.

La tecnología cobra vital importancia, y se coloca al servicio de la gestión para generar los datos necesarios para tomar decisiones. "Cuando los datos son fiables y corroborables se convierten indispensablemente en información. Y la información lleva a tomar decisiones: nos permite saber si vamos en el camino correcto, reconocer el error y al reconocerlo, poder virar el timón".



Sabemos cuidarlo.

En OSPAT, la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf, brindamos la mejor atención médica a más de 270.000 afiliados en todo el país, respaldados por una cartilla de excelencia que incluye a más de 3000 prestadores a nivel nacional.

Mejorando la calidad de vida de nuestros afiliados a través de:

- Modernos Programas de Prevención y Protección de la Salud
- Subsidio por Fallecimiento para titulares
- Turismo y Actividades Recreativas



OSPAT CENTRAL

Flora 15 Piso 6º Piso.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1005 AAG)
0 800 999 3856 - www.ospat.com.ar



OSPAT
Obra Social del Personal de la Actividad del Turf



La cantidad de datos que procesa Pami es de una contundente magnitud: "Tenemos una base de datos única integrada, con 24.349 millones de datos. Por eso constatamos historias prestacionales, seguimiento de los pacientes, y eso nos ha permitido tomar decisiones. Hemos logrado tener mejores protocolos para tratamientos oncológicos, mejores protocolos de seguimientos, poder revisarnos a nosotros mismos y recuestionarnos. En esto la cuestión es dejar de mirarnos el ombligo y basarnos en los datos, analizarlos y volverlos a analizar. Alcanzamos un volumen de tal naturaleza que podemos intervenir en cualquier protocolo de investigación. Es lo que hemos hecho con la Federación Mundial de Neurología sobre algo tan sencillo como el tratamiento de los trastornos cognitivos: cuál es la conducta prescriptiva y con qué resultado. Y nos hemos sorprendido en poder reivindicar que muchas de las prescripciones apuntaban a la nada, y tenían ese mismo resultado: la nada".

Resulta notorio conocer el alto grado de utilización del servicio que registra Pami. De sus 4.200.000 afiliados, 3.464.000 registran utilización del servicio. Según Di Cesare, esto es posible "porque sus efectores transmitieron la información". A su vez gran parte de esta utilización corresponde a prestaciones sociales: "prestaciones que no implican interacción de un médico sino que el verdadero concepto de la salud pública no solamente pasa porque el médico hace medicina. El médico hace medicina con su presencia, pero toda la comunidad y todo

Perfil

El Doctor Luciano Alfredo Di Cesare, es médico graduado en la Universidad Nacional de Cuyo. Es también Magister en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad René Favaloro, Magister en Salud Pública de la Universidad de El Salvador, y Magister en Administración de Negocios de la Universidad Nacional del Centro, Dirección y Gestión en los servicios de Seguridad Social. Ha realizado el Doctorado en Medicina de la Universidad de Buenos Aires y actualmente es director de la Maestría en Gestión y Desarrollo de la Seguridad Social que dicta esa Universidad.

el accionar de la sociedad tiene que estar ahí para darle sustento. Recuerden que el agua potable, el salario digno, la condición de trabajo y el respeto y los derechos de ciudadanía son factores que hacen a un concepto integral de la salud".

RESPONSABILIDAD SOCIAL

El enfoque orientado a la atención primaria y a las personas genera beneficios que trascienden al marco del Pami y sus beneficiarios. "Nuestro modelo no es ni socio sanitario, ni socio asistencial, nuestro modelo es socio comunitario" explica. "Tenemos gran participación en las comunidades, grandes alianzas con los municipios y las provincias y con todo aquel que trabaja en la comunidad y en las organizaciones,

principalmente en los centros de jubilados".

También se refirió a los talleres de integración de la tecnología para los adultos mayores. "Hay más de 280.000 beneficiarios que concurren a muchos de nuestros talleres, como los de informática, y es muy lindo ver cómo se redescubren las familias cuando por ejemplo, empiezan a chatear el abuelo con el nieto", cuenta Di Cesare.

Esta relación con la comunidad se retroalimenta e implica un esfuerzo conjunto. "Cuando digo que es un gran esfuerzo de todos, digo que también es un esfuerzo de la comunidad, porque uno comienza a dar respuestas; y la comunidad y la sociedad empiezan a reclamar. Eso es muy bueno, pero en más de una ocasión mientras mejoramos el servicio mayores deficiencias tenemos", reconoció, al tiempo que destacó que "estamos dispuestos a dar más y mejor".

La responsabilidad social del Pami también se traduce en otras cuestiones concretas, tales como "el Programa de Desarrollo de Prestadores o de efectores, que fundamentalmente son públicos". En este marco, el Pami brinda préstamos o directamente financia proyectos de desarrollo o reformulación, tales como el del Hospital de Abra Pampa en Jujuy, el ADOS de Tucumán, el del Hospital de Clínicas de Córdoba y también a través de este Programa la capacitación de los médicos de cabecera.

"¿Por qué hacemos todo esto?" se preguntó Di Cesare ante el auditorio, "Porque contamos con una responsabilidad institucional con los activos también. Nadie se salva solo", sentenció.

Un aspecto poco difundido de la relación del Pami y la comunidad es la prestación que el organismo brinda a los veteranos de guerra de Malvinas, con todo lo que ello implica, en el plano social y prestacional. "La población de los veteranos de Malvinas ya llega a los 50 años. Fueron los que estuvieron en el teatro de operaciones y tienen a cargo mujeres en edad fértil y niños. Para ellos contamos con un programa adaptado a esta población específica, un programa especial para la asistencia de veteranos".

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRONICOS

Di Cesare también se refirió a la metodología de trabajo que el

Medicamentos con mayor cobertura

Hacia fines de marzo un importante anuncio de Luciano Di Cesare recorrió los medios masivos de comunicación: los medicamentos de uso más habitual entre los mayores pasan a tener un descuento del 80% en todas las farmacias habilitadas por el Instituto.

El aumento en la cobertura contempla aquellos medicamentos de uso frecuente en patologías cardiovasculares, elevado colesterol, hipotiroidismo, gotas oftálmicas y una serie de antibióticos de amplio espectro y elevado costo.

Es importante destacar que el Pami define a esta iniciativa como "un derecho adquirido", con la implicancia que esto conlleva. "Nuestra convicción es seguir trabajando cada día para aumentar estos derechos que impactan directamente en la satisfacción y calidad de vida de todos los afiliados", dijo Di Cesare al presentarlo, luego de reunirse con la presidenta Cristina Fernández de Kirchner y el ministro de Salud, Juan Manzur, en Casa de Gobierno.

Pami lleva adelante con sus pacientes crónicos. "En este programa no sólo establecemos quiénes son hipertensos"- ejemplificó- "sino qué exámenes complementarios reciben, si la medicación la reciben en tiempo y forma y si se realizan los exámenes de seguimiento de la patología". En este sentido, también resulta fundamental la relación entre el Pami y su plantel profesional: "Los médicos de cabecera reciben llamados de atención para decirles: su paciente tiene esta interacción medicamentosa o no hemos registrado el último fondo de ojos para su seguimiento", ilustró.

La decisión de construir esta estrategia de seguimiento a través de los médicos de cabecera surge frente a la situación que encontró Di Cesare al inicio de su gestión. "Teníamos un subdiagnóstico muy manifiesto, incluso registrado por regiones". Había regiones en las que directamente no se registraban hipertensos o diabéticos. "Era un poco extraño que siendo mayores de 65 años no existieran". En realidad, "lo que sí existía y todavía nos queda mucho por seguir, eran pacientes que no estaban bajo tratamiento". En ese

sentido destacó "todo lo que implica tener a un paciente hipertenso o diabético que diagnosticamos cuando ya tiene una complicación", en lugar de hacerlo "cuando tenemos oportunidad de tratarlo y curarlo", ante los primeros síntomas de la enfermedad.

UN CAMBIO INTEGRAL

Para Luciano Di Cesare, lo que experimenta el Pami en los

Más Pami en la Provincia de Buenos Aires

El Gobernador bonaerense Daniel Scioli, el Director Ejecutivo del Pami y el Ministro de Salud provincial, Alejandro Colia, firmaron un Acta de acuerdo para ampliar la cobertura de salud para jubilados y pensionados en toda la provincia de Buenos Aires.

Puntualmente, la firma de este convenio implica una mayor cobertura integral para los afiliados de Pami en los hospitales públicos bonaerenses, la ampliación del número de cápitales de los hospitales que integran la Red Hospitalaria provincial y el aumento en los niveles de complejidad de los citados hospitales como efectores de la obra social de jubilados y pensionados.

Por otra parte el Pami, inauguró 2 nuevas sedes en La Plata. Según el Subdirector Ejecutivo del Instituto, Mariano Cardelli, esta nueva agencia "mejorará la accesibilidad de unos 10 mil afiliados a su obra social en la zona más populosa de la periferia sur de La Plata".

últimos años no es un cambio de imagen, sino el correlato de un cambio de política de gestión. "Pami ahora representa nuestra visión que es Por una Argentina con Mayores Integrados. La integración es la que realmente hace la diferencia".

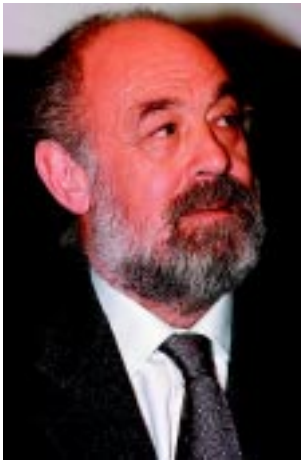
"Intentamos dejar de ser una institución boba", graficó Di Cesare, "mantenernos en movimiento es lo importante". □



Comprometidos con la Mejora Continua
de la Calidad del Servicio Farmacéutico.

Hipolito Yrigoyen 900 Piso 5 Of B 1086 Capital Federal
Te. 011 4342 9473 - email: federacionfarmaceutica@infovia.com.ar
www.fefara.org.ar





De objeto de asistencia a sujeto de derecho

Por el Doctor Ignacio Katz

“Y si no estudiamos nuestra propia realidad, ¿quién lo va a hacer por nosotros?
Risieri Frondizi”

El desarrollo de una Nación depende de múltiples factores, entre los cuales podemos ubicar al propio crecimiento de las capacidades económicas del país. No hay autonomía posible sin la presencia de industrias pujantes, que generen mano de obra local y que ofrezcan bienes y servicios a precios más accesibles que los producidos en el exterior. Además, ese proceso enriquece cualitativamente a la sociedad, que adquiere nuevos conocimientos, materia vital en estos tiempos.

Ciñéndonos al campo sanitario, observamos que en muchas ocasiones dependemos de tecnologías e insumos importados, lo que, además de encarecer los costos, acentúa nuestra dependencia y nuestra ignorancia. Retomando la frase de Risieri Frondizi, somos nosotros quienes necesitamos estudiar nuestros problemas. Nadie hará esa tarea en nuestro lugar. Por lo tanto, focalicemos aún más nuestra mirada, y analicemos un caso, el de las enfermedades renales y su tratamiento en base a la diálisis, para ilustrar esta situación de dependencia externa, una dependencia que se vuelve tanto material como cultural.

