

ADEMP

MAYO 2018
NÚMERO 141

AÑO
24

Entidad Adherida a
ALAMI





EXISTEN OTRAS MANERAS DE CONTROLAR EL GASTO

Red racional de farmacias
Droguería para tratamientos especiales
Auditoría online de consumos
Farmacoeconomía

 **COMPANÍA**
de Servicios Farmacéuticos

Nuevas soluciones

Central: Rincón 40, Buenos Aires. (011) 4136-9000
Droguería Unidad Farma: J.B. Alberdi 5308/10/12. (011) 4137-4000
Sede Córdoba: El Chaco 667, Ciudad. (0351) 4606539
www.csf.com.ar | info@csf.com.ar



ADEMP

ASOCIACIÓN DE ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA

Cerrito 774, Piso 13, C1010AAP, CA.B.A.
Tel/Fax: 4372-5584/3603 4371-5580
www.ademp.com.ar
e-mail: info@ademp.com.ar

MIEMBRO  ALAMI

COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE

Luis María Degrossi. *APRES*

VICEPRESIDENTE

Hugo Magonza. *CEMIC*

SECRETARIO

Néstor Gallardo. *ALTA MEDICA*

TESORERO

Cristián Mazza. *MEDIFE*

SECRETARIO DE ACTAS

Gustavo Criscuolo. *MEDICALS*

VOCAL TITULAR

Marcela Trabaglini. *STAFF MEDICO*

VOCAL SUPLENTE

Ignacio Magonza. *O.S. WITCEL*

Daniel Piscicelli. *PRIVAMED*

COMISIÓN FISCALIZADORA

TITULARES

Antonio Paolini. *FEMEDICA*

Carlos Alberto Caballero. *VITA'S S.A.*

Pablo Giordano. *STAFF MEDICO*

SUPLENTES

Juan Pablo Tenaglia

FUNDACION MEDICA DE MAR DEL PLATA

Ignacio Manuel Fernández López. *SABER*

ASESORES LEGALES

Sebastián Grasso

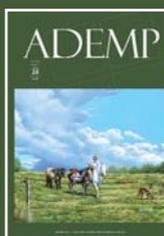
Julio Frigerio

ASESORA CONTABLE

María del Pilar Gallardo

APODERADO

Jorge Otero Lacoste



Tapa

Título:

Se viene la tormenta!

Autor:

Luis Nuñez

Técnica:

Acrílico sobre tela

EDITORIAL



por el

Dr. Luis María Degrossi

Presidente de ADEMP

"La Salud" y su evolución nos hace ver una problemática

¿QUIÉN, CÓMO y CON QUÉ ALCANCE SE DEBE FINANCIAR?

En principio, nos permitiremos hacer una breve reseña histórica evolutiva de "La Salud", que consideramos muy importante para comprender ciertos argumentos que se volcarán a lo largo de ésta editorial. Para no aburrir con los considerandos, dejaremos de lado su contexto y características anteriores al siglo XX, porque recién después de allí comenzó lo que se denomina "medicina científica", y a partir de dicho nacimiento, se abandonó definitivamente cualquier relación entre esa ciencia, la brujería y la religión como instrumentos para curar las enfermedades, que hasta dicho momento se las entendía como presuntos maleficios y/o castigos, y no como lo que realmente son, es decir situaciones patológicas del cuerpo y/o de la mente. Entonces, en dicha era de la ya mencionada "medicina científica-tecnológica y de prevención", comenzó allá sobre los principios del siglo XX, la imperiosa e insalvable necesidad de incluir en su posterior desarrollo, la variable económica (financiamiento), ello obviamente, por la fuerte inversión que por aquél entonces ya demandaba. Inversión ésta, que con el correr de los tiempos fue creciendo exponencialmente. Y con ello, surgió la hasta hoy incesante denominada "inflación médica", que tanto trabajo nos cuesta a nosotros, los financiadores, hacerles entender no sólo a los beneficiarios del sistema, sino también y especialmente a los gobiernos de turno.

Todos los cambios tanto sociológicos como "normológicos", hicieron en el caso de nuestro querido país introducir ya en la Constitución de 1853 y desde la propia formación del Estado Argentino, a la salud como un derecho positivo (legislado). Pero por razones ob-

» » »



vias, ello sólo se limitó a ser una mera expresión de principios y, porque no, de deseos que nunca se pudo materializar. Dado que sin perjuicio de ello, las severas y constantes crisis económicas y el franco desinterés del Estado, transformaron el derecho positivo a la salud en una simple declaración dogmática, pero que pragmáticamente y, a través de los años, fue francamente inexistente. Ello dado que, a principios del siglo XX, la que denominamos “*medicina científica*” era patrimonio de los médicos, con una insignificante participación de los hospitales públicos, que ya por aquél entonces eran pocos y sin los recursos suficientes para resolver la atención médica de la población. Luego pasamos al otro extremo donde, desde 1930 y hasta 1960, fue el efector público con sus respectivos profesionales médicos quién acaparó la atención de los argentinos. Ello a través de una fuerte inversión pública originada por un cambio filosófico-político y cultural, que llevó a la construcción y puesta en funcionamiento de los más grandes hospitales que hasta hoy perduran. A partir de la década del 60, se empezó a deteriorar ese sistema público de atención. A ello, debemos sumar, un hito muy trascendente que algunos olvidan, es decir, el hecho de que el gobierno militar del General Onganía hizo entrega del manejo económico de las Obras Sociales a los propios Sindicatos. Es así, y ante dicha coyuntura de desinterés y desfinanciamiento estatal, que comienzan a surgir las primeras *Entidades de Medicina Privada* (primero prestadoras y luego financiadoras), que a nuestro criterio vienen a revertir una situación que por aquel entonces se había tornado insostenible y confusa, el hecho de resolver **¿QUIÉN, CÓMO y CON QUÉ ALCANCE**, y *ante el total desentendimiento del Estado, comenzaría a brindar y por ende a financiar la atención médico-asistencial de todos nosotros?*

Así fue entonces, que surgieron todas y cada una de nuestras *Entidades*. *Entidades* éstas que, lógicamente y con el transcurso del tiempo tomaron más impulso, más importancia y más trascendencia en las décadas de los ochenta y noventa, con el franco y constante achicamiento del Estado. Situación ésta, que como todos sabemos, continuó agudizándose en la primera década del siglo XXI y porque no y también, hasta el presente.

Como hemos visto el financiamiento puede ser según la época de carácter público, privado, mixto, o devenido en la seguridad social (ya sea respecto de los beneficiarios directos de las Obras Sociales y/o de la transferencia de recursos al sector privado vía desregulación). O también puede darse una conjunción de todos los orígenes anteriores, pero de lo que sí, no quedan dudas, es que siempre ha sido insuficiente. Y su insuficiencia ha sido generada por el propio Estado, porque a lo largo de los años ha dictado normas tales como el Plan Médico Obligatorio y/o de Emergencia; discapacidad, fertilización asistida, celiaquía, obesidad, anticonceptivos, diabetes, etc., etc., etc. Pero su “*dantesco broche de oro*” fue la Ley 26.682, que terminó no sólo de confirmar que el recurso para el financiamiento de tantas e infinitas prestaciones era insuficiente, sino que también iba a comenzar un marcado, constante e insostenible desfinanciamiento, tanto del Subsector Privado, como del Subsector de la Seguridad Social. Extremo este que hoy a casi siete años de plena aplicación de dicho Plexo Normativo, quedó amplia, categórica y desgraciadamente confirmado.

Ahora, bien y a pesar de todo, seguimos siendo optimistas, optimistas por lo menos en cuanto algunos aspectos que consideramos muy importantes para poder empezar a revertir la mencionada y hoy insostenible situación, como por ejemplo: La creación de la **AGNET (Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías)**, la creación del **SENEC (Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas)**, la **modificación de la Ley 26.682 y porque no, su derogación**. Optimismo éste que indudablemente deberá ser acompañado y sustentado con las rápidas y necesarias respuestas que este gobierno, en el cual aún seguimos creyendo, les dé a estos temas que tanto nos aquejan y que tanto daño nos han causado. ●



**RENOVAR DÍA A DÍA
EL COMPROMISO DE ACUDIR
Y ATENDER EFICIENTEMENTE
A LOS PACIENTES.**

**EN ALGO TAN ESENCIAL
SE BASA LA CALIDAD
DE NUESTRO SERVICIO.**

El esfuerzo de construir una organización con sistema propio de gestión de calidad fue reconocido por nuestros clientes y certificado por las **Normas ISO 9001:2015** para los servicios de Urgencias, Emergencias Médicas y Traslados en ambulancias para obras sociales, empresas, prepagas y particulares, así como de consultas de Urgencias para afiliados directos de obras sociales y prepagas.

LA CALIDAD ES NUESTRA **ACTITUD**

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 011 6009 3300 COMERCIAL Y CAPACITACIÓN: 011 4588 5555



www.acudiremergencias.com.ar



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

La Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías (AGNET): *desafíos y propuesta*

La institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias es un importante paso adelante en la modernización del sistema de salud. Pero para que tenga éxito debe estar altamente profesionalizada, ganarse el respeto del Congreso Nacional y el Poder Judicial nacional y provincial, y estar acompañada por un fondo de cobertura universal para las enfermedades de muy alto costo.

¿Por qué se necesita evaluar las tecnologías en salud?

El avance de las tecnologías en la ciencia médica, conformados por los desarrollos de nuevos medicamentos, nuevos dispositivos y nuevos métodos diagnósticos y de tratamiento, tienen tres particularidades diferenciales respecto de la innovación en otras áreas de la vida social.

