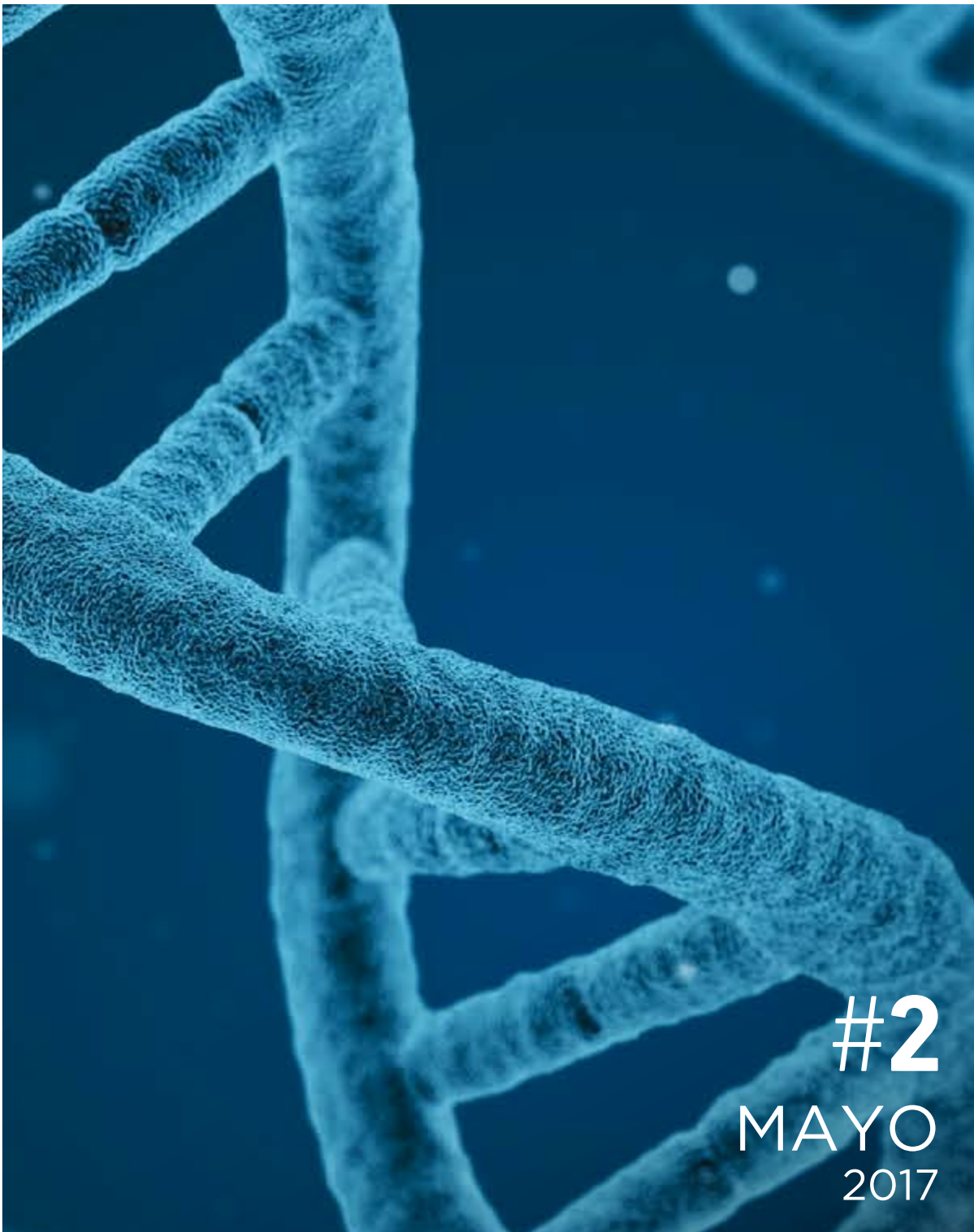


Adecra+Cedim



#2

MAYO
2017

ISSN 16691245

**Crecimos junto a vos acompañándote
en cada momento de tu vida.**



0800 444 6773

Línea gratuita de atención
al Beneficiario

ospesalud.com.ar

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

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

 /OSPeOficial

OSPe

**OBRA SOCIAL
DE PETROLEROS**

Nos sobra fuerza para enfrentar los desafíos. Eso sí: lo que tenemos en claro es que hoy, más que nunca, necesitamos que el gobierno admita la gravedad de la situación y actúe en consecuencia.