Un exhaustivo informe realizado por el Ministerio de Salud de la Nación, da cuenta de la cantidad de pacientes en diálisis crónica, y de la cantidad de centros correspondientes a esos tratamientos, actualizados al año 2007. Del Registro Argentino de Pacientes en Diálisis Crónica, se desprende que hay 25.031 personas que deben someterse a esos tratamientos. Este número indica un incremento constante de los pacientes en diálisis, desde que comenzó el Registro en 2004, y el análisis de las variables muestra que en la región del Litoral se registran tasas bajas, lo que lleva a pensar que hay dificultades para acceder al tratamiento. Por otra parte, el Registro de Centros de Diálisis indica que en todo el país hay 471 unidades de tratamiento, de las cuales 394 son privadas, tanto de multinacionales como de empresas independientes, en su mayoría Pymes de médicos nefrólogos.

Si nos concentramos entonces en la parte priva-

da que depende del capital multinacional, vemos que esas empresas, en muchos casos, operan los centros de diálisis y además fabrican los insumos necesarios para el funcionamiento de los mismos. Así las empresas alimentan sus ganancias vendiéndole insumos a sus propios centros y a otras empresas independientes, a precios internacionales. De esta manera, el paciente queda “congelado” al rol de “cliente”, pero un “cliente cautivo” de la empresa y sus productos. Además, la dinámica de estas empresas lleva a que se concentren casi exclusivamente en las zonas más densamente pobladas, practiquen traslado de pacientes intraempresa sin tener en cuenta el domicilio del enfermo, y tiendan a prácticas monopólicas.

Estamos hablando de un volumen de dinero inmenso. Cada sesión de diálisis cuesta 327 pesos, y si se necesitan 13 sesiones por mes, hablamos de 4.245 pesos por paciente. Al año, el costo del tratamiento para cada paciente es de 50.949 pesos, y si a esa cantidad la multiplicamos por 25 mil, nos da que los tratamientos de diálisis cuestan más de 1.275 millones de pesos (cifras referidas al 2007, y que a la fecha han incrementado su valor y el número de pacientes involucrados).

El mencionado informe detalla qué máquinas e insumos para diálisis se tienen que importar: los monitores de hemodiálisis, las bombas de las plantas de agua, las agujas de fístula, la tela adhesiva hipoalérgica, el bicarbonato, el cloruro de sodio, las resinas de intercambio iónico, los filtros, y otros. La lista es inmensa, y lo que se fabrica en el país (jeringas, vacunas antihepatitis B, hierro, jabones, cintas de papel, gasas), es lo menos costoso. Llegamos al punto nodal de este artículo: la dependencia tecnológica del exterior.

La clave para no caer en el tobogán de la dependencia permanente del “afuera” es, en primer lugar, evitar la llegada a la situación de diálisis, mediante la prevención. La detección precoz y el tratamiento de protección de los riñones son las medidas más apropiadas para abordar la enfermedad renal crónica (ERC). Hay que orientar recursos para atender a quienes sufren enfermedades de riesgo de desarrollar ERC, como son diabetes, hipertensión arterial, afecciones cardiovasculares, periféricas, cerebrovasculares, enfermedad prostática, lupus, y vasculitis. Los recursos no son otros que tener profesionales capacitados y

métodos complementarios sencillos y de bajo costo, (ecografía renal, laboratorio de rutina, etc.) A esos recursos hay que sumarles la educación sanitaria, los cambios de hábitos, el control de la glucemia en los diabéticos, el abandono del tabaco, y medidas de ese tenor.

Llevar adelante esas políticas evitaría seguir encareciendo los costos del tratamiento de diálisis, en un esquema que, como vimos, implica que gran parte de las piezas del engranaje provienen del exterior y hay que pagarlas a precio dólar. Ante hospitales públicos que no interactúan entre sí, y un capital privado dividido entre pymes y multinacionales, hay que revertir la situación de dependencia tecnológica.

Este panorama nos muestra una vez más, que no habrá destino nacional sin un esfuerzo estratégico sostenido y coherente al servicio del desarrollo. Debemos abandonar la recepción pasiva y el uso acrítico de tecnología ofrecida por el mercado internacional, que hoy por hoy solamente potencia la deuda externa y la deuda social.

Mundialización y globalización pueden ser términos intercambiables (según léxicos empleados), pero extranjerización y desnacionalización, ¡no!

Se trata de tener tecnologías apropiadas que respondan, en una "cascada lógica", a los siguientes pasos:

- un plan de salud que enhebre y concatene
- programas que respondan a agendas articuladas
- en armonía a una planificación estratégica
- dentro de un sistema federal integrado de salud, que sólo será posible si su diseño contiene un acuerdo público-privado
- acuerdo que posibilite la complementación, evitando inversiones antieconómicas que se realizan no en función de las verdaderas necesidades, sino en función de las actitudes competitivas de un mercado no regulado como es el de la salud.

El panorama actual, de dependencia tecnológica, económica, y cultural, nos remite al "triángulo virtuoso", descrito por Jorge Sábato y Oscar Varsavsky en los 60, que señala como meta la interacción permanente entre:

- el sistema científico-tecnológico y su infraestructura como sector de oferta de tecnología
- el Estado, como diseñador y ejecutor de la política
- el Sector Productivo, como realizador demandante de tecnología pilares que deben sostener una capacidad científico-tecnológica autónoma,

como instrumento liberador y catalítico, base de un desarrollo armónico e integral.

Si la Argentina en sus desarrollos de innovación tecnológica reciente ha logrado metas complejas y exitosas como el reactor nuclear del INVAP (Instituto Nacional de Investigaciones Aplicadas), ¿cómo no poder asumir entonces nuevos desarrollos como aquéllos a los que hemos hecho referencia con anterioridad, en relación a la ERC?

Hoy, 25 mil personas en nuestro país necesitan para vivir de una tecnología que básicamente depende del exterior, y es un reflejo del grado de subdesarrollo que padecemos. Debemos alcanzar una planificación estratégica nacional, que se haga cargo de la responsabilidad intransferible que tiene el Estado en lo que hace a la salud de la población. Los procesos de extranjerización y desnacionalización económica nos han vuelto un "territorio" en vez de una "Nación", y meros consumidores en lugar de ciudadanos. Y no se trata solamente de comprender el fenómeno como una puja de corporaciones. De lo que se trata es de no caer en conductas desertoras a la hora de preservar la dignidad humana argentina.

Si un país no tiene libertad de maniobra, ni capacidad innovativa, por más bellas palabras que pronunciamos, siempre estaremos limitados en nuestro desarrollo.

El laberinto de actores del campo sanitario argentino es un triste presente que debe remediarse, para que todos los actores involucrados, con el Estado como garante y orientador de recursos, para salir de la parálisis permanente y encarar el futuro con esperanza. Recordemos que hay 25 mil personas que dependen de máquinas para sus vidas, y de ellas 5 mil están en lista de espera por un trasplante.

No nos estamos refiriendo a un consumo ni ostentatorio ni volitivo, sino a una necesidad de aplicación obligada. No es un rubro menor en la economía médica, y dadas las características de su dinámica va potenciando la ineficiencia técnica y bloqueando la innovación, componente éste esencial en todo desarrollo científico.

Si logramos revertir esta condición, nuestro País, o sea todos nosotros, ¡saldremos ganando! □

Dr. Ignacio Katz. Doctor en Medicina (UBA). Autor de "En búsqueda de la salud perdida" (Edulp, 2006); "Argentina Hospital, el rostro oscuro de la salud" (Edhasa, 2004); "La Fórmula Sanitaria" (Eudeba, 2003)



Su salud en las mejores manos

Avda. Independencia 2852
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Call Center 0800-333-3313



www.osfe.org.ar





Salud, justicia, desarrollo, defensa (*)

Por el Dr. Rodolfo Alberto Vincent (**)

Intentemos entender qué cosas hacen difícil un Sistema de Salud sustentable e integral en nuestro país.

SALUD:

Nos abruma diagnósticos antagónicos, que generan acciones agotadas en sí mismas y datos no fidedignos enarbolados para sostener dilemas, cuando en realidad sólo permiten decir que puede que sí, que no y que todo lo contrario.

Aturden consignas, eslóganes, arengas y diatribas. Entre los que apenas podemos discernir procesos indispensables y realidades necesarias. ¿Hay certeza de qué nos pasa en Salud?, o deberíamos decir como Ortega y Gasset: "Cuando no sabemos lo que nos pasa, eso es lo que nos pasa".

Por tonto que parezca, el primer proceso para tener un Sistema de Salud es recuperar la palabra y sus sentidos, hoy un gris de noche y niebla que oculta las verdades esenciales con metáforas y sofismas, e instala un "como sí" ética y racionalmente inaceptable, pero moral y socialmente aceptado.

Decimos actuar en "el Sector Salud": falso. La mayoría actuamos en "el sector enfermedad". Salud es bien otra cosa. Y dentro del Sector Enfermedad, la consigna es el silencio. Desde el cartel de la enfermera hasta las consignas del proceso.

No hablamos de nuestros miedos, cansancio, dolor, sufrimiento, escepticismo, el "lamentable error" propio o del colega, las relaciones de vasallaje y los espacios de poder con capacidad de resistencia al cambio. Todo esto es "utópico", lo que significa (*utopos*), que no tiene lugar, que no ha lugar.

Si esto subyace en el sistema, ¿qué herida, qué fractura de todas las que tiene no supura, cierra en falso u obliga a amputaciones periódicas?. "Esto" ocurre en la Nación, no en la República ni en el Estado. Es producto de la Sociedad, no de sus Poderes.

Voluntad y convicción social construyen las políticas positivas, la inversa, nunca.

Salud es un derecho humano, pero implica deberes. De cada persona, Sociedad y sus Instituciones, formales e informales. Del conjunto, operando procesos integrados y equilibrados, sostenidos en el tiempo.

El primer paso de toda curación es tomar conciencia de estar enfermo.

Nota 1: ¿nuestra Sociedad puede y quiere tomar esta conciencia. Puede, quiere y sabe integrarse, lograr los equilibrios indispensables y mantenerlos en el tiempo?

Si la Sociedad puede permitirse ignorar lo que no desconoce, es porque un ejército de hormigas obreras sostiene todos los días el sistema de atención de enferme-

dad, a costa de sí mismos cuando no hay más remedios.

La hipocresía social juega un papel central en esta obra de teatro cuyo guión escribe y manda protagonizar. Como el de los gobiernos que elige, los golpes de estado que reclama y luego repudia, la violencia y corrupción de cada acto cotidiano que justifica si son propios y de los que se escandaliza cuando son ajenos y no se le ocurrió perpetrar en su beneficio.