La *primera* es la masividad con que se producen las innovaciones en medicina cada año. Es difícil de cuantificar e imaginar la cantidad de miles de investigadores y laboratorios en el mundo desarrollado que están continuamente encontrando matices de tratamientos existentes que podrían mejorar la efectividad de las intervenciones médicas. Lo *segundo* es que mu-

chas de estas innovaciones traen aparejadas aumentos importantes de costos con resultados inciertos (o débilmente demostrables) en términos de mejoras en la capacidad curativa y/o en la calidad de vida de los pacientes. La *tercera* es que las expectativas que la población deposita sobre las nuevas invenciones médicas son mayores aún a la tasa a la que se producen y los costos a los que crecen las innovaciones en medicina. La gente tiende a asociar estas innovaciones con la vida, y los profesionales médicos y las empresas desarrolladoras de estas innovaciones hacen una contribución importante a reforzarle esta creencia. El fenómeno no es sólo argentino sino que se da en otros países también. Por ejemplo, en un estudio realizado sobre tres países de



la región de Latinoamérica* se hizo un relevamiento de los litigios que se produjeron en Costa Rica, Colombia y Brasil por conflictos generados alrededor del acceso a prestaciones médicas donde preponderan las innovaciones tecnológicas. Allí se encontraron casos donde había diferencias estadísticamente significativas al comparar las demandas por medicamentos excepcionales versus los demás, según el estrato social o en municipios con mejores indicadores socioeconómicos, en otros se reportó una concentración de las demandas en la prescripción de medicamentos por un grupo acotado de médicos, en otros la prescripción no fue siempre sustentada por evidencia científica y en otro se halló que el costo del proceso judicial resultó ser superior al costo de los servicios demandados. Es decir, la incorporación de innovaciones trae aparejado conflictos de intereses entre pacientes, financiadores y prestadores médicos sean estos prescriptores o productores de las innovaciones que deben ser resueltos por entes que –en lo posible– se comporten con criterios independientes.

Esta situación es la que motiva en todos los sistemas de salud modernos la necesidad de contar con una agencia de evaluación de tecnología médica. Su finalidad es sopesar el valor monetario de la contribución diferencial del beneficio en salud que traen las nuevas innovaciones médicas respecto a la tecnología tradicional con el costo diferencial que estas tecnologías traen aparejados, teniendo

en cuenta –además– su impacto en términos de sustentabilidad y equidad, esto es, que el acceso esté garantizado para todos los que vayan a necesitar la nueva tecnología y que el financiamiento de dicho nivel de acceso no haga colapsar financieramente al sistema de salud.

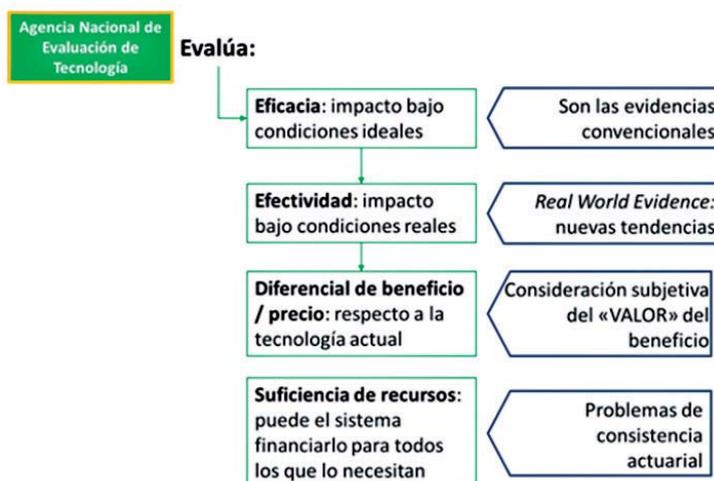
El desafío es mayúsculo y no siempre se puede resolver con objetividad inapelable. Para entender por qué el proceso de evaluación no está exento de consideraciones subjetivas del evaluador puede servir el *Esquema 1*.

Extremando las simplificaciones, el proceso de evaluar una tecnología médica lleva cuatro pasos centrales: *el análisis de la eficacia de la nueva tecnología, la efectividad, el diferencial de beneficio que brinda la nueva tecnología respecto al aumento de su costo y*

la suficiencia de los recursos del sistema para financiar el acceso a todos los que lo necesitarán.

La *eficacia* es el impacto de la nueva tecnología en condiciones ideales o controladas. Este es la evidencia más convencional que se considera a la hora de evaluar, que son los resultados de ensayos clínicos donde el paciente, el grupo médico que lleva adelante el ensayo y el entorno del paciente están sumamente controlados por protocolos a fin de no desviarse del resultado buscado que es observar el impacto. Pero la realidad es que los pacientes comunes –ya no los que están sometidos a ensayo clínico– que recibirán la nueva tecnología no estarán controlados por el mismo grupo médico y ni por lejos estarán en el mismo entorno creado por el ensayo clínico. Entonces, la *eficacia*

Esquema 1. Desafíos de la evaluación de tecnologías médicas



Fuente: *Elaboración propia*

* Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M, et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Rev Panam Salud Publica*.2013;33(3):213–22.

medida en el ensayo clínico empieza a distorsionarse por el accionar conjunto de las conductas del paciente, la conducta de los médicos tratantes y las condiciones ambientales y de entorno no controladas donde vive el paciente.

De aquí que la *efectividad*, que es el impacto en condiciones normales de vida del paciente, se aleja de la eficacia al verse influida por factores de la vida real que no estuvieron presentes en los ensayos clínicos controlados. Por este motivo, la industria del medicamento propulsa el desarrollo y avance de lo que se conoce como *Real World Evidence (RWE)* que es pasar de los métodos de ensayos clínicos convencionales a ensayos clínicos donde se haga el seguimiento de mediano y largo plazo de pacientes con información de todos los factores que influyen en su vida cotidiana. Conceptualmente, esta sería la forma apropiada de medir la *efectividad* de un nuevo medicamento o de un nuevo tratamiento. Pero estos métodos todavía están en etapas incipientes. Por lo tanto, las evaluaciones de tecnologías médicas hasta ahora se apoyan mucho en la medición de la eficacia y no tanto todavía en mediciones de *efectividad*, incorporando así un margen de subjetividad en la identificación del beneficio real de la innovación.

Luego viene el tercer paso que es valorar o "*ponerle un precio*" al beneficio de la innovación en términos de definir en cuánto más se beneficia un paciente por el beneficio adicional de la innovación respecto a la tecnología convencional y sopesar eso con cuánto dinero más cuesta la nueva tecnología respecto a la tecnología

convencional. Se trata de una evaluación monetaria de un aspecto muy sensible ligado a la sobrevivencia o a la calidad de vida de las personas. Mayor subjetividad que colocarle "*precio*" a la vida de las personas es una tarea difícil de encontrar. Esto no significa que no se deba hacer, sino tomar conciencia que se abre un abanico muy amplio de interpretaciones cruzadas y conflictos ligados incluso a consideraciones éticas. En los países avanzados, para evitar entrar a denegar directamente una nueva innovación a raíz de que resultó antieconómica por una cuestionable valoración del beneficio, lo que se hace muchas veces es colocarle un precio máximo a la innovación, en el entendido de que como el beneficio es difuso, el precio no puede ser sideral, entonces, se justificará su financiamiento social en la medida que tenga un precio considerado razonable y/o pagable por las partes. Como se ve, muchas veces los resultados de la evaluación no arrojan resultados concluyentes.

Luego viene el último paso que es determinar si el *sistema puede garantizar acceso a todos los pacientes que lo necesiten sin comprometer la sustentabilidad del sistema*. En sistemas públicos universales de salud (como el inglés o el español) este cálculo puede ser posible. Pero en sistemas como el argentino donde hay multitud de planes de salud, de diferentes tamaños, de muy diferentes recursos per cápita, donde algunos compiten entre sí, y donde las coberturas se superponen entre el subsistema público, el subsistema de seguridad social y los seguros privados, determinar la consistencia actuarial del ac-

ceso a la innovación dependerá de cada subsistema y cada seguro en particular, por lo que justipreciar con objetividad la viabilidad del financiamiento es una tarea no factible de llevar adelante sin hacer supuestos subjetivos. De todas formas, esto tiene solución y se la presentará en la última sección de recomendaciones de política.

En suma, este breve análisis expositivo sobre en qué consiste evaluar tecnologías médicas no pretende desalentar esta buena y recomendable iniciativa sino que, por el contrario, aspira a alertar sobre las limitaciones y mostrar dónde están los puntos débiles para que cuando se incorpore en la Argentina se sepa por donde van a aflorar los problemas y cómo solucionarlos.

El proyecto de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología (AGNET)

Dentro de esta tendencia mundial a contar con un ente independiente de evaluación de tecnologías sanitarias, en Argentina se propone crear lo que será la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías (AGNET). El diseño institucional propuesto, en principio, es consistente con el objetivo de constituir un ente que determine la incorporación o no de nuevas tecnologías al sistema de salud argentino. Su fisonomía es como se presenta en el *Gráfico 1*. La idea es crear un ente descentralizado en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación dirigido por un cuerpo de gobierno conformado por un presidente, un vicepresidente y tres directores, todos, nombrados por el Poder Ejecutivo. Su cometido básicamente se

CUIDAMOS LOS VIAJES DE TUS AFILIADOS

**universal
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO

cuidamos tu mundo

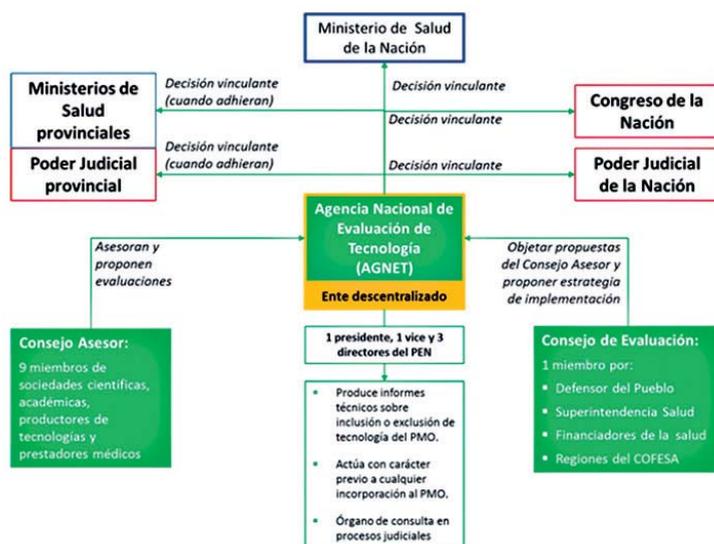


universal-assistance.com





Gráfico 1. Diseño institucional propuesto para la Agencia de Evaluación en Argentina



Fuente: Elaboración propia en base a proyecto de ley

puede resumir en producir informes técnicos sobre inclusión o exclusión de nuevas tecnologías al Programa Médicos Obligatorio (PMO), actuar con carácter previo a cualquier incorporación de nuevas tecnologías al PMO y ser órgano de consulta por parte del Poder Judicial en conflictos sobre inclusión de nuevas tecnologías en la cobertura legal del sistema de salud. En pocas palabras, debe ser el ente independiente que define si corresponde o no la incorporación de cada nueva tecnología al financiamiento del sistema de salud.