DR. JORGE CARRASCOSA
Presidente de Cedim

NI LA MANO DE DIOS

A esta altura de los acontecimientos, **sentimos que los prestadores venimos jugando el mismo deporte pero que, a medida que nos acomodamos en la tabla, arbitrariamente modifican las reglas de juego y sólo nos queda empezar nuevamente del mismo lugar de siempre.**

A través de estas páginas, hemos destacado, en reiteradas oportunidades, la predisposición al diálogo de las autoridades del gobierno que asumió en diciembre de 2015. Sin embargo, luego de 15 meses, nuestro sector tiene la convicción que no nos es posible avanzar en la búsqueda de soluciones concretas a los ya históricos y acuciantes problemas que sufrimos. En la administración anterior, ni se avenían a responder a nuestros pedidos de audiencia y prefirieron dejar que la crisis de la salud privada la resolviesen otros. Hacían tiempo y, siempre que podían, tiraban la pelota a la tribuna.

En el marco de la mesa de diálogo establecida oportunamente, continuamos conversando con las nuevas autoridades del PAMI, y estamos en pleno análisis de la modificación del tipo de contratación con las clínicas,

cuestión que tomamos con cautela pero que genera incertidumbre.

No sólo en el campo de juego tenemos el conflicto sino que también, desde la popular y la platea, las paritarias comienzan a hacer sentir la presión. Sin lugar a dudas, esto representa un inmenso desafío. Los prestadores, en un marco claramente inflacionario, están a merced de sus problemas económicos y de una fuerte presión tributaria. Con este esquema de juego, debemos sentarnos con el gremio para llegar a un acuerdo que deje conforme a ambas partes.

Nos sobra fuerza para enfrentar los desafíos, en nuestro sector hay emprendedores creativos y, como aún creemos en el país y en su futuro, seguiremos adelante, como lo hemos hecho siempre.

Eso sí: lo que tenemos en claro es que hoy, más que nunca, necesitamos que el gobierno admita la gravedad de la situación y actúe en consecuencia. Porque los prestadores, que somos los que salimos al campo de juego, estamos convencidos de que, esta vez, no hay mano de Dios que valga.



#2 MAY. 2017

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN
DE CLÍNICAS, SANATORIOS Y
HOSPITALES PRIVADOS DE LA
REPÚBLICA ARGENTINA

01 // EDITORIAL

NI LA MANO DE DIOS

06 // INFORME

ÍNDICE DE PRECIOS DE INSUMOS PARA LA
ATENCIÓN MÉDICA: CUARTO TRIMESTRE DE 2016

12 // ACTUALIDAD

¿QUÉ ES Y POR QUÉ SE HABLA TANTO DEL
"TURISMO MÉDICO"?

16 // ACTUALIDAD

LA GESTIÓN HOSPITALARIA
CENTRADA EN EL PACIENTE

22 // ENTREVISTA

DR. HORACIO VOGELFANG, JEFE DEL SERVICIO DE
TRASPLANTE CARDÍACO INFANTIL DEL HOSPITAL
GARRAHAN

32 // INFORME

INFORME MUNDIAL DE LA FELICIDAD 2017

40 // ACTUALIDAD

EN BUSCA DE AVANCES Y MEJORAS EN LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

46 // PANORAMA

49 // ENTIDADES ADHERIDAS

STAFF COMISIÓN DIRECTIVA - ADECRE

Presidentes Honorarios:

Dr. Francisco José Díaz
Mevaterapia - CABA
Dr. Ángel Gilardoni
Sanatorio Corporación Médica
Gral. San Martín - GBA

Presidente:

Cp. Jorge Pedro Cherro
Sanatorio Corporación Médica
Gral. San Martín - GBA

Vicepresidente:

Dr. Mario Tourn
Grupo Gamma - Santa Fe

Secretario:

Dr. Héctor Santander
Casa San Juan de Dios - GBA

Tesorero:

Ing. Bibiana Rodríguez Cáceres
Clínica Bessone - GBA

Pro Secretario:

Dr. Eusebio Zabalúa
Instituto de
Otorrinolaringología - CABA

Pro Tesorero:

Cp. Alejandro Poli
Instituto I.C.B.A. - CABA

Vocal Titular 1°:

Cp. Guillermo Lorenzo
I.A.D.T. - CABA

Vocal Titular 2°:

Dr. Julio Domínguez
Clínica Espora - GBA

Vocal Titular 3°:

Dr. Salvador Scafidi
Policlínico Modelo
de Cipolletti - Río Negro

Vocal Suplente 1°:

Cp. Alfredo Antonio Arienti
Clínica Bazterrica - CABA

Vocal Suplente 2°:

Dr. Marcos Lozada
Sanatorio Allende - Córdoba

Vocal Suplente 3°:

Dr. Eduardo Mattera
Sanatorio Bernal - GBA

Vocal Suplente 4°:

Dr. Carlos Pesa
Sanatorio 9 de Julio - Tucumán

Revisor Titular de Ctas. 1°:

Sr. Ricardo Negro
Clínica Santa Catalina - CABA

Revisor Titular de Ctas. 2°:

Lic. Verónica Degrossi
Sanatorio Modelo
de Quilmes - GBA

Revisor Titular de Ctas. 3°:

Lic. Martín Lezama
Clínica y Maternidad Suizo
Argentina - CABA

Revisor Titular de Ctas. Suplente 1°

Cp. Pablo Paltrinieri
Hospital Privado
de Córdoba - Córdoba

Gerencia General:

Cp. Silvia Monet

Director de la Revista:

Dr. Eusebio A. Zabalúa

Comité de Redacción:

Cp. Jorge Cherro
Dr. Francisco José Díaz
Dr. Ángel Gilardoni

Comunicación Inst.:

Chantal de La Bouillie
Agustina Menéndez Bethy

Dpto. de Economía:

Lic. Rocio Quiroga
Lic. Jorge Collina
Francisco Piegari

Dpto. de Legales:

Dr. Diego Rodríguez Donnelly

Colaboradores:

Noemí Fernández
Alejandra Fuente
Leonardo Romano
Michelle Kowalewski

////////////////////

STAFF COMISIÓN DIRECTIVA - CEDIM Período 2014-2017

Presidente:

Dr. Jorge M. Carrascosa
Diagnóstico Maipú por
Imágenes S.A. - GBA

Vicepresidente:

Dr. Marcelo L. Kaufman
Investigaciones Médicas S.A. - CABA

Secretaria:

Dra. Eva Ávila Montequín
IMAT S.A. - CABA

Tesorero:

Lic. Cesar Gotta
Diagnóstico Médico - CABA

Director Ejecutivo:

Dr. Mario E. Tourn
Instituto GAMMA S.A. - Santa Fe

Vocal Titulares:

Dr. Rolando Deragopyan
Centro Médico Deragopyan - CABA
Dr. Daniel Bernardo Schere
Laboratorio Dr. Schere - CABA
Dr. Alberto San Miguel
TCBA S.A. - CABA
Dra. Graciela Melado
Megan - La Pampa
Dr. Luis García
Laboratorio Castelar - GBA

Vocales Suplentes:

Dr. Raúl Pissinis
Diag. Maipú por Imágenes - GBA
Lic. Hernán Rojas
Diagnóstico Rojas - CABA
Cp. Denis Bollati
Centro Privado TC Córdoba - Córdoba
Cp. Leticia Falco
Imaxe - CABA
Ing. Rafael Aragón
Centro Médico Deragopyan - CABA

Revisores de Cuentas Titulares:

Dr. CPN Rubén Kouleff
Fundación Científica del Sur - GBA
Lic. Patricia Vázquez Soria
VIDT Centro Médico S.A. - CABA
Lic. Diego Di Fonzo
Diagnóstico Médico - CABA

Revisor de Cuentas Suplentes:

Cp. Fabián Novotny
Diag. Maipú por Imágenes S.A. - GBA
Dr. Hernán García del Río
Ardega S.A. - CABA

AÑO 10/ #2 / MAY. 2017

Adecre > Montevideo 451 Piso 10° - (C1019ABI) (C.A.B.A.)
Tel: (54 11) 4374-2526 Fax: (54 11) 4375-2070
www.adecra.org.ar - info@adecra.org.ar

COORDINACIÓN PERIODÍSTICA, EDICIÓN Y REALIZACIÓN GRÁFICA

Sofía Cavalli - María Laura Gallelli - Mariela Almada
(5411) 156-041-3930 - mlgdisegno@gmail.com

ANTES QUE ANTES NUEVO EQUIPO ESPECIAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS



PARA ASISTIR MÁS RÁPIDO CON LA CALIDAD Y CALIDEZ DE SIEMPRE

- **Atención inmediata de respuesta múltiple:**
Despacho simultáneo de UTIM y moto.
- **Garantizado por certificación ISO 9001:**
Para urgencias, emergencias médicas y traslados en ambulancias para obras sociales, prepagas, empresas y particulares.

La calidad es una actitud



www.acudiremergencias.com.ar

Almte. Francisco Seguí 1350 C.A.B.A.

Tel.: 011 4588 5555 | acudir@acudir.net

NUESTRA EXPERIENCIA EN ASISTENCIA MÉDICA A UN CLICK DE DISTANCIA, AHORA EN TU VIAJE.

**Primeros en ofrecer
asistencia médica
por videollamada.**

En 2016, en Omint desarrollamos el servicio Médico Online y hoy lo integramos a nuestra asistencia al viajero, para que puedas conectarte con un médico en tu idioma a través de una videollamada, sin importar a donde viajes.

Ingresa en www.omintassistance.com.ar y accedé a un **35% de descuento.**



Innovación para asegurar tus valores.

Más de 90 años brindando respaldo, solidez y experiencia.

Y el asesoramiento más conveniente a tu necesidad.

COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros 

ÍNDICE DE PRECIOS DE INSUMOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA: CUARTO TRIMESTRE DE 2016

POR: LIC. JORGE COLINA

El Índice de Precios que elabora habitualmente Adecra, con el fin de monitorear la evolución de los costos de producir atención médica en instituciones de la salud privadas, presentó, para el cuarto trimestre de 2016, un incremento total del 10,16 por ciento respecto al trimestre inmediato anterior.

LA RECOMPOSICIÓN SALARIAL Y LOS COSTOS LABORALES

Durante el último trimestre del año, ponderando salarios, honorarios médicos y contribuciones patronales, se dio una suba del 11,7 por ciento en los costos laborales.

Este aumento se explica, en parte, debido al acuerdo de recomposición salarial firmado en junio con FATSA -Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Salud Argentina-, para todos los empleados encuadrados bajo los Convenios Colectivos de Trabajo números 122/75 y 108/75. Este acuerdo culminó en un incremento salarial del 35 por ciento, distribuido en tres tramos, dos de los cuales se otorgaron en el cuarto trimestre -11 por ciento en noviembre y cuatro por ciento en diciembre-.