Nota 2: ¿para poseer un sólido Sistema de salud, nos despojaríamos de toda hipocresía?

JUSTICIA:

Al Sistema "de Salud" se lo judicializa. Las acciones de amparo preocupan porque generan costos a los *perdidosos*, por ninguna otra razón. No porque agotan recursos judiciales, no porque tratan de resolver por fuera lo que debió resolverse por dentro y generan prácticas defensivas consecuentes, agregando más costos evitables. Ni porque llegaron para reparar abusos reales que deberían ser explicitados y erradicados, ni porque se han transformado en abuso inverso.

El abuso denegatorio del derecho a acciones médicas y tratamientos, los abusos en investigaciones clínicas, la condena a poblaciones provinciales que tienen por siglos los peores indicadores de salud comparados con provincias similares del mismo país no son asumidos, reconocidos, analizados ni resueltos. Generan, entonces, la reacción inevitable, su contrarreacción y así hasta el infinito, obligando a crear y emitir una plétora de normas, disposiciones y leyes que en el mejor de los casos reequilibran la situación hasta el siguiente -e inmediato- desequilibrio y en el peor, son contradictorias.

Todo esto para que la Sociedad pueda seguir ignorando que es su deber tener la voluntad de decidir qué cubre y qué no la Seguridad Social, qué ampara y qué no en el sistema público, y cómo hacer para que la base de lo esencial se suministre igualitariamente según el carácter de necesidad y no de aportes o capacidad económica. Lo llaman "justicia distributiva", Se trata de "justicia" a secas. Al sustantivo se lo adjetiva siempre para castrar su significado, para hacerlo nada, y nutrir la hipocresía.

Hace falta Justicia, qué duda cabe, y que nadie se le atreva. El Antiguo Testamento lo dice desde hace siglos: "Para que haya Paz debe haber Justicia, y para que haya Justicia debe haber Verdad"; "Justicia, Justicia perseguiréis". Sin adjetivos, sin disculpas, sin sofismas.

La Justicia prevalecerá cuando la Sociedad se cansa de abusarla y vivir sin ella. No antes. Y no se limita al sector Salud o Enfermedad, abarca todo el

plexo social. ¿Es lógico pedirle Justicia a este sector cuando la sociedad es integral, básica y esencialmente injusta? Cuando se reclama un tratamiento, no se analiza si la falta de alimento en edad temprana, vivienda, trabajo, instalaciones sanitarias u oportunidades fueron causa de la enfermedad. Eso no se le somete al Juez. Nos conformamos con que nuestra Justicia ponga un parche aquí y allá.

Nota 3: ¿nuestra sociedad quiere dejar de abusar de la institución Justicia, asumir sus responsabilidades y tomar sus decisiones en el Parlamento y el Ejecutivo?

DESARROLLO y DEFENSA:

Lo que un país produce se mide por el Producto Bruto Interno, el conocidísimo PBI. Con qué lo produce?: con los años de vida productivos de sus habitantes, la calidad de su educación y sus capacidades de operación, nutridas de la calidad de vida. El ignoradísimo Producto Vital Interno.

Una población de 40 millones de habitantes con esperanza de vida de 70 años, dispone de 2.800 millones de años de vida de sus habitantes, de los cuales serán económicamente productivos un 50% = 1.400 millones. Si esa población tiene 17 millones de excluidos estará rechazando 1.140 millones = 570 millones productivos menos de PVI. Agréguese a esto lo marginal parcialmente productivo, enfermos y discapacitados, años de vida ajustados por no calidad, mortalidad infantil neonatal y de etapas subsiguientes, mortalidad materna en parto, endemias invalidantes como el Chagas, y se tendrá la carta pintada.

Los "excluidos", tratando de sobrevivir -salvo pedirles que renuncien a eso también- generan contraculturas y contra-economías. Quien tenga experiencia en asistencia de refugiados sabe los costos siderales que se generan. En nuestro país, por ahora, esos costos -uno más de los datos "noche y niebla"- también figuran excluidos.

Miseria y exclusión son reservorio de enfermedades que reaparecen obstinadamente. Las instalaciones sanitarias, agua potable, cloacas, alimentación adecuada y suficiente, inmunizaciones, y oportunidades educativas de calidad, permiten a cada uno saber cómo, cuándo, por qué y para qué emplear el sistema de enfermedad y como asegurarse el de salud, qué reclamar y a quién, y qué decidir como mejor opción propia y para los suyos. Las brechas educativas generan lo contrario: una población condenada a ser tecnológicamente analfabeta, incapaz de usar elementos de comunicaciones u ordenadores, equipos y maquinarias digitales, o saber qué hacer con su salud, entre tantas otras consecuencias de su ignorancia.

Podemos discutir estas cosas con madurez, y evitar que parte de nuestra fuerza laboral potencial sea tecnológicamente analfabeta, no puedan defender su Nación y sean reservorio creciente de enfermedad y tensión individual sin canalización. O seguir diciendo que son problemas del "Sector Salud", que siempre fue así, por los siglos de los siglos, Amén, y de cualquier modo... siempre amañecerá mañana. □

* - Primer parte

** - Médico - Diplomado en Políticas de Salud (FLACSO, Ecuador) - Mgr. en Economía de la Salud y el Medicamento (Pompeu-Fabra, Barcelona). Socio de Cortesi-Vincent y Asociados, Consultores en Farma y Salud.

POSGRADOS 2010

Maestría en Farmacopolíticas

Proyecto N° 10.409/09 aprobado por CONEAU

Maestría en Gestión de la Seguridad Alimentaria

Proyecto N° 10150/07 aprobado por CONEAU

Especialización en Auditoría de Atención de la Salud

Acreditada por Exp. 4979/07 M.E.

CURSOS Primer Cuatrimestre

Diplomatura en Salud Ocupacional **A DISTANCIA**

Auditoría Médica

Licitaciones y Contrataciones en el Sector Público

Planificación en Salud. Estrategias y Proyectos **A DISTANCIA**

Auditoría de las Prestaciones de Discapacidad:
Los nuevos escenarios en Obras Sociales y Prepagas.

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

Auditoría y Gestión Farmacéutica **A DISTANCIA**

Gestión y Diseño de la Infraestructura Física y Tecnología para la Salud

Mediador en Salud

Epidemiología Práctica **A DISTANCIA**

Facturación y Liquidación de Servicios de Atención de Salud

Técnicas Estrategias Grupales y Coordinación de Grupos Terapéuticos **A DISTANCIA**

Prevención y Gestión del Riesgo de Mala Praxis en Profesionales, Agentes y Centros De Salud

Diplomado en Formulación y Evaluación de Proyectos de Intervención **A DISTANCIA**

Informes e inscripción

5239-4000
informes@isalud.edu.ar
www.isalud.edu.ar

Las damas primero

La Obra Social Ferroviaria llevó a cabo esta Jornada de Capacitación que busca convertir a las mujeres ferroviarias en verdaderas agentes sanitarias en relación a la prevención cardiovascular y oncológica, alimentación saludable y adicciones. Ante una nutrida concurrencia, el evento contó con la presencia de la Viceministra de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, además de las autoridades de la Obra Social.

En coincidencia con el Día Internacional de la Salud, el 7 de abril pasado se llevó a cabo la Primera Jornada de Capacitación en Prevención de Salud para Mujeres Ferroviarias. De este modo, la Obra Social brindó a su plantel femenino herramientas de capacitación que las convierte en verdaderas agentes sanitarias.

El evento contó con la presencia del Dr. Antonio Guidazio, presidente de OSFE y Karina Benemerito, miembro del Secretariado de la Unión Ferroviaria, que dieron a los asistentes la bienvenida. Durante el transcurso del día se realizaron exposiciones que dan cuenta de lo mucho que hace la Obra Social en materia de prevención: El Dr. Juan Cifre se refirió a las acciones que llevan a cabo en prevención cardiovascular y otros programas de detección temprana de enfermedades. La Nutricio-

nista Cristina Maceira de Nutrar acercó tips sobre alimentación saludable que se coronaron al mediodía con un sabroso almuerzo saludable. Por la tarde se abordaron temas más difíciles pero no menos apasionantes como son la prevención de distintos tipos de cáncer y la problemática del alcoholismo y las adicciones.

En la ceremonia de cierre se hicieron presentes además la Viceministra de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Dra. Noemí Rial, acompañada por el Secretario General de la Unión Ferroviaria, José Pedraza.

ROMPIENDO LA TRADICION

“¿Por qué nos reunimos con Mujeres?”, fue la pregunta que eligió el presidente de OSFE para hacerle a su audiencia. Habló de la

tradicción machista a la que no han sido ajenas las organizaciones sindicales, ya que la actividad del sector ha sido asignada al hombre y ha hecho que la representatividad femenina fuera mínima y hasta nula en algunos casos.

“En realidad no queremos hacer diferencias en esta gesta de prevención de factores de riesgo que tiene la población ferroviaria en particular”, dijo Guidazio. “Desde hace mucho tiempo estamos convencidos de que los únicos que pueden acercarse a los trabajadores ferroviarios en procura de interesarlos por mejorar su salud son los propios trabajadores ferroviarios. Por lo tanto, las mujeres ferroviarias no son ajenas a esto. Deben trabajar, y para trabajar hay que conocer. Para conocer hay que aprender y por eso estamos aquí hoy, para llevar conocimientos, pero fundamentalmente para crear una red solidaria, para que las campañas que haga la Obra Social se hagan también a través de ustedes. Queremos que sea una agente sanitaria la que lleve la Obra Social allá donde la gente no se anima, no quiere o no puede”. “Buscamos en la gente que se cree sana a aquellos que están enfermos. Llevarlos y traerlos, desde lo más simple a lo más grave”, sentenció.

“Estamos convencidos de la importancia de la influencia femenina. La mujer es la que domina la situación sutilmente, su percepción de lo que sucede en el hogar o en el trabajo la hace ser mucho más sensible a los problemas”.

“¿Qué pasa con el alcoholismo? ¿Qué pasa con la alimentación



José Pedraza, Noemí Rial y Antonio Guidazio.

saludable?" se preguntó Guidazio anticipando los temas que se venían, antes de darle paso a Karina Benemerito, miembro del Secretariado de la Unión Ferroviaria, quien por su parte, agradeció a la nutrida concurrencia pero destacó el hecho de que también había presente público masculino, "compañeros a quienes les doy la bienvenida, desde ya quiero agradecer su presencia y desearles que de esta Jornada lleven el aprendizaje a todos nuestros compañeros. Las mujeres estamos en todo, detectamos todo, tenemos un sexto sentido".

CUIDADOS DEL CORAZON

Ya en el marco de la capacitación, el Dr. Juan Carlos Cifre, Gerente de Prestaciones de la Obra Social Ferroviaria, disertó sobre la importancia de la detección temprana de los factores de riesgo cardiovascular.