Para que esta función pueda ser ejercida con cabalidad es central un concepto: que la decisión de la AGNET sea vinculante. Es decir, que tanto el Ministerio de Salud nacional como los ministerios de salud provinciales (que son las autoridades sanitarias de las pro-

vincias), el Congreso nacional y los poderes judiciales de la Nación y las provincias acepten obligatoriamente las decisiones de la AGNET. Si esto no sucede, los informes técnicos de la Agencia serán una opinión más y no necesariamente logrará su objetivo central de encauzar la incorporación de nuevas tecnologías adoptando criterios de costo-efectividad.

De aquí que resulta importante prever instancias de participación social de los actores con intereses involucrados en la incorporación de nuevas tecnologías al sistema de salud (pacientes, médicos tratantes, productores de nuevas tecnologías y financiadores de la salud) a fin de darle legitimidad a las opiniones de la Agencia y así facilitar de que tengan el carácter de vinculantes. Por eso es que se propone la conformación de dos

consejos asesores al interior de la AGNET: uno es un Consejo Asesor conformado por representantes de sociedades científicas, académicas, productores de tecnologías y prestadores médicos que serían los demandantes de incorporación de nuevas tecnología, y, el otro, es el Consejo de Evaluación conformado por la Defensoría del Pueblo (en representación de los pacientes) y representantes de los financiadores de la salud que son los que deben pagar las nuevas tecnologías; este segundo Consejo tiene la finalidad de cuestionar las propuestas de incorporación del Consejo Asesor o proponer un plan de implementación cuando una tecnología deba ser incorporada porque resultó costo-efectiva. En cierta forma, la contraposición de intereses entre estos dos consejos es lo que debería lograr una evaluación económica de la nueva tecnología consensuada y aceptada.

Así las cosas, los tres grandes riesgos que enfrenta la AGNET son:

1. Que las subjetividades que naturalmente quedan involucradas en un proceso de evaluación generen informes técnicos cuestionados por los actores involucrados (fundamentalmente pacientes, prestadores médicos y productores de tecnología) y que el Poder Judicial –que es una entidad que actúa de manera independiente–, basándose en el rechazo de algunas de las partes a la objetividad de los informe de la AGNET, deseche el carácter de vinculante del informe técnico y siga forzando la cobertura de nuevas prestaciones de dudosa costo-efectividad con decisiones ju-

ACLIBA

Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados
de la Provincia de Buenos Aires - Zona II

Miembro fundador de



ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

www.aclife.com.ar

Lavalle 51 of. A
Avellaneda (B1870CCA)
Tel. 4201-7181 Líneas rotativas
acliba2@aclife.com.ar

diciales. Por esto, es central que en la construcción de la AGNET los Poderes Judiciales nacional y provincial tomen un compromiso férreo con ajustarse al carácter vinculante de los informes de la AGNET. Hay muchos antecedentes que muestran lo contrario (como la aplicación de la Ley de Riesgos del Trabajo donde la Justicia ignoró las reglas de tarificación del daño).

2. El análisis de consistencia actuarial de acceso a las nuevas tecnologías será muy difícil de realizar por la diversidad y heterogeneidad de fuentes de financiamiento del sistema de salud argentino. En el *Cuadro 2* se presenta de manera esquemática cuáles son las principales vías de acceso a la cobertura y podrá observarse las amplias diferencias de tamaños y capacidades de financiamiento. La principal vía de financiamiento son las obras sociales nacionales que cuentan con

un financiamiento de aproximadamente \$1.135 por beneficiario por mes (2017), pero al interior de ellas el 25% de los beneficiarios tiene una cápita que sería menos de la mitad de dicho monto y otro 25% que tendría más del doble de dicho monto; en paralelo, se tienen programas como el de monotributistas y servicio doméstico con apenas \$419 pesos por persona (2017), o el PROFE que es el programa para los beneficiarios de pensiones no contributivas con \$785, ambos muy por debajo del sistema de obras sociales nacionales. Lo que es definitivamente dudoso en términos de su consistencia actuarial es PAMI que con aproximadamente \$1.941 (2017) representa menos del doble que el sistema de obras sociales nacionales (que atiende población joven) cuando tiene que atender a una población donde dos tercios es mayor de 60 años de edad y,

por ello, requeriría entre 3 y 4 veces más de recursos per cápita. En suma, el sistema de salud puede tener recursos suficientes en promedio (\$1.288), pero al estar tan segmentado en muchas unidades actuarialmente inconsistentes, dará que para algunos beneficiarios la prueba de la consistencia actuarial de la nueva tecnología es viable pero para otros no. La decisión en teoría debería ser que la incorporación no es viable cuando no va a estar disponible para todos, pero cuando en algunos casos sí lo esté, es probable que esa persona siga apelando a la Justicia, con éxito.

3. La evaluación de tecnología no puede traer racionalidad si en la definición del PMO prevalece una actitud expansiva, con definiciones amplias y límites difusos. Si bien en el diseño institucional propuesto para la AGNET el Congreso nacional debería atenerse vinculantemente a sus informes técnicos, antes de proponer la incorporación de nuevas prestaciones médicas y tecnologías, en la actualidad ya hay muchas prestaciones incorporadas que generan judicialidad. Estimaciones provistas por el *Dr. Esteban Lifschitz*, que es un experto en la materia, darían cuenta de los porcentajes de litigios judiciales que se producen por acceso a prestaciones cubiertas en el paquete obligatorio y las no cubiertas en dicho paquete para países de la región. En el *Gráfico 3* se observa que la mayoría de los litigios judiciales no serían por la incorporación de nuevas tecnologías al paquete obligatorio sino por la negación de prestaciones que ya estarían legal-

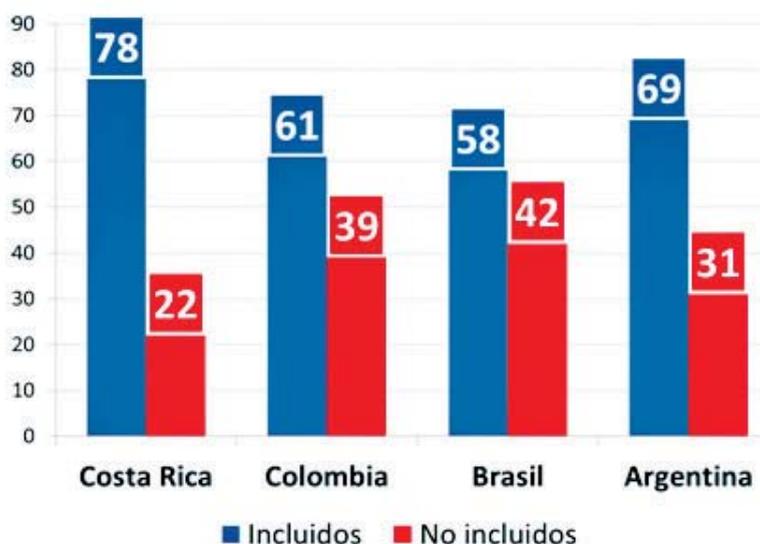
Cuadro 2. Inconsistencias actuariales del sistema de salud argentino

2017

	Afiliados (millones)	Capita mensual	Fuente
Obras sociales nacionales	13,8	\$ 1.135	AFIP
- 25% de menor ingreso	3,5	\$ 500	Est. Propia en base a EPH (Indec)
- 50% de menor ingreso	3,5	\$ 900	
- 75% de mayor ingreso	3,5	\$ 1.400	
- 90% de mayor ingreso	3,5	\$ 2.500	
Monotributistas y servicio doméstico	2,1	\$ 419	Leyes
PROFE	1,2	\$ 785	Presupuesto Nacional
Otros tipos de obras sociales	1,1	\$ 1.135	Est. Propia
Obras sociales provinciales	7,2	\$ 1.135	Est. Propia
PAMI	5,0	\$ 1.941	Presupuesto Nacional
Sistema público de salud	12,7	\$ 1.490	Presupuestos provinciales
TOTAL	43,1	\$ 1.288	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3. Litigios por cobertura de prestaciones médicas. Según su inclusión o no en el paquete obligatorio de prestaciones



Fuente: Esteban Lifschitz en base a Reveiz L, et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina.

mente cubiertas. En el caso argentino, como en el colombiano, 2 de cada 3 juicios por acceso serían por prestaciones que, en principio, estarían legalmente cubiertas. En otras palabras, por lo incorporado, la AGNET poco va a poder colaborar aportando racionalidad económica si no se revisan dichas incorporaciones.