Por otro lado, los médicos comprendidos bajo el Convenio Colectivo de Trabajo 619/11 de AMAP -Asociación de Médicos de la Actividad Privada- también recibieron un aumento salarial del 35 por ciento, repartido entre agosto y diciembre, siendo este último del 15 por ciento.

Considerando solamente los salarios de empleados en relación de dependencia, el índice arrojó una suba del 13,4 por ciento a lo largo del trimestre, levemente por debajo de los CCT. Esto se debe a que los trabajadores fuera de convenio suelen recibir aumentos menores a los fijados dentro de convenio o en plazos distintos.

Para aquellos médicos que cobran por honorarios, se observa un incremento del nueve por ciento.

En cuanto a las cargas sociales, el índice evidenció que sólo crecieron un nueve por ciento respecto al tercer trimestre, debido a la no remuneratividad de las contribuciones patronales a la seguridad social de los incrementos salariales, lograda hasta el 30/06/2017, con el objeto de alivianar el peso que provoca la recomposición salarial sobre los costos de los prestadores. Esta condición de no remuneratividad se consiguió en los tres convenios antes mencionados, tanto para los aumentos salariales fijados en junio como para el bono extraordinario de diciembre.

CUADRO 1

COMPONENTES Y PONDERACIONES DEL ÍNDICE: variación trimestral. IV trimestre de 2016

IV TRIM 2016*	PONDERACIÓN	
Costos laborales	11,70%	74,4%
-Salarios	13,40%	47,9%
-Contrib. patronales	9,00%	11,3%
-Honorarios médicos	9,00%	15,2%
Insumos médicos	4,00%	13,3%
Insumos no médicos	2,26%	5,8%
Servicios públicos	25,14%	2,9%
Inversiones	2,01%	3,6%
Total	10,16%	100%

*Datos provisorios - Fuente: Dpto. de Economía de Adecra.

LOS INSUMOS MÉDICOS, NO MÉDICOS Y LAS INVERSIONES

En el caso de los insumos médicos, que implican la adquisición de reactivos de laboratorio, imágenes, medicamentos y material descartable, se registró una suba del cuatro por ciento. El aumento fue impulsado, principalmente, por los reactivos de laboratorio, que promediaron un precio de 10,2 por ciento por sobre el trimestre anterior. En cuanto a los medicamentos y los materiales descartables, hubo cambios heterogéneos: tanto aumentos como caídas. Esto ocurre porque el mercado continúa adecuándose a la apertura de importaciones progresiva, instalada por el gobierno. Por último, la categoría de insumos para imágenes apenas se movió un 0,9 por ciento.

Los insumos no médicos, que incluye a los servicios de alimentación, retiro de desechos patogénicos, oxígeno y servicio de lavandería, reflejaron un incremento de 2,3 por ciento. De los insumos de la categoría, el mayor aumento se verificó en los alimentos, con un 3,3 por ciento, ítem que siempre va de la mano de la inflación general. El bajo nivel del rubro se origina en cuanto a que no se registraron aumentos de servicio de lavandería y, en los casos de residuos patogénicos y oxígeno, los pocos cambios mostraron un promedio menor al tres por ciento. Los contratos de estos servicios se suelen renegociar a principio de año, con lo cual, el impacto más fuerte se verificó durante la primera mitad del año, menguando en la segunda.

Considerando sólo las inversiones, el impacto de la inflación fue de un dos por ciento. Al ser importada la mayoría de los componentes de este rubro, los aumentos suelen estar atados a las variaciones del cambio del peso contra el dólar o el euro, y ambos se mantuvieron relativamente estables (3,3 por ciento subió el dólar y el euro sufrió una caída del -0,2 por ciento promedio, entre el tercer y cuarto trimestre)¹. Los elementos del índice que son de origen nacional promediaron un 11,6 por ciento de aumento.