"El objetivo de la Jornada es bajar la información del lenguaje médico al lenguaje no médico a través de los agentes sanitarios. Encontramos buena aceptación



entre los trabajadores ferroviarios, pero eso no alcanza para modificar conductas, por eso apuntamos a las mujeres. La mujer tiene un rol muy importante en la comunicación horizontal, con sus pares, en el hogar y transmite la información de manera vertical a sus padres e hijos", señaló Cifre.

"La enfermedad cardiovascular no es una moda, es una realidad que afecta a los trabajadores ferroviarios y nos pasa lo que le

pasa al mundo: el treinta por ciento de las muertes es por enfermedad cardiovascular. A veces uno cree que está sano y a veces no es así. Es importante que tomemos conciencia. La cultura, el estrés, la obesidad, el tabaquismo hacen que se eleven las tasas de mortalidad en los grandes centros urbanos a niveles alarmantes".

El Dr. Cifre mostró datos estadísticos de sumo interés, entre los que surge la curiosidad de que "la



OSIM Obra Social de Actividades Empresarias

la opción de cambio

Montevideo 373, 4° piso
C1019ABG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

(011) 4010-OSIM
(6746)

www.osim.com.ar info@osim.com.ar



Un tesoro arquitectónico

Un capítulo aparte merece la belleza del edificio de la Unión Ferroviaria que albergó el encuentro. El auditorio fue recientemente remodelado y equipado con tecnología de punta, pero mantiene originales los detalles de su diseño original.

El Dr. Juan Cifre hizo un paréntesis en su exposición para referirse al edificio: "Esto es una joya arquitectónica, el viejo cine de la Unión Ferroviaria, que era el cine más importante del barrio. Gracias al esfuerzo sustancial puesto en rescatar el valor de este edificio, hoy es uno de los mejores auditorios de la ciudad de Buenos Aires. Bronces restaurados, vitreaux recuperados. Un nefasto interventor los destruyó y hoy los hemos recuperado."

OSFE tiene 88 personas mayores de 100 años, de los cuales 78 son mujeres", contó. También destacó la importancia de la toma de conciencia ya que el promedio de edad de los trabajadores activos es de 39 años.

Otros datos -por cierto alarmantes- que acercó el Doctor sobre la población ferroviaria son:

El 34% de la población tiene sobrepeso, lo que triplica a la media nacional.

El 94% no hace actividad física.

El 35% fuma, el tabaquismo se incrementó en las mujeres.

El 10 % tiene niveles de glucemia elevados, y el 33% tiene aumentado el colesterol.

El 50% de nuestra población es hipertenso, un dato espantosamente riesgoso para una población con un promedio de edad de 39 años.

Para abogar por el cambio, el facultativo recordó cuando Mafalda en su tira le preguntaba a su mamá si "La capacidad para fracasar es hereditaria". "El cambio está en cada uno de ustedes", sentenció, "Si ustedes no son motor del cambio, éste no se puede hacer".

ALIMENTACION SALUDABLE

La Licenciada Cristina Maceira, de la empresa Nutrar, fue la encargada de brindar conceptos básicos sobre nutrición. Hizo propuestas prácticas y concretas para una alimentación saludable, tanto en el ámbito familiar como en el laboral.

La nutricionista destacó el cambio de paradigma que se registra hoy en la materia, mediante el cual la noción de "pirámi-

de nutricional" como modelo a seguir dio paso a una nueva visión "circular" que prioriza una equilibrada variedad de alimentos, proteínas, lípidos e hidratos de carbono en cantidades moderadas, controladas y distribuidas a lo largo del día.

Señaló la importancia del desayuno para el control del apetito y el tamaño de las porciones. Además, dijo que es muy recomendable registrar el momento de la comida y no comer automáticamente. Por otra parte, recomendó fraccionar la ingesta y consumir alimentos con más frecuencia para que el metabolismo se mantenga activo.

Maceira trajo recomendaciones para el auditorio tales como:

- Aprovechar el momento de la comida para el encuentro familiar.
- Iniciar las comidas con una sopa o una ensalada.
- Tomar mucho líquido.

- Elegir comida casera ya que es más sana porque se puede controlar su composición.
- Para el mediodía en el trabajo, mejorar el sándwich, evitando el fiambre.
- Cocinar sin sal, en el horno o a la plancha y evitar las frituras.

Para dar cierre a la primera mitad de la exposición, al mediodía se propuso un intervalo en el que los presentes pudieron experimentar un almuerzo saludable especialmente preparado por la empresa y su equipo de nutricionistas.

LA IMPORTANCIA DE OCUPARSE A TIEMPO

Por la tarde el Dr. Alejandro Turek, especialista en Oncología, destacó la importancia que revisiten las acciones que permiten la detección temprana y prevención en los casos de cánceres femeninos más frecuentes.

Enfatizó que los diagnósticos tempranos se detectan mediante estudios de rutina simples, tales como el Papanicolaou y la colposcopia, la mamografía anual a partir de los cuarenta años y la colonoscopia en mujeres mayores de cincuenta.

"En una biopsia puedo detectar una lesión en el intestino y la puedo retirar", graficó el profesional, "el diagnóstico se transforma en terapéutico. A ese cáncer para hacerse clínicamente significativo le faltaban diez años, con la consecuente pérdida de calidad y expectativa de vida".

Gracias a estas prácticas, según explicó el Dr. Turek se logró disminuir la mortalidad por cáncer de colon en más de un cincuenta por ciento.

PREVENCIÓN DE ADICCIONES

La problemática de las adicciones fue abordada desde diferentes miradas y enfoques. La Dra. Olga Charreau, especialista en Psiquiatría y Jefa del Departamento de Auditoría Médica de OSFE, coordinó el panel sobre pre-





vención de las adicciones, y expuso experiencias ilustrativas. Desde otro lado de la problemática dieron testimonio por parte de Alcohólicos Anónimos una paciente alcohólica recuperada y un familiar.

En ese marco se explicó la utilización del "Cuestionario CAGE", que es un instrumento que permite reconocer a la persona que es alcohólica y brindar ayuda a su familia.

Por su parte, los Dres. Dante Graña y Javier Didia, representantes de la institución "Crecer por la Vida", relataron los mecanismos de detección de adicción a sustancias en el trabajo y en el hogar.

El Dr. Javier Didia, resaltó que en el caso de los adictos "es muy frecuente que mientan, que digan que no consumieron y consumen, que encubran su problema, que sientan pudor, que piensen que no es una enfermedad. El entorno social a veces no ayuda, porque hay mucho prejuicio con el tema. 'Drogadicto' es casi un insulto. Realmente hay discriminación. Muchas veces hasta la familia encubre. Esto lo transforma en una patología con un valor agregado muy importante y es la frase céle-

bre: 'En los adictos no se puede confiar'. Esto es una mentira. Sí, se puede confiar; si hay un entorno adecuado, si hay un vínculo, si se construye una relación o hay un tratamiento.

El Dr. Graña explicó las dos caras de la presión de los pares, "El factor de riesgo más poderoso es la presión de los pares. 'Tomá total no pasa nada'", graficó. Sin embargo, explicó que "lo interesante es que así como puede ser un factor de riesgo, también puede ser un factor de protección, porque si yo logro que esta persona construya un grupo de pares positivo que favorezca la vida sana, seguramente voy a estar haciendo prevención y voy a estar más protegido, por la presión de los pares no consumidores. Los lazos comunitarios, familia, amigos, trabajo, en todos los momentos de la vida, la construcción de un ambiente sano es un marco protector".

JUNTOS ES MEJOR

El cierre de la Jornada contó con la presencia de la Viceministra de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Dra. Noemí Rial, acompa-

ñada por el Secretario General de la Unión Ferroviaria, José Pedraza, y el Dr. Antonio Guidazio, Presidente de la OSFE.

El Dr. Guidazio, como anfitrión del evento expresó que "cada uno de los temas da para una jornada completa. Hoy transitamos temas muy puntuales (pero) esto no termina aquí, esto es una red ampliada de los trabajadores de la Obra Social que a partir de hoy la integran ustedes".

La Dra. Noemí Rial por su parte hizo eje en los jóvenes "debemos tener una mirada permanente sobre ellos, no para reprimirlos sino para comprenderlos, en un mundo que es muy cambiante. Me preocupa la comunicación de los sindicatos con sus bases, de los empleadores con sus trabajadores, esto también es responsabilidad de ellos. ¿Por qué? Porque ustedes saben que el promedio de trabajadores en la Argentina está alrededor de los 30 años, entonces tenemos que encontrar todos un nuevo lenguaje para abordar a esos jóvenes y en el problema del lenguaje está también esto, ayudarlos a salir de las adicciones. Primero porque es nuestra obligación y porque apostamos en eso el futuro de nuestro país".

Para finalizar el Sr. José Pedraza destacó "la importancia que ha adquirido en nuestro gremio la presencia masiva de trabajadoras ferroviarias, hecho inédito en la historia de los ferrocarriles. Sabemos que ha habido un crecimiento importante de los trabajadores en el alcoholismo y la drogadicción", señaló. "Para nosotros es una enorme satisfacción que ustedes hayan respondido a esta convocatoria y nos obliga a continuar impulsando esta actividad no solamente con las trabajadoras ferroviarias sino también con los trabajadores ferroviarios". □



ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

ACLIBA I: Calle 5 N° 669 La Plata Tel: (0221) 483-9590

ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

ACLIBA IV: Av. Rolón 881 Boulogne Tel: 4766-1060

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





Las distorsiones en la función de compra de servicios de salud

Por el Dr. Eduardo Figueira Lima, Médico Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social
Aspirante a Magister en Economía y Ciencias Políticas

Desde la crisis del Estado de Bienestar se han sucedido, en todos los países de América latina, reformas que han abarcado todas las instituciones de salud mediante crecientes instrumentos de mercado.

Esto introdujo una primera generación de reformas, que afectaron en todos sus segmentos al mercado de la salud.

Hoy el gasto sanitario impone la eficiencia como requisito para alcanzar la equidad.

Hasta el momento hemos introducido "microparches" o avanzado en zig-zag.

De cualquier manera que se lo mire, nuestro sistema sanitario y más allá de sus resultados en términos de salud, no ha logrado superar los aspectos esenciales a los que se orientan las actuales propuestas y objetivos.

Esto significa que una enorme inversión (más del 9 % de nuestro PBI) no ha podido cumplir requisitos básicos, que son los objetivos de un sistema de salud (la tasa de mortalidad materna y otros indicadores "oficiales", son un claro ejemplo de ello), ya que debería explicitarse el origen y la asignación del gasto sanitario.

Si asumimos que de ese gasto entre el 45 y el 50% (según las estimaciones) proviene del bolsillo de los ciudadanos y que el destino no es el mejor (ya que una buena porción queda en el camino), estamos hablando de nuestra ineficiencia e inequidad.

En este contexto hay dos aspectos que quisiera recalcar: a) hemos sido impermeables a los fuertes cambios exógenos y no ha habido grandes "presiones" y exigencias de la ciudadanía (más bien ésta se ha expresado en una búsqueda a ciegas de la mejor y aceptable forma de resolver sus problemas lo que no quiere decir que en cada caso haya sido la deseable).