Conclusión y recomendaciones de política

La evaluación de tecnologías médicas es una herramienta que todo sistema de salud moderno tiene que tener sistematizada e institucionalizada, si se precia de cumplir con el uso racional de los recursos para la salud. Pero no es una herramienta “mágica”. Su pro-

ceso de ejecución no está exento de la necesidad de apelar a criterios y supuestos subjetivos lo que abre las posibilidades de que sus resultados sean cuestionados o, al menos, relativizados. Por eso, la AGNET debe ser una institución que se dedique no sólo a evaluar tecnologías sino además y fundamentalmente a mejorar continuamente la calidad de sus métodos apelando a las mejores prácticas internacionales. Su excelencia académica y el apego a la rigurosidad científica darán el plafón institucional para que el Congreso nacional y los Poderes Judiciales nacional y provinciales respeten sus informes técnicos y adopten el carácter de vinculante que se les necesita trasuntar, para el éxito de la AGNET.

Como recomendación de política cabe señalar que una condición sine qua non para que la AGNET pueda realizar estudios de consistencia actuarial a fin de determinar que el financiamiento disponible garantiza el acceso de las nuevas tecnologías a todos los potenciales pacientes sin poner en juego la integridad financiera del sistema es crear un fondo de cobertura universal de tratamientos financieramente catastróficos, tal como es el Fondo Nacional de Recursos (FNR) de Uruguay. La única forma de garantizar esta premisa de la evaluación tecnológica es con un fondo de cobertura universal para todos los ciudadanos de las prestaciones de muy alto costo que es el mecanismo por el cual se le daría consistencia actuarial al alto costo en lugar de tenerlo esparcido en muchos pequeños esquemas de cobertura actuarialmente inconsistentes como es en la actualidad.

Finalmente, muchos financiadores colocan excesivas expectativas en la AGNET como mecanismo de contención del gasto en salud. Sin embargo, como las evidencias estarían sugiriendo, si la actitud para incorporar nuevas prestaciones al PMO sigue siendo libertina y con poca conciencia de la finitud de los recursos, la evaluación de tecnologías por sí misma no podrá revertir los excesos. La AGNET no es un mecanismo de contención del gasto. Es una ayuda al uso racional del recurso sanitario que, con tasas de avance tecnológico y expectativas de la gente sobre el poder de la medicina crecientes, puede implicar igualmente más gasto (sólo que usado más provechosamente). ●

CURSO

PRIORIDADES EN LA GESTION Y ADMINISTRACION DE LAS ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA

La **Comisión de Asesores Médicos de ADEMP** como parte de su tarea investigativa y de difusión, ha organizado un curso en el que abordará temas de alta implicancia, en el análisis, control y aplicación de nuevas herramientas en la gestión de los gastos en salud de las Entidades Financiadoras. La **Comisión Directiva de ADEMP** invita y sugiere con sumo agrado a participar de la misma.

Esta actividad estará dirigida a mandos medios y se desarrollará, en el Auditorio de nuestra sede, de Junio a Noviembre, un jueves por mes, de 9 a 13 hs.



Programa

- 1. 14/06/18. Palabras de bienvenida y objetivos del curso.**
Dr. Luis Degrossi
Administración y Gestión de mandos medios.
Dr. Edgardo Von Euw. Work-Shop.
- 2. 12/07/18. Prestaciones de Alto Costo y Recupero SUR.**
Dr. Juan Pablo Denamiel. Work-Shop.
- 3. 09/08/18. Gestión del Gasto Ambulatorio. Profiling**
Dr. Carlos Aranda. Work-Shop.
- 4. 20/09/18. Presupuestos**
Horacio Musante. Work-Shop.
- 5. 11/10/18. Gestión del Gasto basado en la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias**
Dra. Lucila Rey Ares
Aspectos Legales en EMP.
Dr. Julio Frigerio. Debate.
Coordinador: *Dr. Sebastián Grasso*
- 6. 08/11/18. Cómo hacer bien las cosas para que el cliente no se vaya.**
Dr. Guillermo Nervi.
Seguridad del paciente.
Dr. Matías Mylberg



Entrega de certificados



ALEGRÍA

Y TODO LO QUE TE PASA POR DENTRO
NOS IMPORTA.

Llegamos para cuidarte

CENTRO MÉDICO 

Consultorios
SMT
San Martín de Tours


CENTRAL DE
TURNOS
(011) 4011 8080


PORTAL DE
TURNOS ONLINE
portaltornos.cdrossi.com

   
[/centrorossi](https://www.facebook.com/centrorossi)
www.cdrossi.com

 **ROSSI**
Laboratorio

Consultorios San Martín de Tours - Castex 3293 - CABA
Centro médico K41 - Autopista del oeste Km41 Francisco Alvarez, Bs.As



Estadísticas ADEMP

ENCUESTA Nº 24 - PRESTACIONES DEL AÑO 2016

SEGUNDA PARTE

Continuamos con la segunda parte donde se presentan los resultados de la Encuesta No. 24 correspondiente a las prestaciones del año 2016, elaborada por la Comisión de Auditores de ADEMP de acuerdo a los resultados de las encuestas remitidas por las empresas participantes.

INTERNACION

Se registraron **13.46 egresos** por cada 100 afiliados, distribuidos en:

Internación general clínico quirúrgica	89.5%
Maternidad	7.3%
Neonatología	1.2%
Neurocirugía de alta complejidad	0.8%
Psiquiatría	0.6%
Cirugía cardiovascular central	0.5%

El gasto por egreso resultó de **\$ 28.297**.
El gasto mensual por afiliado fue de **\$ 317.30** (clínico quirúrgicos **83.59 %**, maternidad **5.66%**, neonatología **3.75%**, neurocirugía alta complejidad **3.83%**, cirugía cardiovascular central **2.29 %**, psiquiatría **0.88%**).

En egresos obstétricos se registró un **35%** de partos vaginales y el **65%** partos por cesárea, con un promedio de estadía de **2.7 días**.

La **internación domiciliaria** constituyó un gasto por afiliado mes de **\$ 41.31**.

Los honorarios de **anestesiología** representaron un gasto afiliado mes de **\$ 38.96**.

Si al gasto promedio por afiliado mes en internación sumamos los gastos de honorarios de anestesiología, el gasto del rubro Internación asciende a **\$ 356.26** afiliado mes.

Si agregamos los **\$ 41.31** de internación domiciliaria obtenemos un gasto global en internación de **\$ 397.57** afiliado mes, representando el **35.52%** del gasto asistencial total.

En **hemodinamia** se registraron **6.76** prácticas diagnósticas e intervencionistas cada 1000 individuos, el 60% de las cuales fueron diagnósticas.

El gasto promedio por cada prestación fue de **\$ 17.556** y de **\$ 9.89** por individuo por mes.

En **tratamiento radiante** se observó un gasto promedio mes de **\$ 5.95**.

Para el caso particular de los **trasplantes** dada su baja incidencia, se decidió incluir el consumo en el universo poblacional total de la encuesta.

Se registraron **48 trasplantes** en el período analizado: 14 de riñón, 12 de corazón-pulmón, 4 de médula.

Se observaron **0.74** pacientes en **hemodiálisis** por cada 1000 afiliados con un gasto mensual de **\$ 9.28** por afiliado.

En concepto de **prótesis** se gastaron **\$ 33.96** por afiliado mes (Cuadro Materiales Protésicos 2016).

MATERIALES PROTESICOS 2016

	GASTO AFILIADO MES	PORCENTAJE
PROTESIS DE TRAUMATOLOGIA	\$ 17,36	51,12%
CARDIOVASCULARES	\$ 2,66	7,83%
LENTES INTRAOCULARES	\$ 1,74	5,12%
MARCAPASOS DESFIBRILADORES	\$ 1,66	4,89%
IMPLANTES COCLEAR	\$ 0,20	0,59%
ORTESIS	\$ 1,54	4,53%
OTROS NO DETALLADOS	\$ 8,80	25,91%
TOTAL	\$33,96	100,00%



Se registró un gasto por afiliado mes de **\$ 53.34** en concepto de **reintegros** por diversas prestaciones, insumos y otros gastos que no pudieron ser incluidos en los ítems anteriores, constituyendo un **4.8%** del gasto asistencial total.

GASTO ASISTENCIAL

El gasto asistencial constituyó el **81.7%** del gasto total de una empresa promedio.

El gasto promedio médico-asistencial por afiliado del año 2016 (excluyendo gastos administrativos, de comercialización e inversión, coseguros y adicionales a cargo de pacientes) resultó de **\$ 13.431** por afiliado año y **\$ 1.119.26** por afiliado mes.

El **54.22%** de los gastos corresponden a gastos ambulatorios y el restante **45.78%** a internación y a otras prestaciones especializadas.

El **gasto ambulatorio** se distribuyó en:

Medicamentos	30.0%
Consultas	20.4%
Imágenes	17.2%
Diagnóstico y tratamiento	11.9%
Laboratorio	10.6%
Emergencias domiciliarias	3.0%
Odontología	2.6%
Rehabilitación	2.5%
Salud mental	1.7%

En el siguiente cuadro se describe el Gasto asistencial total del año 2016 por afiliado y por mes:



NO INCLUYE COPAGOS, IVA, NI IMPUESTOS

El gasto asistencial total de acuerdo a la **edad de la población** varía entre las distintas entidades en cantidad de afiliados, tipo de procedencia y edad de la cartera, resultando en promedio para cada grupo:

Menores de 20 años	13.4%
Entre 21 y 40 años	17.0%
Entre 41 a 65 años	26.7%
Mayores de 65 años	42.9%

EPIDEMIOLOGIA

Sobre una población de 440.134 individuos pertenecientes a 9 entidades se registraron en 2016 **0.76%** de discapacitados, **0.16%** pacientes con Sida y **0.022%** con esclerosis múltiple.

Con respecto a la fertilización asistida se observó una tasa de **1.64** estudios de alta complejidad por cada 1000 individuos, resultando exitosos el **14.8%** de los procedimientos.●



SANATORIO ANCHORENA SAN MARTIN

Un moderno concepto de edificio sustentable

En el corazón de San Martín sobre una superficie de 10.000 m² se emplaza el **Sanatorio Anchorena San Martín**. Un moderno concepto de edificio sustentable de 19.200 m², un complejo de dos edificios interconectados capaces de albergar la mayor complejidad tanto para la atención en internación como para la totalidad de las prestaciones ambulatorias.