SERVICIOS PÚBLICOS

Los datos recolectados sobre servicios públicos indican que hubo un aumento del 25,1 por ciento en el trimestre aunque se mantiene la situación de incertidumbre. Muchas instituciones no han recibido todavía las facturas -sobre todo las de gas- y siguen dándose situaciones disímiles entre las mismas. Mientras que algunas sufrieron aumentos en el cuarto trimestre del año, otras

El Índice de Precios evidenció un aumento de un 37,3 por ciento en los costos de producir atención médica en instituciones de salud privadas durante 2016.

Los insumos médicos son el rubro que menos aumentos de precios tuvo en el año, con un 19,5 por ciento, registrando, incluso, una caída durante el segundo trimestre.

tuvieron caídas en los precios. Es importante recalcar que, hasta tanto la situación no se regularice, es necesario tomar el dato con precaución. De todas formas, desde el punto de vista del resultado total del índice, no hubo grandes variaciones, producto del bajo peso (2,9 por ciento) que tiene la categoría de “servicios públicos” en el total de la estructura de costos.

EL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR PRESTADOR

Por el lado de los financiadores, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, autorizó, bajo las resoluciones números 1567/2015, 572/2016 y 1287/2016, a las empresas de medicina prepaga a aplicar los siguientes incrementos: nueve por ciento en febrero, 15 por ciento en junio, cinco por ciento en julio y nueve por ciento en el último trimestre del año, otorgado en octubre.

Sobre estos aumentos se produjo el correspondiente traslado a los aranceles prestacionales. A su vez, las obras sociales, en julio/agosto, aumentaron un 20 por ciento y, aproximadamente, un 12,5 por ciento durante el cuarto trimestre, distribuido entre noviembre y diciembre, acumulando, a lo largo del año, un 35 por ciento de incremento promedio.

Finalmente, el INSSJP -PAMI- otorgó, en esta última parte del año, un aumento del 15 por ciento sobre el valor del módulo 12 -pensión sanatorial-, en reconocimiento de los medicamentos en las prestaciones efectuadas a partir de noviembre, que se suman a las subas aprobadas previamente: cuatro por ciento en febrero -Resolución 484/2016-, 11 por ciento en abril -Resolución 924/2016- y 11 por ciento en mayo -Resolución 1237/2016-.

AUMENTO ACUMULADO 2016

CUADRO 2

ÍNDICE DE ADECRA Y SUS COMPONENTES: índice y variaciones. Diciembre de 2015 - diciembre de 2016

IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	
III-2016 = 100	DIC-15	MAR-16	JUN-16	SEP-16	DIC-16*
Costos laborales	90	95	100	111	124
Insumos médicos	92	100	100	105	109
Insumos no médicos	83	93	100	108	111
Servicios públicos	32	76	100	105	132
Inversiones	86	97	100	103	105
Total	88	96	100	110	121

INCREMENTO PORCENTUAL	MAR-16	JUN-16	SEP-16	DIC-16*	INCREMENTO Dic. 2015 - Dic. 2016
Costos laborales	5,3%	5,3%	11,2%	11,7%	37,8%
Insumos médicos	9,6%	-0,4%	5,2%	4,0%	19,5%
Insumos no médicos	12,7%	7,2%	8,3%	2,3%	33,8%
Servicios públicos	133,2%	32,0%	5,5%	25,1%	306,4%
Inversiones	13,2%	3,3%	2,7%	2,0%	22,4%
Total	8,5%	4,7%	9,8%	10,2%	37,3%

*Datos provisorios - Fuente: Dpto. de Economía de Adecra.

LOS INCREMENTOS EN 2016

El Índice de Precios evidenció un aumento de un 37,3 por ciento en los costos de producir atención médica en instituciones de salud privadas durante 2016.

En los costos laborales, se dio un incremento del 37,8 por ciento anual, impulsado, fundamentalmente, por las recomposiciones salariales de empleados bajo los Convenios Colectivos de Trabajo números 122/75 y 108/75, de FATSA, y el número 619/11, de AMAP, acordados a mitad de año con ambas instituciones.