Desde ya, que las decisiones incompletas por no saber, por no poder, o por no querer han sido condicionantes de las transformaciones de fondo que vayan más allá de lo retórico.

Estas circunstancias han conducido a escuetas transformaciones del tipo de las "micrometamorfosis" dentro del sistema, sin que fueran conducidos cambios de fondo.

¿Qué es lo que necesitamos? ¿Qué es lo que podemos? ¿Qué es lo que debemos proveer, y a quiénes, y cómo? ¿Quién es el decisor?, pero lamentablemente las medidas adoptadas se han referido casi exclusivamente a la "contención del gasto", en las variables más sensibles: a) el incremento del gasto privado en relación al gasto público y b) la función de compra de los servicios sanitarios.

Ambos puntos están íntimamente relacionados. Los cambios en salud - más que las buenas expresiones y deseos de los "decisores" - requieren del compromiso de sus recursos humanos, que además son actores importantes cuyo posicionamiento "suma" o "resta" rápidamente, más allá del discurso de "defensa de la salud pública".

En realidad se trasladó el financiamiento al "gasto directo" (o de bolsillo), teniendo como una de sus causas la compra de servicios sanitarios.

En un mercado "imperfecto" como el de la salud, donde "el

que compra no paga (aunque cada vez lo hace en mayor medida), ni elige", la función de compra de servicios sanitarios adquiere una dimensión prioritaria.

En salud los tres subsistemas coexistentes (público / estatal, de la seguridad social y de los seguros privados) sostienen a su vez formas variadas de contratación de servicios, algunos porque son inherentes a su organización, otros porque se han adecuado a la demandada contención de costos y otros porque les permite maximizar su beneficio.

A su vez los condicionantes introducidos en el mercado de salud referidos a la incorporación de mayores instrumentos de mercado, han conducido nuevas formas de contratación de servicios, así como a la concentración no sólo de población beneficiaria (lo que no resulta un efecto indeseable dada la atomización y fragmentación existente), sino también de muchos que avanzaron en la incorporación de instituciones y servicios, desvirtuando los criterios de diferenciación de financiamiento y provisión.

De cualquier manera la coexistencia de múltiples modalidades, aun con nuevos condimentos de mercado, no modifica sustantivamente la mecánica de la función de compra de servicios sanitarios.

En el caso de la condición de pagos por salarios - como es habitual en las organizaciones de "integración vertical" (lo cual excluye aquellas que han "privatizado" los servicios) promueve en muchos casos conductas oportunistas, tanto porque el salario se percibe en cualquier condición de actividad (algo así como decir "se trabaje o no se trabaje") resultando muy difícil, por los vericuetos administrativos, promover cambios importantes que efficienten y mejoren los objetivos institucionales.

En las mencionadas organizaciones de integración vertical -en las que no existe separación de funciones "financiador" / "prestador"- la asignación de incentivos acordes a resultados lo que les proveería una mayor eficiencia y calidad, resulta cuando menos de difícil aplicación por lo que "no es una función de producción incentivada".

En los modelos de contratación de servicios, la tendencia se orientó a la "transferencia del riesgo", con el objetivo de previsión del gasto. Aunque en realidad el riesgo jurídico y la responsabilidad final recaen sobre el financiador.

El "pago por prestación" supone también un incentivo perverso, porque induce el consumo.

En estas condiciones los modelos más utilizados, para la compra de servicios para aquellas organizaciones en las que existe separación de funciones de financiamiento y provisión, fueron la "capitación", la "cartera fija", y en la seguridad social en muchos casos la "transferencia de las cotizaciones".

Casi todas las organizaciones de la seguridad social adoptaron estos modelos que sólo contemplaron una visión económica, con desconocimiento de sus efectos indeseados.

Los pagos por montos fijos - además de permitir como en cualquier sistema de compras, arreglos espurios compartidos entre financiadores y contratantes - otorgaron a estos últimos

un manejo discrecional del gasto sanitario, que si bien resultó previsible, generó efectos adversos:

- ✓ Los contratantes en muchos casos y dada la "asimetría de información" con el beneficiario, también adoptaron conductas oportunistas, (como por ejemplo limitaciones en el acceso, pagos escuetos a los prestadores, etc.), lo que concluyó en una subprestación (o en pérdida de la calidad de los servicios), limitando el acceso a servicios necesarios (en especial programas), a los efectos de maximización de sus beneficios.
- ✓ En lo referente a la información (tanto sanitaria y epidemiológica, como del real gasto efectivizado), los financiadores quedan atrapados entre los requisitos de los organismos de regulación y control (que como corresponde son cada vez más exigentes) y la información insuficiente, de baja calidad e inoportuna, que le proveen los prestadores (frecuentemente más preocupados en justificar las sumas dinerarias que reciben -lo que les posibilita mayores reclamos- que en proveer información fidedigna).
- ✓ La situación descripta tiene un triple riesgo: por un lado la constante presión de los contratantes para la obtención de mayores recursos, por otro el soporte que los beneficiarios deben hacer a través de su bolsillo (o gasto directo), una pérdida en la calidad de los servicios (que se traduce en resultados) y finalmente las dificultades en la planificación sanitaria para la atención de la población beneficiaria, ya que sin información epidemiológica de calidad, la misma carece de fundamentación.
- ✓ Tanto o más grave aún resulta la pérdida de contacto y comunicación del financiador con "su" afiliado/beneficiario, de quien es a su vez el único responsable y encuentra su punto de contacto ante el reclamo, el amparo o la expresión de su demanda insatisfecha.

Desde ya que existen mecanismos de control para reducir los efectos adversos de los pagos por montos fijos, pero ellos son difíciles de implementar y no está en las posibilidades de

todos, por lo que en términos generales las consecuencias de subprestación, pérdida de la calidad asistencial e incremento del gasto directo van de la mano.

Esto es decir que del gasto en salud (9% del PBI), esos recursos llegan (escasamente en un 55%), para no satisfacer las necesidades de la gente que además de su salud pone mucho de su bolsillo.

Mientras las alternativas de cubrir la función de compra de servicios en los sistemas sanitarios, queden en mano de los "barones de la salud", existirán incentivos perversos y finalmente continuaremos siendo ineficientes e inequitativos.

Por otra parte la atomización existente entre los entes financiadores los debilita en los procesos de negociación ante los intermediarios - contratantes, en un tema - como es la contratación de servicios sanitarios - de difícil resolución.

En algún caso las dificultades de negociación han orientado que muchas instituciones de la seguridad social instalen "servicios propios" y aunque no exista relación entre la capacidad instalada - más que la intencionalidad política - y los beneficios sanitarios, pero les permite ofertar servicios de atención a quienes no los tienen por cuenta propia.

Esto mismo es verificable en las organizaciones público / estatales en las que nuevas "inauguraciones" de servicios, equipamiento, camas, instituciones, etc. no son evaluadas en tanto "necesarias en términos sanitarios" y continúan con el ineficiente subsidio a la oferta.

Sin dudas que el tema abordado no agota la complejidad y multiplicidad de problemas que incluye el sistema sanitario.

En la seguridad social la instauración de un sistema de múltiples seguros en competencia, con ausencia de acordes niveles en la capacidad de gestión, promovió que "cada cual oriente su maximización de beneficios, de la forma que fuere, o que supiere", sin que ello suponga que en cada caso ha sido la mejor.

Pero la existencia de múltiples intereses parece prevalecer sobre las necesidades de la gente. □

La
mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

Praxis | 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.

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

www.lamutual.org.ar



Cuando más no es mejor

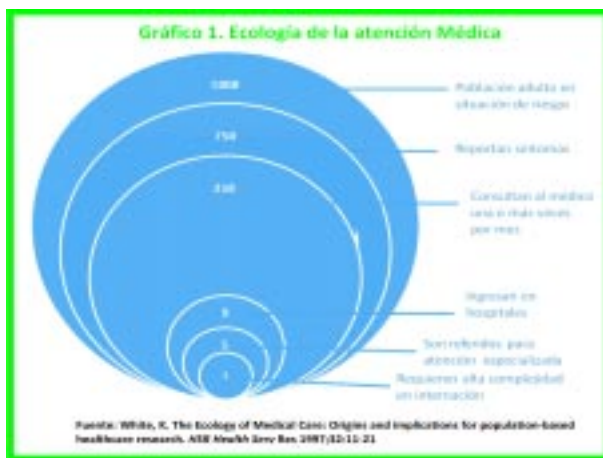
Esteban Lifschitz y Federico Tobar

ECOLOGIA DE LA ATENCION MEDICA

Cuando un gobernante piensa hacer inversiones en salud inmediatamente se imagina inaugurando un hospital de alta complejidad. Esto no es incoherente porque el ciudadano lego también imagina que tener una buena respuesta en salud sería tratarse con el Dr. House. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, inaugurar un hospital como la clínica de la serie televisiva resultaría un gran desperdicio de recursos.

Un trabajo clásico de White, realizado en 1961 y repetido en 1973, ilustra que resulta esperable que sólo 5 pacientes de cada mil habitantes requieran de prestaciones de alta tecnología médica en un determinado mes y de ellos, sólo uno a nivel de internación (Gráfico 1). El esquema es sólo ilustrativo pero ha sido objeto de sucesivas revisiones y discusiones. Un trabajo reciente coordinado por Green, valida estos datos detectando que los cambios más importantes han sido que la cantidad de pacientes que reporta síntomas aumenta (de 750 a 800), que de ellos unos 327 consideran realizar consultas médicas y sólo 217 lo hacen (mientras 113 visitan a médicos del primer nivel los otros 104 acuden directamente a especialistas), unos 65 pacientes optan por medicinas alternativas, 21 concurren a centros de atención primaria, 14 solicitan consultas domiciliarias, 13 reciben atención de emergencia en guardias hospitalarias, 8 son hospitalizados y sólo 0,7 requieren tratamiento de alta complejidad.

Hay dos grandes condicionantes del desempeño



sanitario de un servicio médico de alta complejidad: la variabilidad en la práctica médica y la demanda inducida.

VARIABILIDAD EN LA PRACTICA MEDICA

La variabilidad en la práctica médica, entendida como diferentes maneras de encarar un mismo problema de salud por parte de diferentes profesionales, es un problema multicausal, no sólo relacionado con necesidades diferentes de los pacientes sino, y sobre todo, con falta de la información suficiente a la hora de tomar la decisión.

A principios del Siglo XX, en su trabajo sobre tonsilectomías en niños y adolescentes en Inglaterra, J. Glover observa considerables diferencias de acuerdo al barrio en el que se realizaban las mismas.

Este hallazgo fue pionero a la hora de separar necesidad con utilización de servicios de salud.