El edificio principal consta de 9 plantas (7 pisos, un subsuelo y una terraza técnica). Dos núcleos de ascensores, 4 para la circulación del público y 5 para el área técnica. En su planta baja cuenta con la más amplia complejidad para la resolución de la patología aguda. El Servicio de Urgencias consta de 12 consultorios destinado a la resolución de la demanda espontánea de guardia de las especialidades de clínica médica, traumatología, teco ginecología y pediatría. Un área de observación con 1 Shock Room totalmente equipado con capacidad para el monitoreo del paciente crítico y la asistencia respiratoria mecánica; 8 box individuales con monitoreo multiparamétrico y 8 habitaciones individuales con baño para la observación de pacientes en estadías intermedias.

El servicio de diagnóstico por imágenes cuenta con dos equipos de radiología digital directa con capacidad para realizar estudios convencionales y contrastados; un tomógrafo multislice de 16 cortes, un resonador de 1.5 Tesla con magneto ultra corto y tecnología Pianissimo que reduce en un 80% la emisión de ruido, y 3 salas de ecografía con capacidad de realizar estudios convencionales, doppler, y cardiológicos.

En el primer piso se concentra toda el área quirúrgica. Ocho modernos y amplios quirófanos, con tableros IT de grado médico que garantizan la seguridad eléctrica, con capacidad para la realización de la mayor complejidad quirúrgica; una sala de hemodinamia con un moderno angiógrafo.

La central de esterilización se encuentra integrada al centro quirúrgico proveyendo así mayor eficiencia y seguridad al proceso de esterilización.

Un amplio hospital de día con 10 habitaciones con baño y 4 puestos de recuperación anestésica. Una sala de endoscopías con capacidad para solucionar una patología tanto aguda como programada.

Cuenta con 14 camas de terapia intensiva y 12 camas de unidad coronaria, 6 camas de terapia intensiva pediátrica y 15 camas de neonatología equipadas con respiradores microprocesador, alta frecuencia y monitoreo multiparamétrico con monitoreo central; así también un centro para recuperación de cirugía cardiovascular.

El centro obstétrico integra 3 salas de UTPR y dos quirófanos para cesáreas, integrándose con el área de internación conjunta y neonatología, diseñado para garantizar el vínculo permanente del binomio madre-hijo.

Cuenta con 116 camas de internación general individuales con baño privado, sistema de confort de temperatura regulado individualmente, televisión y telefonía. ●

Temporada invernal con estructura reforzada

ACUDIR SE ANTICIPÓ A LA LLEGADA DEL FRÍO

Entre los meses de mayo y julio recrudescen los cuadros respiratorios. Las bajas temperaturas que se esperan en esta época traen consigo gripes, catarrros, bronquitis, bronquiolitis o neumonías, entre otras enfermedades propias del aparato respiratorio. Algunas de estas enfermedades, como la gripe, son contagiosas y causan un alto índice de ausentismo laboral y escolar en el invierno. *“Primero se enferman los más chicos y luego, los adultos”*, revela el Dr. Agustín Apesteguía, Gerente Médico de **Acudir Emergencias Médicas**, y agrega que *“durante estos meses, la demanda de nuestros servicios, relacionados a estas patologías, crece un 30% en comparación con el resto del año”*.

Como consecuencia del frío, además de la demanda hospitalaria, también se incrementa la prehospitalaria. Con pleno conocimiento de una situación que se repite año tras año, **Acudir** reforzó y coordinó todos sus recursos para satisfacer el flujo de demanda habitual en este período. Principalmente, se reforzaron los recursos humanos con la incorporación de profesionales médicos, paramédicos y personal para la recepción y despacho de llamados. También fortalecieron sus recursos físicos incrementando en un 25% el número de unidades móviles disponibles en alta y mediana complejidad y aumentaron el stock de insumos para el tratamiento de enfermedades respiratorias.

*“En el mes de marzo iniciamos una campaña de vacunación antigripal que involucró a todo el personal de **Acudir**; de esta forma buscamos prevenir y evitar la propagación del virus de la gripe”*, explica Apesteguía. Este año, la vacuna antigripal incluyó tres cepas: Influenza A H3N2, Influenza B y la cepa A H1N1. Trabajar en la prevención es responsabilidad de todos, por eso es primordial adoptar algunas prácticas que son clave, como lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, ventilar los ambientes o taparse la boca y la nariz con la cara interna del codo o con pañuelo descartable al toser o estornudar.

Por otra parte, agrega que *“debido al aumento de casos de sarampión, hemos desarrollado un protocolo*



*de acción en casos sospechosos, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud. Así, todos los profesionales de **Acudir** se comprometen en la prevención y detección temprana de este tipo de enfermedades que habitualmente atacan a los niños”*.

El Dr. Apesteguía destacó que *“otra de las patologías típicas de la temporada invernal es la intoxicación por monóxido de carbono”*. De acuerdo con un informe del Ministerio de Salud de la Nación, cada año mueren alrededor de 200 personas por este motivo, por eso es aconsejable *“controlar las instalaciones de gas con personal matriculado, no usar la cocina o el horno para calefaccionar y dejar siempre una abertura mínima de 5 centímetros en los ambientes donde hay estufas a gas, para facilitar la renovación del aire”*.

Recientemente, **Acudir** amplió su estructura operativa en Zona Sur y Zona Oeste, con la apertura de Bases Operativas en Lomas de Zamora, Quilmes, Lanús, Avellaneda y Ramos Mejía. Además, obtuvo la recertificación de la Norma ISO 9001 para la prestación de servicios de Urgencias, Emergencias Médicas y Traslados en ambulancias, así como de consultas de Urgencias para afiliados directos de obras sociales y prepagas. Este esfuerzo de mejora continua, sumado al incremento de sus recursos humanos y físicos, dan cuenta del compromiso de la empresa seguir cumpliendo con los tiempos de arribo y calidad en el servicio, sin desmedro de la calidez en su atención. ●

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

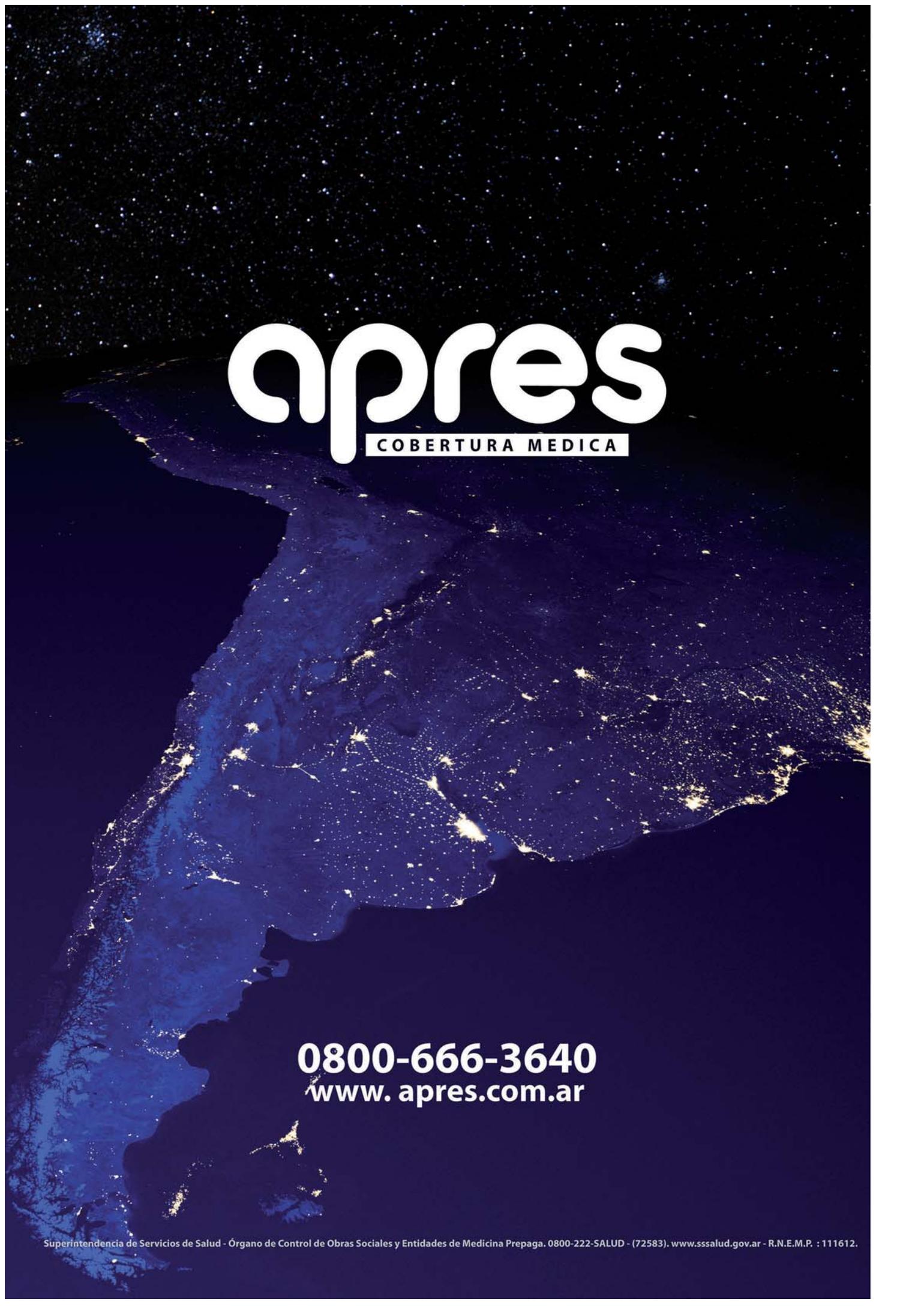
- Management farmacéutico
- Uso racional de medicamentos
- Estudios de farmacoeconomía
- Provisión y distribución de medicamentos

COMPROMISO



Av. Juana Manso 1800 3° y 4° Piso - WTC III - Madero Harbour - C1107DDA - CABA - Argentina - Tel: +54 11 5254-9050

www.admifarmgroup.com



apres

COBERTURA MEDICA

0800-666-3640
www.apres.com.ar

OSDEPYM, UNA OBRA SOCIAL MODERNA QUE CONTINUA SU CRECIMIENTO IMPARABLE

Osdepym cuenta con una trayectoria de 47 años en el sector de la salud, durante la cual supo aprovechar la revolución tecnológica y las herramientas de gestión para brindar mejor atención y mayores beneficios a los más de 381.000 afiliados, *nuestra razón de ser*.