Los insumos médicos son el rubro que menos aumentos de precios tuvo en el año, con un 19,5 por ciento, registrando, incluso, una caída durante el segundo trimestre. La explicación se encuentra, principalmente, en el proceso gradual de apertura de importaciones, promovido por el gobierno nacional, que alteró fuertemente el mercado de insumos importados,

11,7%

* fue la suba en los costos laborales, durante el último trimestre de 2016, ponderando salarios, honorarios médicos y contribuciones patronales.

El rubro de servicios públicos fue, por mucho, el que mayores cambios tuvo. El proceso de quita de subsidios, iniciado por el gobierno a principio de año, llevó a un aumento acumulado del 306,4 por ciento en las tarifas y se desarrolló de forma caótica.

10,16 %

* ha sido el incremento total de los costos del cuarto trimestre de 2016, respecto al trimestre inmediato anterior.

afectando, sobre todo, a los materiales descartables y los medicamentos.

Por otro lado, los precios de insumos no médicos subieron un 33,8 por ciento. Esta categoría incluye servicios que tienen un fuerte componente de mano de obra, frente a lo cual se vieron afectados, especialmente, las recomposiciones salariales correspondientes y los aumentos de combustibles que se dieron a lo largo del año -sobre todo en la recolección de residuos patagónicos-.

El rubro de servicios públicos fue, por mucho, el que mayores cambios tuvo. El proceso de quita de subsidios, iniciado por el gobierno a principio de año, llevó a un aumento acumulado del 306,4 por ciento en las tarifas y se desarrolló de forma caótica, con incrementos que luego fueron retrotraídos, facturas que no fueron entregadas y situaciones particulares para cada institución. Como se aclaró previamente, se recomienda tomar el dato con precaución, hasta que

la situación se estabilice. Sin embargo, no representa una amenaza para el resultado total del índice ya que su ponderación en la estructura total de costos es muy pequeña.

En el caso de las inversiones, se dio un incremento del 22,4 por ciento. Esta suba está fuertemente ligada a la evolución del dólar durante el año debido a que la mayoría de las inversiones estudiadas son importadas. Se puede ver que, en el primer trimestre, se da la suba más marcada del año, coincidiendo con la mayor depreciación del peso contra el dólar registrada entre este trimestre y el último de 2015. En el resto del año, se ve una progresión estable, similar a la del tipo de cambio.

Cabe aclarar que, a partir del tercer trimestre de 2016, se cambió la metodología del índice, actualizando la estructura de costos, y se modificaron las inversiones estudiadas debido a cambios tecnológicos.²

1- Fuente: BCRA

2 - Para más información del cambio metodológico ver Índice III trimestre 2016: <http://www.adecra.org.ar/wp-content/uploads/2016/05/%C3%8Dndice-de-Precios-III-Trim-2016-.pdf>

¿Cómo bañar a una persona con sólo ½ taza de agua?

En sólo tres pasos: humedecer, limpiar y secar

Baño Fácil SOAP'N EASY®

Un suave paño embebido en solución jabonosa que limpia, suaviza y sanitiza la piel.

- ahorra costos operativos
- ahorra en desecho patológico
- disminuye los tiempos de higienización
- evita derrames de agua sobre ropa de cama
- mejor control de materiales
- se puede almacenar por tiempo prolongado
- 1 sólo paño equivale a un baño
- fácil de usar y descartable
- ideal para personas con movilidad reducida
- evita derrames de agua sobre ropa de cama
- no irrita la piel
- mejora la calidad de vida

Ahora también Baño Fácil con Triclosan para baño prequirúrgico

Solicite una muestra al (54-11) 4644-3023 | bfacil@bfacil.com.ar | www.bfacil.com.ar

Las principales instituciones confían en

Baño Fácil

el paño de higiene personal líder del mercado

Clinica Arg. de los Adventistas del 7º día
 Clínica Basilea
 Clínica Bazterrica
 Clínica Del Sol
 Hospital de Clínicas
 Instituto Alexander Fleming
 Instituto Arg. de Diagnóstico y Tratamiento
 Obra Social del Personal Gráfico
 Sanatorio Mater Dei
 Sanatorio Otamendi y Miroli
 Sanatorio San Lucas
 y las mejores instituciones del país.