Autores como Wennberg y Fisher demostraron a partir de la década del 70 que aquellas enfermedades con indicaciones más inciertas se acompañaban de tasas de uso muy diferentes, las cuales no siempre se relacionaban con mejores resultados. De aquí surge el concepto "más no siempre es mejor"

En la literatura especializada se han identificado cuatro factores clave que interfieren en la variabilidad de la práctica médica:

1. Necesidades diferenciales. Cuando se clasifica a los pacientes de acuerdo a scores de riesgo (comorbilidad, estado de salud) se obtienen diferentes indicaciones para un mismo procedimiento. Es de esperar entonces, diferentes tasas de utilización en cada uno de los grupos, siendo coherente que así suceda.
2. Subutilización de servicios efectivos y seguros. Un tema de preocupación es el acceso diferente en pacientes con iguales "necesidades". En relación a la alta complejidad, este punto suele estar directamente asociado a accesibilidad geográfica y/o grado de complejidad del centro de atención.
3. Influencia desequilibrada de la oferta de servicios. Milton Roemer enunció una Ley que afirma... "en una población asegurada, una cama hospitalaria construida es una cama ocupada". De forma similar, López de Castro evidenció en España la relación entre la cantidad de médicos y las prescripciones.
4. Baja consideración de las preferencias de los pacientes. Por último, un estudio de Wennberg mostró que cuando el paciente participa de la definición en resección transuretral por hiperplasia de próstata, la misma se reduce un 40%.

En resumen, cuando la práctica no está conducida por la necesidad, la oferta se constituye en una fuente de variabilidad inapropiada.

DEMANDA INDUCIDA

Se dice que hay demanda inducida cuando el proveedor de servicios sanitarios, actuando como agente del paciente, causa un nivel de consumo distinto al que el paciente hubiera seleccionado en caso de haber tenido la misma información que el proveedor. Se han identificado incentivos perversos dentro del mercado de prestaciones médicas que inducen demanda de forma innecesaria. Rossiter y Wilensky encontraron que un aumento en el número de médicos llevó a un incremento en el número de visitas iniciadas por el médico pero no afectó a aquellas iniciadas por el paciente.

Uno de los potenciales estímulos para la existencia de la demanda inducida es la modalidad de pago a quienes prestan el servicio. El impacto de la misma

en la prestación de servicios puede ser morigerada con adecuados mecanismos de auditoría y control.

Un segundo factor es lo que se ha denominado "medicina a la defensiva" que contempla prestaciones adicionales, en particular de prácticas diagnósticas de alta tecnología, que los médicos solicitan para estar "mejor cubiertos" en caso de una eventual demanda judicial por mala praxis. Las proyecciones realizadas en estudios anteriores han estimado que en 2010 el 10% de los médicos argentinos habrá sufrido al menos una demanda judicial y que el costo de las mismas representa un 1,75% del total del gasto en salud del país.

RENDIMIENTOS SANITARIOS DE LA OFERTA Y UTILIZACION DE SERVICIOS MEDICOS

Fisher y Wenberg demostraron que la utilización de servicios médicos registra una curva de rendimientos marginales decrecientes. En un primer momento, un aumento en la cantidad se acompaña inequívocamente de mayores beneficios y de hecho, una menor utilización en esta fase es conocida como "infrautilización inadecuada". Luego se llega a un período en el que dicho beneficio se estabiliza e incluso comienza a reducirse ("sobreutilización inadecuada"). (gráfico 2).



Un trabajo de Tu, que comparaba las tasas de intervenciones de angioplastias coronarias, Bypass Coronario y Angiografía, entre Ontario (Canadá) y Estados Unidos, observó que pese a que el número de intervenciones realizadas en Estados Unidos era muy superior, la tasa de mortalidad asociada a Infarto Agudo de Miocardio era idéntica en ambos países. Estrechamente relacionado con este concepto, está el hallazgo de Fisher, que evidenció el riesgo de morir en 3 cohortes, el cual fue mayor en las áreas con el quintil mayor de gasto en salud. Estas áreas no producían servicios más efectivos, sí producían servicios sensibles a la oferta.

¿POR QUE ES NECESARIO REGULAR LA OFERTA DE SERVICIOS MEDICOS DE ALTA COMPLEJIDAD?

Se pueden enunciar cuatro motivos por los cuales el Estado debiera intervenir regulando la utilización de alta tecnología: 1) El hecho de garantizar el acceso a bienes y servicios esenciales puede no resultar suficiente para reducir las brechas en la salud de la población, 2) Es conveniente generar un adecuado pool de riesgos, porque las respuestas individuales resultan menos eficientes que las colectivas, 3) También hace falta garantizar una respuesta segura y adecuada en términos clínicos y 4) En tanto se integre como parte del derecho a la salud, la respuesta frente a las enfermedades catastróficas debe ser homogénea en calidad.

En conclusión, el acceso a medicina de alta complejidad requiere no sólo de un análisis económico sino, y por sobre todo, de la evaluación de la real necesidad de cada paciente. Encontrar el equilibrio entre demanda y necesidad requiere de la implementación de medidas tendientes a reducir el impacto de las dos principales variables que condicionan la utilización de la alta tecnología, la variabilidad en la práctica médica y la demanda inducida. Un adecuado camino en tal sentido repercutirá en el uso racional de los recursos, tanto en el aspecto económico como en el de resultados en salud, permitiendo el uso de quienes realmente lo necesitan y restringiéndolo en aquellos casos en los que no sólo no representa una necesidad sino que potencialmente puede convertirse en un problema adicional para el paciente. □

REFERENCIAS

- 1 White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92.
- 2 Green, L; Yawn, B; Lanier, D; Dovey, S;. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*. Vol 344. Nº 26. June 28, 2001:2021-2025.
- 3 Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1938;31:1219-36.
- 4 Fisher ES. Avoiding the Unintended Consequences of Growth in Medical Care. How Might More be Worse?. *JAMA* 1999; 281(5):446-453
- 5 Shain M, Roemer MI. Hospital cost relate to the supply of beds. *Modern Hospital*. 1959. Apr; 92(4):71:3
- 6 López de Castro. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79:551-558
- 7 Rossiter Louis and Wilensky Gail. Identification of Physician-Initiated Demand. *Journal of Human Resources*. 19 (1984)
- 8 Tobar, F. Economía de la mala praxis médica. *Médicos Medicina global* Nº 38. 2006
- 9 Tu JV. Use of Cardiac Procedures and Outcomes in Elderly Patients with Myocardial Infarction in the United States and Canada. *N Engl J Med* 1997; 336:1500-5
- 10 Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med*. 2003;138(4):273-87.
- 11 Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med*. 2003;138:288-98. □

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 SERVIDORES

www.osdo.com.ar





La ley 26.529 no se reglamenta Crisis y oportunidades

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

Hace dos números atrás comentamos la Ley de Derechos del Paciente (Edición N° 57). Entró en vigencia el 21 de febrero de 2010, fecha en que debió ser reglamentada y no lo fue.

DE LEYES Y REGLAMENTACIONES

El art. 99 de la Constitución Nacional faculta al Poder Ejecutivo a reglamentar las leyes.

Esta facultad puede o no ser ejercida.

Desde el punto de vista de la reglamentación, existen tres tipos básicos de leyes:

1. Las que no la necesitan, por ejemplo: los Códigos Penal, Civil o Comercial.

2. Las que pueden serlo, pero si no lo son igual tienen vigencia (aunque remitan parcialmente a una reglamentación que nunca se dicte). En este grupo está casi todo el articulado de la ley de derechos del paciente.

3. Las que deben serlo como requisito indispensable de aplicación, como la que dispone la creación de un organismo dejando al poder ejecutivo la asignación de partidas y su incorporación a la administración central: si el presidente no dicta el decreto y le asigna fondos no hay forma de que adquiera vigencia real.

Estos son los tipos puros, dentro de una sola ley pueden coexistir partes de los tres tipos (así pasa en la ley 26.529).

Además la reglamentación puede ser muy útil, para subsanar omisiones e incoherencias siempre que no se contradiga en forma evidente el texto legal.

¿QUE ES LO NO VIGENTE EN LA LEY POR FALTA DE REGLAMENTACION?

Los temas del "tipo 3" son:

Para la historia clínica en general: las "nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud" y la forma de disponer de la misma pasados los 10 años de la última actuación registrada.

Para la historia clínica informatizada la documentación respaldatoria que deberá conservarse y los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma. Todo lo demás está vigente.

¿QUE DEBERIA REGLAMENTARSE SEGUN LA LEY?

La ampliación de la obligación de requerir consentimiento informado escrito a: procedimientos "que impliquen riesgos" y que no sean "internación"; "intervención quirúrgica" ni "procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos", que ya están incorporados.

Excepciones al consentimiento informado que no sean: "grave peligro para la salud pública" o "situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento

por sí o a través de sus representantes legales".

La forma en que los legitimados para solicitar la historia clínica del paciente acreditarán su carácter de tal (el representante legal; el cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y los herederos forzosos). Estas normas podrían no dictarse nunca y no afectarían la vigencia de los derechos y obligaciones ya establecidos.

LAS COSAS POR SU NOMBRE

La ley tiene defectos:

Enuncia derechos sin fijar claramente sus límites o los establece en forma demasiado rígida sin contemplar excepciones sumamente razonables (circulación de información médica y autonomía de la voluntad).

Y se superpone con varias leyes nacionales y locales sin derogarlas, inclusive ratifica tácita o expresamente su vigencia.

Intentar modificar la ley sería "políticamente incorrecto" porque no faltará quien diga que es para disminuir los derechos del paciente y no creo que exista voluntad legislativa de hacerlo.

¿QUE DEBERIA CONTENER LA REGLAMENTACION?

Aclarar algunos conceptos y aprovechar las superposiciones para subsanar errores por exceso de rigidez u omisiones aunque se incurra en algún "exceso reglamentario" ya que la declaración de inconstitucionalidad por esa causa es un procedimiento complicado.

PROPUESTAS:

Las "directivas anticipadas":

Si nos atenemos al texto un paciente podría negarse a recibir una práctica médica que le salvaría la vida (una transfusión de sangre o una amputación) pero un terminal no podría elegir la "muerte digna".

El redactor no advirtió que eutanasia es toda "acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte" y que tiene dos tipos: activa y pasiva. La "muerte digna" no es otra cosa que "eutanasia pasiva" que como "práctica eutanásica" se tendrá por "inexistente" de acuerdo al art. 11 de la ley.

La reglamentación debería aclarar que no se considerará "práctica eutanásica" la no prolongación de la vida por medios invasivos en casos de enfermos terminales (o fórmula similar).

La ley no contempla la objeción de conciencia médica, pero no la prohíbe, la reglamentación podría aclarar que si la aceptación de una "directiva anticipada" violentare la conciencia del médico tratante podrá derivar su atención en otro profesional o establecimiento.

“Información clínica, intimidad y confidencialidad”

La ley prohíbe suministrar esa información “a terceras personas” sin autorización del paciente (salvo incapacidad) o judicial, elevando a la categoría de “dogma de fe” los derechos a la intimidad y confidencialidad (art. 2º incisos c y d). No parece aceptar excepciones como si lo hace la ley 17.132 para “evitar un mal mayor”.