Nuestro activo más importante, los más de 500 profesionales que trabajan día a día para cumplir la misión: *“prestar servicio de excelencia a las personas, anticipando y resolviendo situaciones y problemas relacionados con la salud, la autonomía personal o su bienestar”*.

Disponemos de 30 sucursales distribuidas por todo el territorio nacional para atender de forma personalizada y con la máxima eficacia las necesidades de todas las personas que nos dan su confianza.

Osdepym desde hace unos años ha iniciado la construcción de una red propia de policlínicas orientadas a una medicina moderna basada en la prevención y la atención de máxima calidad y seguridad para el paciente, con un confort de excelencia. En estos momentos se encuentran en funcionamiento los de Microcentro, Lomas de Zamora y Morón, y están en construcción los de Vicente López, San Martín y Jujuy.

Además, **Osdepym**, tiene a disposición de todos la más amplia gama de planes de salud que administra en forma directa o por intermedio de las más importantes empresas de medicina privada, con el fin de resolver las necesidades de cobertura de cualquier nivel socio económico.

Durante estos últimos meses, ha habido cambios importantes en la organización de **Osdepym**, renovando la institución en base a un modelo de mejora continua de nuestros servicios.



LA CENA ANUAL CONSENSO SALUD 2018

SE REALIZARÁ EL 5 DE JULIO



Como todos los años, **Consenso Salud** organiza su tradicional **Cena Anual**. Este año el evento tendrá lugar el día **5 de julio** en los salones del Palais Rouge (J. Salguero 1441, Capital Federal).

El año pasado contamos con la participación de más de 800 personalidades del sector salud y tuvimos el apoyo de más de 120 auspiciantes.

Durante la misma, se entregarán los tradicionales Premios Trayectoria a instituciones y/o profesionales a quienes se hayan destacado en su labor.

Lo invitamos a sumarse a este esfuerzo, colaborando con el auspicio de la Empresa / Institución a la cual representa.

Para consultas: cena2018@consensosalud.com.ar

- 04/01/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 11/01/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 18/01/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 25/01/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 01/02/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 08/02/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 15/02/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 22/02/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 22/02/18 Reunión de la Comisión Directiva de ADEMP
- 01/03/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 05/03/18 Reunión de Tablas con las Entidades Asociadas
- 08/03/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 08 y 09 de Marzo 2018
Reunión del Consejo Deliberativo de ALAMI en Quito, Ecuador
- 15/03/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 22/03/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 05/04/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 12/04/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 12/04/18 Reunión de la Comisión Directiva de ADEMP
- 12/04/18 Reunión de Tablas con las Entidades Asociadas
- 19/04/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 26/04/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 03/05/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 10/05/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 17/05/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 17/05/18 Reunión de Tablas con las Entidades Asociadas
- 24/05/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos
- 31/05/18 Reunión de Comisión de Auditores Médicos

Dr. José Luis Leone
Coordinador Comité de
Docencia e Investigación
Clínica Modelo de Morón.

El par radiográfico de Tórax



Era sábado, en ese preciso momento de la tarde que transcurría entre la breve y reparadora siesta y los preparativos para ir al teatro de la ciudad, donde desde siempre tenía una butaca reservada. En esas dos horas, nuestro Clínico se ocupaba de poner un poco de orden en el Consultorio, donde parecía que los papeles en forma de libros, revistas o fotocopias tomaban vida propia. Eso de ordenar consistía en volver a su lugar los libros de la biblioteca y seguir apilando las montañas de folios impresos. Estaba en su faena hasta que miró el negatoscopio que tenía en una de las paredes laterales del Consultorio y allí los vio. Era el par radiográfico de Tórax que así como ocurría cada tanto con el *Profesor Recetario*, comenzaba a conversar con el Doctor, o mejor dicho comenzaban, ya que los visitantes eran dos, los inseparables *Frente* y *Perfil de Tórax*.

-¿Cómo andan, viejos amigos?, preguntó nuestro Clínico, que esa tarde con el descanso de la siesta y la promesa de un interesante velada teatral, casi milagrosamente, estaba con ganas de socializar y de buen humor.

-Vinimos a despedirnos Doctor, -dijeron al unísono y con voz apagada, los integrantes del dúo.

-Pero, *porqué se despiden, se van de vacaciones?*

-No Doctor, creemos que nos vamos... para siempre, -afirmaron las radiografías.

-Pero cómo es que me dejan así, sin avisar?

-Miré Doctor, nosotros estamos pasados de moda. Esta no es época de radiografías, ahora es el momento de las tomografías, resonancias y ecografías. Además, esto de colgarnos en una pared para mirarnos y exhibirnos es prehistórico, Doctor.

Mientras los escuchaba, nuestro Clínico recordó la primera vez que su amigo el físico alemán Wilhelm Roentgen, le mostró la primera placa que le había tomado a la mano de su mujer Berta, en la cual se veían claramente los huesos y su anillo de compromiso!. Con el tiempo todo el cuerpo humano pasó bajo la mirada espectral de los fantásticos rayos X y se dejaron ver fracturas óseas, cuerpos extraños, sombras cardíacas y campos pulmonares enfermos. Después vinieron, los estudios con contraste, como las seriadas gastroduodenales, el colon por enema, las colecistografías... Con el perfeccionamiento de las técnicas cinematográficas, hicieron su entrada al mundo médico, los estudios de la deglución y la visualización de las arterias como la cinecoronariografía, por ejemplo. Dios mío, pensaba el médico, cuántos adelantos y estos dos que se quieren ir...

No se distraiga, Doctor! Y escúchenos, por favor.

-De acuerdo, los oigo, -dijo el médico y lentamente comenzó a entender la dimensión de la despedida.

-Mire, en primer lugar, nos vamos porque ya casi nadie nos solicita y cuando lo hacen, nos separan, es decir, que los médicos ya no realizan el par radiográfico de Tórax; si no que nos separan, casi siempre en favor del Frente, -dijo la placa del Perfil, con un malestar manifiesto.

-Y sí, tiene razón, -asintió el médico. Con la radiografía de perfil, se tiene una mayor sensación de tridimensionalidad y permite distinguir mejor las imágenes que en su colega del Frente de Tórax, se ven en un mismo plano. Pero de todas formas, no comprendo porque se quieren ir.

-Vamos Doctor, no ve que estamos viejos. Ya nadie imprime las imágenes en placas radiográficas. Estamos en la era de la digitalización! Primero llegaron los discos compactos, los famosos CD, que tenías que insertar en una lectora y ahora ya ni te imprimen: los técnicos le dicen a los pacientes que los médicos miran nuestras fotos en las computadoras y listo.

-Y las placas están en lo cierto, reflexionó en su interior, nuestro Clínico. En las primeras décadas del

siglo XXI, la vida hizo un giro hacia la virtualidad que da vértigo. El mundo analógico, con su objetos físicos palpables, ingresaba de otra forma al esquema mental de las personas. El técnico de rayos obtenía una radiografía, la revelaba y te entregaba dos placas en un sobre. La gente se llevaba algo tangible en sus manos. Pero eso es el pasado. Ahora las imágenes están disponibles en pequeños ordenadores conectados en red y en los teléfonos celulares, que todavía el médico no sabía porque le seguían llamando "teléfono", porque era una poderosa computadora portátil con un contenido ilimitado...

-Ve Doctor, ya no nos mira como antes, -le reprocharon las placas de Frente y Perfil del Tórax. Recuerde a cuántos pacientes nuestras imágenes ayudaron a sospechar una infección por tuberculosis en enfermos tosedores; un tumor maligno del pulmón en fumadores o un neumotórax, en jóvenes a los cuales le falta el aire.

-Está bien, no se pongan así, -dijo el médico, pero las imágenes digitales también son radiografías, afirmó. Además, Uds., el par radiográfico del Tórax (Frente y Perfil) han tenido más suerte que su colega y amigo, el par radiográfico de Abdomen (de Pie y Acostado).

-Está en lo cierto Doctor, las placas de abdomen desaparecieron para siempre, no sabemos como en la actualidad, los médicos ven los niveles hidroaéreos de las obstrucciones intestinales o el neumoperitoneo, pero no se preocupe, es la nostalgia nomás...

En esto también, tienen razón, ahora los médicos cuando los pacientes consultan por un dolor abdominal, casi sin revisarlos y en un actor reflejo, ordenan ecografías o tomografías, que ya no miran ni interpretan, sino que se limitan a leer los informes, total como la especialidad se autodenomina "Diagnóstico por Imágenes", infieren que en el texto del informe está el diagnóstico, mientras que el proceso de razonamiento clínico y el ejercicio del diagnóstico diferencial se ubica y se construye en la mente del Profesional.

Así, se fue la tarde del sábado, nuestro Clínico se despidió del par radiográfico de Tórax y tomó la decisión: sacó las placas, destornilló el negatoscopio de la pared, miró las radiografías en la pantalla de su teléfono celular y apremiado, observó el reloj, se hacía tarde para presenciar y disfrutar la ópera Guillermo Tell de Rossini, una de cuyas últimas líneas expresa: "Todo está cambiando..." ●



Philippe Cornet, Global Head of Travel Insurance, Zurich Int'l; Diego Baron, Marketing and Telemarketing Director; Federico Siri, President, Brazil; Fernando Garcia Ruiz, CEO; Silvina Garcia Fillol, Retail Commercial Director; Markus Klose, CFO, Cover-More; Pablo Fernandez Bonilla, Andean Region Commercial Director; Carlos Civile, Corporate Commercial Director.

Universal Assistance, Zurich Insurance Group y Cover-More

Zurich Insurance Group aceleró el crecimiento de *Cover-More Group*, su negocio global especializado en seguros de viaje y asistencia, mediante la celebración de acuerdos para adquirir a los líderes de asistencia al viajero en América Latina, *Travel Ace* y *Universal Assistance*.

La presentación oficial, se realizó en el mes de abril en el Sheraton Libertador Hotel, contó con una importante concurrencia. Se informó que la operación comprende 19 entidades que funcionan en América Latina, en especial en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México. *Zurich Insurance Group*, es una aseguradora suiza líder en todo el mundo. *Universal Assistance* y *Travel Ace Assistance* formarán parte del *Grupo Cover-More*, especialista a nivel mundial de Zurich en el negocio de seguros de viaje y asistencia médica, el cual ya opera en 14 países y se encuentra entre los líderes del mercado en los Estados Unidos, Australia e India.

Universal Assistance formará parte del nuevo polo de *Cover-More* en América Latina, y los productos seguirán comercializándose bajo las marcas consolidadas *Universal Assistance* y *Travel Ace Assistance*.

Zurich es un gigante global en el rubro de seguros y *Cover-More* es un especialista mundial en seguros de viaje y asistencia médica. Ambos aportarán un gran respaldo, innovación tecnológica, mayor solidez financiera y permitirá expandir los negocios a nivel regional y mundial. “Somos protagonistas indiscutibles en el mercado latinoamericano y estamos muy orgullosos

de ello. No obstante, ser parte de un grupo mundial tan fuerte representa una gran oportunidad. Esto nos permitirá ampliar nuestra oferta de productos y servicios, y nos dará competitividad global en un mercado que tiene aún mucho por dar. Además, trabajar de la mano de Cover-More, un especialista en seguros de viaje con fuerza innovadora nos permitirá lograr una fuerte sinergia y crecimiento en nuestro negocio. Celebraremos este día como el primer día de un futuro aún más apasionante construyendo negocios juntos”, así lo expresó Fernando Garcia Ruiz, CEO Universal Assistance y Travel Ace Assistance.

Por su parte, Philippe Cornet de Ways-Ruart, Global Head of Travel Insurance de Zurich, dijo: “Queremos mejorar el servicio, apostar por la tecnología”.

Asimismo, Mike Emmett, Chief Executive Officer de Cover-More, explicó que la transacción fue una oportunidad para redefinir la asistencia de viajes en los mercados de América Latina desplegando el conocimiento especializado de Cover-More. “La oferta para clientes de Cover-More está respaldada por tecnología propia, una sólida cultura de asistencia al viajero y una capacidad de servicio global. Esta operación nos brinda un acceso inmediato a nuevos clientes y escala en América Latina, un mercado que se encuentra entre los de más rápido crecimiento en los seguros de viaje y asistencia a nivel mundial. Asimismo, nos permitirá ofrecer una mejor asistencia a nuestros clientes que viajan hacia América Latina.” ●

La salud en San Martín se llama Corporación Médica Sanatorio.



Desde 1937 brindando calidad y excelencia médica.

- Atención de alta y mediana complejidad.
- Tecnología de última generación.
- Atención ambulatoria.
- Emergencias las 24 hs.
- Centro de la mujer.
- Polo pediátrico.

 **Corporación
Médica Sanatorio**
Más para tu Salud.



Matheu 4071 | San Martín, Buenos Aires | Argentina
(+54 11) 4754-7500 | www.webcorporacion.com.ar

BOREAL INAUGURA SU CASA CENTRAL PROPIA EN TUCUMÁN

Boreal afianza su crecimiento con la apertura de su Casa Central propia en Tucumán, en un edificio corporativo de siete pisos de altura, con una estética moderna y dotado de la última tecnología.



La nueva casa matriz de **Boreal** está ubicada en Santiago 140, una zona estratégica del corredor sanitario de la ciudad. Posee más de 2.000 m² de superficie cubierta propia donde se encuentran las oficinas de todas las áreas de la empresa. En Planta Baja funciona la sucursal Tucumán con



los puestos de atención al público. Con la apertura de esta nueva sede, **Boreal** busca dar un paso más hacia su objetivo constante de

ofrecer más servicios, mayor comodidad y calidad de atención a sus asociados y prestadores médicos.

Como parte de su plan estratégico, la empresa ha invertido en los últimos años en la creación de nuevos centros de atención a lo largo de 13 provincias de las regiones NOA, NEA, Cuyo y Centro del país donde ya cuenta con 25 sucursales que brindan una completa cobertura médico asistencial a más de 200.000 beneficiarios. Sin duda, con la inauguración de su edificio corporativo, **Boreal** marca un hito en su historia y refleja, una vez más, el crecimiento constante en sus más de veinte años de trayectoria en el sector salud. ●



SBRT

Radioterapia Estereotáctica Extracraneal



Contamos con tecnología de avanzada en radioterapia, brindando una ventaja diferencial en tratamientos guiados por imágenes.



- Técnica no invasiva.
- Posibilidad de tratar nuevos tumores (pulmonares, espinales, hepáticos y renales no resecables) y enfermedades oligometastásicas.
- Tratamiento en menos sesiones.
- No requiere sedación ni anestesia.

VIDT Oncología Radiante

auspició el
“III Best of ASTRO”,
 organizado por la Sociedad
 Argentina de Terapia
 Radiante Oncológica

Buenos Aires fue sede del **“III Best of ASTRO”**, organizado por la **Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica (SATRO)** en el Hotel Meliá Buenos Aires, los días 17 y 18 de mayo próximos pasados.

Este evento, auspiciado por **VIDT Oncología Radiante**, se realizó con licencia de **American Society of Radiation Oncology “ASTRO”** con el objetivo de difundir los trabajos con mejor puntuación del **“ASTRO Annual Meeting”** del año 2017, San Diego, California, USA.

La inauguración del congreso estuvo a cargo de la *Dra. Luisa Raffailovici*, directora de la Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica y Directora Médica en **VIDT Oncología Radiante**.

Los módulos estuvieron a cargo de un presidente y coordinador, y tuvieron como disertantes médicos del ámbito nacional e internacional, convocando a especialistas de USA y todo Latinoamérica, de acuerdo a cada especialidad.

También el congreso dió lugar a 2 simposios, **“Simposio DeLec” – Tomografía - casos complejos** y el Simposio de Varian Medical Systems.

Al finalizar las jornadas se entregaron diplomas de **“Recertificación en Radioterapia”** y diploma al **“Miembro Honorario Extranjero”**.

JORNADA DE DETECCIÓN PRECOZ

SERVICIO MULTIDICIPLINARIO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR DEL HOSPITAL RIVADAVIA JUNTO CON HIPUA



El 5 de mayo, próximo pasado, fue el Día Mundial de la Hipertensión Pulmonar. En esa fecha se llevó a cabo la Jornada abierta a la comunidad destinada a la detección temprana de la HP. Esta enfermedad, sin un diagnóstico a tiempo,

puede llegar a ser mortal, ya que afecta las arterias pulmonares y al corazón. Quienes la padecen tienen limitaciones en su calidad de vida, con serias dificultades para respirar y caminar.

Durante la Jornada en el Hospital Bernardino Rivadavia de Buenos Aires se realizó la evaluación Integral de pacientes con sospecha clínica de Hipertensión Pulmonar y de pacientes portadores sin seguimiento, para lograr un mejor pronóstico a largo plazo. Bajo la coordinación del Cardiólogo Dr. Adrián Lescano y otros especialistas en Neumonología, Reumatología, Kinesiología y Psicología se realizaron exámenes Cardiológicos, Neumológicos y Reumatológicos (ECG, Espirometría, Capiloscopía, Ecocardiograma Doppler, Test de caminata de 6 minutos, entre otros). También se coordinó la realización de charlas médicas y soporte psicológico.

En ésta oportunidad la Asociación Civil Hipertension Pulmonar Argentina (HIPUA) participó con la preparación de material informativo. Desde el año 2009, HIPUA es la primera y única asociación en la Argentina integrada por pacientes, familiares y amigos que colaboran y prestan su tiempo de manera solidaria y desinteresada. Su misión es brindar información y contención a todas aquellas personas (niños, adolescentes y adultos) que han recibido el diagnóstico de Hipertensión Pulmonar y asistírlos para mejorar su calidad de vida.

Estadísticamente, la padecen 52 personas por cada millón, esto significa que 25 millones de personas presentan Hipertensión Pulmonar en el mundo. Es más frecuente en el sexo femenino y la edad de mayor presentación oscila entre los 20 y 50 años. En Argentina hay aproximadamente 2.500 pacientes con esta enfermedad y muchos de ellos atraviesan sucesivas consultas con distintos profesionales hasta alcanzar el diagnóstico correcto. Su detección a tiempo es esencial para que los pacientes puedan tener una mayor expectativa de vida.

Con la realización de esta Jornada, los organizadores y promotores esperan aumentar la concientización y detección temprana de la HP, fomentar la investigación clínica y la innovación y ayudar a los pacientes y sus familias. ●

HIPERTENSION PULMONAR

Una detección a tiempo es esencial para que los pacientes puedan tener una mayor expectativa de vida

¿Qué es la Hipertensión Pulmonar?