Si nos remitimos al texto, un médico no podría revelar a la pareja sexual de un HIV positivo de esa condición, ni siquiera aconsejarle “que se cuide”.

La reglamentación podría aclarar que no se considerarán “terceras personas” aquellas que por su relación con el paciente estén expuestas a contagio.

Respecto del peligro para la salud pública la misma ley 26.529 lo contempla ya en el inciso c) del art. 2 al final: “sin perjuicio de las previsiones contenidas en la ley N° 25.326” cuyo art. 11 inciso d permite comunicar datos personales relativos a la salud por razones de salud pública y de emergencia. La reglamentación podría establecer el procedimiento de comunicación y aprovechando esa remisión podría aliviarse el art. 8º que prohíbe la exposición de datos con fines académicos aclarando que no se considerará tal si se preserva debidamente la identidad del paciente “de conformidad con el art. 11 inciso d de la Ley N° 25.326 (para la realización de estudios epidemiológicos, en tanto se preserve la identidad de los titulares de los datos mediante mecanismos de disociación adecuados).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Art. 5º que dice debe ser dado por el paciente, o por sus representantes legales y el 6º establece su obligatoriedad para casi toda practica médica “den-

tro de los límites que se fijen por vía reglamentaria”.

Si dejamos al texto sin reglamentar un padre o esposo podría negar su consentimiento a una práctica necesaria para preservar la vida de su hijo o esposa o representado, por ejemplo, por razones religiosas. Esta conducta estaría en contradicción con el principio jurisprudencial que dice que la propia vida es disponible para un adulto lúcido (fallo Bahamondez s/amparo) pero no la ajena, máxime si se trata de menores de edad.

La reglamentación debe establecer ese límite eximiendo al médico o establecimiento de requerir ese consentimiento cuando se encuentre en peligro la vida de un menor de edad o de una persona incapacitada para darlo y el representante lo niegue.

¿Y LA AUDITORIA MEDICA?

Desde la sanción de la ley ha pasado a ser una actividad ilícita ya que el legislador olvidó incluir a los financiadores entre los habilitados a examinar la historia clínica (arts. 19 y 20).

La reglamentación debería aclarar que los profesionales médicos auditores de las obras sociales o empresas de medicina prepaga que abonen los gastos médicos del paciente se encuentran comprendidos en art. 19 inciso c.

MEA CULPA Y ABSOLUCION

Reconozco que algunas de las propuestas podrían ser consideradas como “excesos reglamentarios” pero peor sería que la ley quede como está. □

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

La solución en Internación Domiciliaria 

Proveer pronta recuperación del paciente y el mejoramiento de la calidad de vida en el domicilio junto a su entorno familiar.




MEDICAL SYSTEM

Junin 1616 Piso 4º (C1113AAR) Ciudad de Buenos Aires - Tel.: 4803-8585 - info@medicalsistem.com.ar

www.consejopublicidad.com.ar





El Tsunami Global

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

Por estas horas los mensajes mediáticos se concentran en las premoniciones mayas y las de Nostradamus acerca del final de los tiempos. Todos se retroalimentan con visiones que muy pocos, casi nadie, pueden certificar en cuanto a su realidad más allá de un estimable cálculo de probabilidades...

Mientras ello sucede, cosas reales alimentan nuestros días, muchas de ellas no debidamente atendidas.

Estados Unidos de Norteamérica ha hecho un aporte concreto a la modificación de su muy inequitativo sistema de salud, incluyendo ahora a 32 millones de personas que no tenían cobertura alguna. El Congreso de dicho país aprobó la iniciativa por 220 votos a favor y 207 en contra, enseñando que las necesidades sociales poco se corresponden con el convencimiento político-económico-empresario.

El argumento empleado por el Presidente Obama fue terminante: "más allá del drama personal que lleva cada 30 segundos a un estadounidense a la quiebra por los gastos sanitarios, hay que actuar de forma decidida porque la amenaza de los crecientes gastos sanitarios es para toda la economía ya que las aseguradoras sanitarias son el 16 por ciento de todo el PIB estadounidense".

El fundamento movilizador ha sido dar cobertura a cerca de 35-42 millones de estadounidenses que actualmente no disponen de acceso al seguro de salud y no pudiendo inscribirse en ninguno de los programas públicos Medicaid (para los más pobres) o Medicare (para los mayores de 65 años), evitar los seguros de salud precarios en otros 25 millones de ciudadanos más que están en continuo riesgo de quiebra y eliminar los abusos de las aseguradoras privadas que legalmente tenían derecho a expulsar a quienes enfermaran o no permitir el acceso a quienes tuvieran alguna patología previa.

Obama tuvo varias iniciativas para romper un modelo de salud altamente excluyente, fundado en un falso liberalismo económico que prioriza (aún) los intereses y beneficios de los pocos sobre las necesidades de los muchos.

Este hueco para unos y abismo para otros ha producido un nicho temible de demandas contenidas, sea por omisión, por negación, por disimulo o simple

negligencia. Demandas que, contrariamente a lo que se suele creer, no terminan con la muerte del enfermo no atendido.

La iniciativa recientemente homologada propone un modelo sin aseguradora pública que proyecta un plan de aplicación a diez años, con medidas que comenzarían a aplicarse desde, 2014 en adelante, previendo extender la cobertura sanitaria del 83% por ciento actual de la población al 95%, a un costo inicial de 940.000 millones de dólares en la próxima década y fundado en la exigencia, bajo riesgo de multa de entre 600 dólares y 2.000 dólares, de contar con un seguro sanitario. Estas multas se aplicarán no sólo a las empresas sino también a los ciudadanos (incluso si están desempleados), por lo que se acompañarán de subvenciones para poder pagar las primas en caso necesario y de una disminución del límite máximo de ingresos para poder acceder al sistema público Medicaid para los más pobres. Las aseguradoras no podrán expulsar a quien enferme ni excluir a quienes ya estén enfermos.

En un mundo donde la mayor parte de la humanidad está caída del sistema económico, por ende carente de acceso a atención de salud alguna, la idea Obama aparece como movilizadora y motivante. ¿Es la solución?... indudablemente no, porque la misma aparece cuando el mundo está demandando un abordaje global a una problemática geoméricamente creciente; traducido, el problema de salud que antes quedaba lejos ahora es parte del paisaje de todos, pudiendo alcanzar en cualquier momento el rango de global.

Lo sucedido con la gripe H1N1 ha sido un tremendo llamado de atención, aún no asumido por la mayoría de los países, mucho menos reconocido por las autoridades políticas que no llegan a dimensionar la capacidad de daño que guarda una epidemia con potencial de pandemia... y curiosamente, el mundo gira llevando hoy una movilidad que ha producido un cóctel de enfermedades de alcances desconocidos.

Ya no importa la distancia que hay entre el sistema de salud americano con el canadiense, o de éstos con el europeo, o el de aquéllos con el resto. El problema, repentinamente, ha pasado a ser de todos. La epidemiología terrestre se ha convertido en una licuadora donde todo es posible y donde nada debe ser descartado como tampoco obviado.

Hasta apenas ayer, las tecnologías, sus patentes, y las estrategias de comercialización y marketing proyectaban nichos de demanda y consumo, diseñando estrategias de batalla por competencias que hoy, por los efectos de la globalización, se han licuado reclamando de sus operadores otras capacidades y otros abordajes. Las empresas y sus directorios siguen pensando como en el siglo pasado, y al igual que los estamentos políticos todos guardan convencimiento de pelear por un mercado que quizá sin quererlo, ha modificado su eje de gravedad y requiere de mejores interpretaciones.

Por lo pronto, que haya varias empresas fabricando los mismos medicamentos para luchar por nichos en el mismo mercado aparece ahora como desatinado, fuera de contexto, si se quiere fuera de tiempo. Lo que era coherente con el paisaje ha dejado de serlo y las sinergias ameritan un reordenamiento a favor de un sistema de salud pública global que habilite la atención del universo de personas en todo el mundo, en cualquier lugar donde ésta se encuentre.

La salud de las personas contribuye a generar y establecer un nuevo estándar socioeconómico donde la inclusión es prioritaria. Dejar sin atención a millones de diabéticos, a otro tanto de inmunodeficientes, a un mundo de afectados por enfermedades hepáticas, por mencionar sólo a algunos de los nichos epidemiológicos, contribuye a agrandar el potencial de indefensión en que se encuentra la mayor parte de la raza humana, y ello *per se*, promete llevarse

puesto a todos aquellos que hoy se autoconsideran ajenos y a salvo.

El mundo demanda un análisis profundo y genuino de las demandas presupuestarias evitando las potenciales exclusiones que han caracterizado al siglo XX. Detrás de ello, indefectiblemente los estados políticos deberán sentarse a una mesa a establecer las bases de un modelo universal donde la salud sea prioridad estratégica ya que además de un supuesto derecho inalienable, debe ser patrimonio de la humanidad.

De no ser así, los costos catastróficos engendrados por las gentes no atendidas, impactarán con una fuerza descomunal a las economías endebles que aún pretenden sustentarse en conceptos perimidos.

Todas las investigaciones de diversa índole que cursan por estas horas en todo el mundo, están señalando la necesidad de cambiar el criterio avanzando bajo un concepto de universalidad cierto. Parásitos, bacterias y virus, le están dando al hombre la oportunidad única e histórica de crear un modelo sustentable, pensado en la prioridad auténtica, las personas (todas). De no ser así, nos veremos consumidos por las urgencias y las imprevisiones. □

Licenciado Víctor Norberto Cerasale. 2010-03-31. Copyright by Cerasale, 2010. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global*.
<http://elbiruniblogspot.com> CIENCIAS MÉDICAS NEWS
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
<http://saludequitativa.blogspot.com> GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA



Calidad en el servicio,
es calidad de vida.

Una nueva opción
en equipamiento médico
hospitalario

EMH-ARGENTINA es una empresa especializada en la provisión (venta y alquiler) de equipamiento hospitalario, contando con un amplio y variado stock de modernas y completas equipos de atención médica de las marcas más prestigiosas del país y del exterior. Esto nos permite suministrarlos en forma inmediata, cumpliendo siempre con los tiempos de entrega estipulados.

www.coolgigsubsidio.com.ar



EMH-ARGENTINA

Equipamiento Médico Hospitalario S.R.L.

Correo 3509, Ciudad de Buenos Aires, Argentina - Tel: 4544-5770 / 4543-2806
www.emh-argentina.com - info@emh-argentina.com



VENTA Y ALQUILER DE EQUIPAMIENTO







INTELEXIS

Conducen
Dr. Guillermo Capuya
Prof. Guillermo García Caliendo

jueves 19 hs.
intelexis@fibertel.com.ar



IDEA Y CONDUCCIÓN: CARLOS S. ABAD

www.seccionsalud.tv



LUNES 18.30 HS.
CANAL 13

MULTICANAL + CABLEVISION



PRODUCCIÓN GENERAL 4808.9500

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



Odontología para Sistemas de Salud

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

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

> **SOCDUS 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)

A MI ME PASÓ...

RP
News
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En esta nota el Dr. Jorge Cupito nos relata su vivencia, exponiendo con crudeza su experiencia personal. Su relato nos muestra un nuevo enfoque para la comprensión de esta problemática.

Dr. Jorge Cupito, Médico UBA, Especialista en ortopedia y traumatología. Staff Socio de OyT del Htal Posadas

RPN: ¿Puede relatar su experiencia?

J.C: Hace exactamente 25 años me recibí de médico. En aquella época hablar de infecciones por inmunodeficiencia adquirida y de mala praxis profesional eran una rareza. Hoy ambas desgracias se instalaron entre los médicos y aunque para la primera se han conseguido avances notables, las demandas por presunta mala praxis avanzan con una fuerza incontrolable generando un deterioro psicológico del profesional que la sufre y un empobrecimiento en la relación médico-paciente.

A comienzo de los 90 trabajaba en una de las tantas clínicas del conurbano. En el año '95 tuve un reclamo por una supuesta mala praxis a un paciente atendido 2 ó 3 años antes y me encontré desprotegido; no tenía la casa como bien de familia y no tenía seguro, porque prácticamente no existían. El tema no estaba instalado en la sociedad.

RPN: ¿Puede darnos los detalles del caso?

J.C: El reclamo fue hecho por un paciente que tuvo una infección de rodilla y terminó con una artrodesis de rodilla. La artrodesis es una fijación quirúrgica de una articulación.

La historia comenzó cuando el paciente concurre a una clínica donde trabajaba con un cuadro de dolor, fiebre e impotencia funcional de la rodilla quien 3 ó 4 días antes otro médico había atendido y realizado una artroneumografía (procedimiento utilizado antes de la RMN para el diagnóstico de lesiones meniscales). En dicha ocasión procedí de acuerdo con el protocolo establecido y realicé exámenes de laboratorio, Rx y punción y lavado articular concluyendo que el paciente padecía un cuadro altamente sospechoso de artritis séptica de rodilla (infección articular) por lo cual continué la atención con el pedido de cultivo de gérmenes y la internación del paciente quien fue

manejado de acuerdo a la conducta médica de esa época y dado de alta por otro profesional. El paciente concurrió a la consulta 3 semanas después y nuevamente soy yo quien al notar una mala evolución decidí volver a internarlo y unos días después los familiares solicitan el traslado a otra institución argumentando que no habían sido informados del diagnóstico. Tiempo después termina con una artrodesis y finalmente me llega a mí la demanda diciendo que había sido el único médico que había actuado en la clínica, con el agravante de que la misma había cerrado, situación que no me permitió contar con la historia clínica para mi defensa.

RPN: ¿Pensó en dejar de atender?

J.C: Al principio me lo planteé pero luego seguí atendiendo aunque sin dudas se recienta la relación médico-paciente, lo ves como una persona que te necesita, pero además de ocuparte de su problema y como brindarle, también estas viendo como cubríte para no quedar expuesto a una demanda. Aún haciendo todas las cosas bien, estas expuesto a recibir reclamos injustos. Así comienza la medicina defensiva, generando costos adicionales a la salud porque se piden estudios que vos sabes no son estrictamente necesarios. La medicina como cualquier profesión tiene un algoritmo y necesita seguir pasos que hacen al buen diagnóstico y tratamiento, cuando uno pide estudios simplemente para cubrirse estas cambiando un método eficiente por otro sin sustento científico.

RPN: Nos dijo que no tenías seguro ¿Cómo continúa esta situación?

J.C: Al momento del juicio no tenía seguro de mala praxis pero tengo que agradecer al abogado del Colegio de Médicos Distrito IV, el Dr. Quintabani, quien me brindó el apoyo legal necesario.

En el año 2004 salió una sentencia que me condenaba a mí y a los otros codemandados al pago de una suma por un monto de \$80.000 más costas, e intereses correspondientes a 9 años. Esta fue apelada basados en que el perito jamás cuestionó mi accionar, a la bibliografía aportada que avalaba mi conducta y porque la falta de HC no permitió defenderme y apoyados en una ley que establece que el médico que trabaja en una institución no es responsable de la custodia de las mismas. El nuevo fallo salió en el año 2007 y fui declarado inocente.

El juicio tardó en resolverse 14 años.

RPN: Dicen que "los tribunales son el ámbito de trabajo de los abogados y la cámara de tortura para los médicos".

¿Cómo lo vivió Ud., las distintas etapas judiciales, (audiencias, peritajes, presentaciones de pruebas, etc.)?

J.C: Al principio cuando vos estas con el shock del momento te bloqueás, todavía recuerdo mi angustia cuando estaba declarando como si fuera un delincuente y después te vuelvo a repetir es como todo, es el trabajo, pero yo trato de seguir brindándome como se debe, pero también cubriéndome pidiendo estudios a veces innecesarios para poder dormir tranquilo, operando mucho menos, porque ese es otro tema., por ejemplo una cirugía por la que cobro honorarios para el equipo quirúrgico de \$1.000 puede eventualmente generarme una demanda por cientos de miles. No hay sistema que aguante y por otro lado no hay póliza que me defienda, porque hoy tengo una póliza de \$150.000 y no me sirve ni para empezar. Sería bueno que alguna vez se pongan del otro lado para saber lo que uno vive, porque es una lucha primero desigual y en muchas ocasiones totalmente deshonestas.

ESTIMADO LECTOR PROFESIONAL:

Ud. podrá obtener información de novedades, cursos y jornadas de su interés, tanto nacionales como internacionales, además del acceso a nuestra biblioteca especializada en Responsabilidad Profesional.

Suscribase para recibir lo que necesita saber

Contáctenos:

info@rpnews.com.ar

LANZAMIENTO

FARMANUARIO⁺

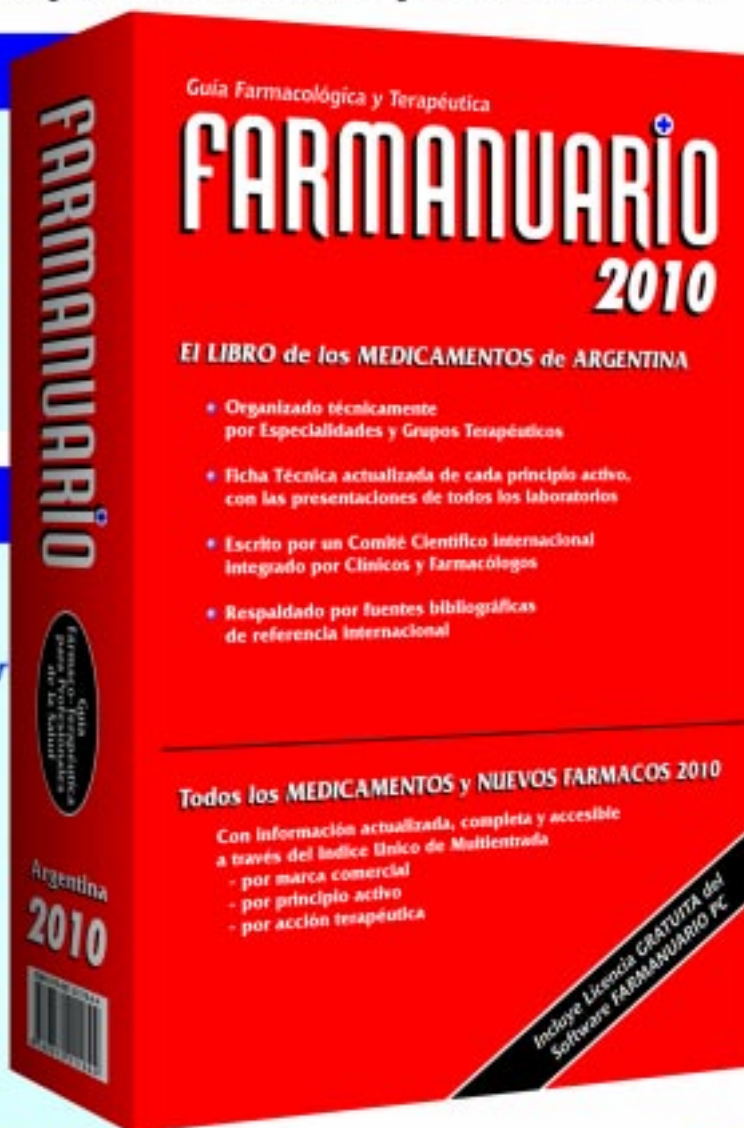
El respaldo cotidiano para la labor profesional.

¿Qué es Farmanuario?

- Es una Guía Farmacológica y Terapéutica, multidisciplinaria.
- Escrita por un Comité Científico de Clínicos y Farmacólogos.
- Es una obra independiente, objetiva y con rigor científico.

¿Porqué es diferente?

- No es Vademécum.
- No es un diccionario.
- Está escrita por médicos, para satisfacer la necesidad de información completa y exacta, a la hora de prescribir.
- Se estructura por especialidades médicas y grupos terapéuticos.
- Reseña de cada fármaco, con una ficha técnica junto a todas las presentaciones comerciales.
- Todas las búsquedas a través de un Único Índice de Multientrada (por nombre comercial, principio activo o acción terapéutica).
- Capítulo de Nuevos Fármacos, 36 nuevas moléculas lanzadas en el mercado argentino.
- Formato amigable, práctico.
- Incluye acceso gratuito a descargas del software de Farmanuario PC en su computadora.
- Todos los medicamentos de todos los Laboratorios.



¡¡Descúbralo!!

La información exacta para el momento justo.

En venta en todas las librerías o por el 4373-0081
o pídalo a argentina@farmanuario.com - www.farmanuario.com

**TECNOLOGÍA DE PUNTA,
PRECISIÓN EN EL DIAGNÓSTICO
Y CALIDAD EN SU ATENCIÓN.**



**EL CDR, TRES DÉCADAS
AL SERVICIO DE SU SALUD.**

LAS CUATRO SEDES DEL CDR:

Barrio Norte - Belgrano - Microcentro - Abasto

Central única de turnos: (011) 4011-8080

Atención general: (011) 4011-8000

cdr@cdrossi.com - www.cdrossi.com



CENTRO DE DIAGNÓSTICO

DR. ENRIQUE ROSSI

30 AÑOS DE EXCELENCIA

NOVARTIS
1996-2006
40
AÑOS



Cuidamos y Curamos

En Novartis, tenemos el compromiso de salvar y mejorar millones de vidas...cada día.

Desde seres humanos hasta mascotas, desde niños hasta adultos, en Novartis nos enorgullecemos por ser la fuerza innovadora que brinda esperanza y optimismo a nuestro mundo. Nadie puede predecir qué deparará el futuro para cada individuo, pero hoy millones de personas tienen la posibilidad de desarrollar una vida más saludable y feliz gracias a nuestra ayuda.

200

BICENTENARIO

1810-2010

En el año del Bicentenario
sigamos trabajando por una Argentina mejor.

andar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

0800-345-26327 | www.andar.org.ar