La Hipertensión Pulmonar (HP) se define por el desmesurado aumento de la presión en las arterias que llevan la sangre del corazón a los pulmones causando falta de aire (disnea), cansancio (fatiga), mareos, tos seca, síncope (pérdida de conocimiento) y otros síntomas, que se exacerban con el ejercicio (por ejemplo subir escaleras) y que, de no diagnosticarse y recibir tratamiento en forma precoz, lleva inevitablemente al fallo cardíaco. Suele confundírsela con asma o ataques de pánico. Afecta tanto a hombres y mujeres aunque es más común en estas últimas. Puede presentarse a cualquier edad. Actualmente, a nivel internacional, se habla de una prevalencia de 5 a 52 casos por millón de habitantes. En base a estos datos se estima en Argentina unos 2500 afectados. La HP es una enfermedad rara que puede ser mortal, sin embargo con un diagnóstico y el comienzo precoz del tratamiento, puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes e incrementar la sobrevida. La HP es una enfermedad de alto impacto sobre los pacientes, el grupo familiar y la sociedad, por eso el primer paso es crear conciencia sobre la misma y optimizar los recursos para un diagnóstico precoz.

¿Cuáles son los síntomas?

La sintomatología más frecuente que manifiestan es la presencia de disnea (dificultad en la respiración), que en general es de carácter progresivo, con meses o años de evolución. También pueden consultar por dolor precordial (angina), síncope, palpitaciones, astenia y/o edema en miembros inferiores bilaterales.

¿Qué estudios deben realizarse para su detección?

El proceso diagnóstico de la Hipertensión Pulmonar requiere de un alto índice de sospecha clínica, que en general es bajo y la confirmación se realiza a través de los métodos complementarios como Electrocardiogramas, Ecocardiograma Doppler, Espirometría, entre otros estudios iniciales.

Dr. Adrián José Lescano
Médico Cardiólogo - MN N° 103.818
Nancy Campelo
Presidente HIPUA

¿Quiénes pueden padecerla?

La población en riesgo de contraer esta enfermedad abarca personas con disnea de causa no aclarada, diagnóstico de hipertensión pulmonar sin seguimiento clínico, antecedentes familiares de hipertensión pulmonar, enfermedad del tejido conectivo, cardiopatías congénitas, HIV, hipertensión portal, esplenectomía, anemia falciforme, fenómeno de Raynaud o cianosis, antecedentes de tromboembolismo de pulmón con disnea.

¿Cuál/es son los inconvenientes más frecuentes en la detección de HP?

La escasa sospecha clínica es la limitación más impactante y lleva a un diagnóstico tardío. Asimismo, la falta de conocimiento en relación a las herramientas diagnósticas para confirmar la presencia de HP y la ausencia de centros de referencias brindan un impacto negativo en el pronóstico.

¿Los pacientes con HP cuentan con nuevos y efectivos tratamientos?

En la actualidad disponemos de diferentes "Fármacos" efectivos para el tratamiento de la HP, con los que se alcanza la mejoría en la calidad de vida y sobrevida de nuestros pacientes. Entre los diversos grupos disponibles utilizamos los "Inhibidores de la Fosfodiesterasa (sildenafil y tadalafil), inhibidores de Endotelina (bosentan, ambrisentan y macitentan) y los Prostanoides (Iloprost, treprostinil y epoprostenol).

¿Los nuevos tratamientos han mejorado la calidad y expectativa de vida de los pacientes?

En los últimos años hemos avanzado significativamente en el pronóstico de nuestros pacientes y esto obedece a la aplicabilidad de los múltiples esquemas farmacológicos. La calidad de vida y la sobrevida de los enfermos ha mejorado en forma significativa como lo evidencian los estudios clínicos.

¿Se considera que en nuestro país hay muchos más afectados de los diagnosticados?

Existe un sub-diagnóstico en la confirmación de la patología, aunque los casos incidentes han aumentado en los últimos años en nuestro país. ●

ENTIDADES ADHERIDAS



ALTA MEDICA S.A.
Alte. Brown 517/19 - B1708EFI- Morón-Pcia. Bs.As.
Tel.: 5627-1440 - Fax: 4627-2801
e-mail: amedica@cmm.com.ar
www.cmm.com.ar



ALTA SALUD S.A.
Av Nazca 1169 (1416) 4to Piso, Capital Federal
Tel.: 4588-5900 / 0810-333-2582
www.altasalud.com.ar
E-Mail: info@altasalud.com.ar



ALLMEDICINE
Pte. Roca 436 C.P. S2000CXJ -
Rosario, Pcia. de Santa Fe.
Tel: 0341-5304/4460/61/62/63
www.allmedicinesa.com.ar



APRES
Andrés Baranda 210, Quilmes
Provincia de Buenos Aires
Tel.: 4257-4404
www.apres.com.ar
e-mail: admision@apres.com.ar



ASI S.A.
Lisandro Medina 2255 -
Tel.: 4716-3250 B1678GUW
Caseros - Pcia. de Bs.As
E-mail: info@asi.com.ar - www.asi.com.ar



BOEDO SALUD S.A.
Boedo 535/543 4° C. B1832HRK
Lomas de Zamora - Pcia. Bs.As.
info@boedosalud.com / Tel.: 5238-9006



BOREAL
Santiago del Estero 140. Tel.: (0381) 431-1360
T4000DVD - San Miguel de Tucuman
E-Mail: cwoiters@e-boreal.com.ar
www.e-boreal.com.ar



BRISTOL MEDICINE
Amenabar 1074/76 - C1426AJR - Capital Federal
Tel.: 3220-4900 / 0800-444-0453
e-mail: info@bristolmedicine.com.ar
www.bristolmedicine.com.ar



CEMIC
Av. Las Heras 2939 (C1425ASG)
Tel. 5299-0850 Fax: 5288-5710
dptocomercial@cemc.edu.ar



CENTRO ASISTENCIAL Medicina Privada
Av. Mitre 111- 52300HWB Rafaela - Santa Fe
Tel.: (03492) 501-500/501
www.centroasistencial.com.ar
info@centroasistencial.com.ar



CIMA INTEGRAL S.A.
Güemes 978
Tel: (03489) 431300/447880
info@cimaintegral.com.ar



CIRCULO MEDICO DE MATANZA
Av. De Mayo 743
B1704BUH - Ramos Mejía - Bs. As.
Tel./Fax: 4469-6600
E-Mail: info@cirmedmatanza.com.ar



CORPORACION ASISTENCIAL S.A.
Matheu 4000 Tel/Fax.: 4754-7580 B1650CST.
San Martín - Bs. As.
www.corporacion.com.ar
e-mail: casistencial@corporacion.com.ar



CYNTHIOS SALUD S.A.
Betharram 1434, Martín Coronado CP 1682
Tel 4840-1771 / Tel: 4501-4550/4504-1624
E-Mail: comercialización@cynthios.com.ar



FAMYL S.A.
Lebensohn 89 (B6000BHA) -
Junín- Pcia. Bs.As. Tel: 0236-4431585
www.famyl.com.ar / E-mail: info@famyl.com.ar



FEMEDICA
H. Yrigoyen 1124/26 C1086AAT - Cap. Fed.
Tel.: 4370-1700 Fax: 4370-1754
www.femedica.com.ar / info@femedica.com.ar



FUNDACION MEDICA DE MAR DEL PLATA
Córdoba 4545 B7602CBM -
Mar del Plata - Pcia. de Bs. As.
Tel.: (0223) 499-0140 - Fax: (0223) 499-0151
E-Mail: fundacion@hpc.org.ar
www.hpc-fmmp.com



GERMED S.A. S.A.
Belgrano 242 B6000GZB -
Junín - Pcia. de Bs. As. - Tel.: (0236) 443-440
www.grupolpf.com.ar



HOMINIS S.A.
Fco. Acuña de Figueroa 1239.
C1180AAX C.A.B.A. Tel.: 4860-1900
www.Mphominis.com.ar



MEDICAL'S S.A.
Talcahuano 750 11° C1013AAP - CABA
Tel./Fax: 4373-9999 - Int. 1103
e-mail: medicalsdireccion@yahoo.com.ar



MEDICINA PRIVADA S.A.
Flores de Estrada 5290 B1826EJF -
R. de Escalada - Pcia. de Bs. As.
Tel.: 4239-7600 e-mail: medipriv@sminter.com.ar



MEDIFE
Juan Bautista Alberdi 3541 [C1407GZC] CABA
Tel.: 0800 333 2700 / www.medife.com.ar



PRIVAMED S.A.
Uruguay 469 3° C1015ABI - C.A.B.A.
Tel.: 4371-4449
www.privamedsa.com / E-mail: info@privamedsa.com



SABER CENTRO MEDICO S.A.
Av. San Martín 554 B1876AAS -
Bernal - Pcia. de Bs. As.
Tel.: 4252-5551 Fax: 4252-5551
e-mail: saberplandesalud@speedy.com.ar



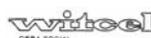
STAFF MEDICO S.A.
Arenales 2016 Tel.: 2033-7550
C1124AAF - Capital Federal.
www.staffmedico.com.ar
e-mail: info@staffmedico.com.ar



VIDA PYME ASOC. CIVIL
L. N. Alem 1074 8° C1001AAS - C.A.B.A.
Tel.: 5288-5600. Fax: 5288-5710 - Fax: 5288-5672
E-mail: planpyme@osdepym.com.ar



VITA'S S.A.
25 de Mayo 369 B1708JAG
Morón - Pcia. de Bs. As. info@vitas-sa.com.ar
Tel./Fax: 4627-8745 4628-8657



WITCEL S.A.
Av. Callao 625 3° Piso. C.A.B.A.
Tel.: 011 5368-7678 / 5368-7679
E-Mail: administración@oswitcel.com.ar



Más de 70 años
cuidando La Salud
de la Comunidad

SANATORIO



TURNOS ONLINE



GUARDIA LAS 24 HS.



DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES



INTERNACIONES

Nuevos Consultorios Externos
Pasaje Dr. C. Bertagnolio 688 - 4° y 5° PISO
a 50 mts. del edificio central

5627.1000 / 4133.1000

R. O. Del Uruguay 234, Morón (1708) | www.cmm.com.ar



CENTRO DE DIAGNÓSTICO PARQUE

*Con calidez y
calidad diagnóstica...
Siempre al cuidado
de la salud.*



Campana 3252/72 - CABA
Tel.: 4505-4300/4350 - TURNOS ONLINE
www.diagnosticoparque.com.ar