Usted **controla**
a sus pacientes...

¿y a Su Empresa?

*"Somos responsables de lo que hacemos
pero también de lo que omitimos hacer"*

Molière

ProSanitas hace eficiente la Estrategia porque conoce la complejidad de la gestión sanitaria. Somos líderes en implantación de Cuadro de Mando Integral en Argentina y con la misma solución tecnológica que usan los hospitales y empresas de salud de Brasil, México y Colombia, que acreditaron Joint Commission.



Mg. Patricia D'Aste



PROSANITASBSC
INTELIGENCIA EN NEGOCIOS

- Cuadro de Mando Integral-BSC
- Planeamiento Estratégico
- Reingeniería de Procesos
- Recursos Humanos.



www.prosanitas.com.ar



info@prosanitas.com.ar



(54-11) 4648-3349



Su hospital cuida bien de sus pacientes.
Sólo faltaba alguien para cuidar bien de su hospital.

Garantizar la provisión continua de gases medicinales es fundamental, no sólo para construir relaciones de confianza sino, especialmente, para la preservación de la vida.

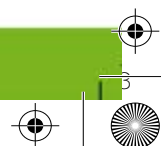
En Praxair contamos con una amplia gama de productos que cumplen los más altos estándares de calidad para cubrir las demandas más exigentes del ámbito de la salud, desde Gases Medicinales, Mezclas Medicinales y Mezclas para Difusión Pulmonar hasta Cilindros portátiles con válvula MedValve, Criopreservación, instalación de redes de Gases Medicinales y Oxigenoterapia domiciliaria.

Con un plantel humano altamente calificado y cumpliendo estándares mundiales en atención medicinal, con plantas certificadas en las normas ISO 14000:2004 e ISO 9001:2008 y habilitadas por ANMAT, ofrecemos el mejor respaldo a nuestros clientes.

En tecnología y servicio, Praxair marca la diferencia.

Centro de Atención al Cliente
0800 444 7729

 **PRAXAIR**



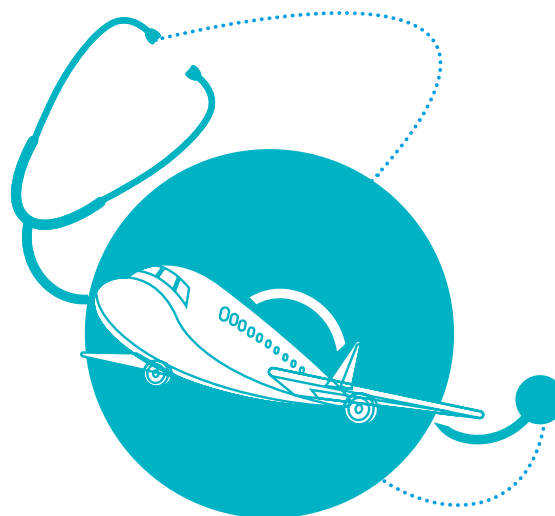
¿QUÉ ES Y POR QUÉ SE HABLA TANTO DEL “TURISMO MÉDICO”?

POR: AGUSTÍN ARIEU*

La Cámara Argentina de Turismo Médico define este concepto como “la exportación de servicios de salud con la captación de pacientes que salen de su país de origen para recibir atención médica”. En otras palabras, puede decirse que es la atención programada de los pacientes internacionales. La falta de disponibilidad, los tiempos de espera, la calidad y los costos suelen ser las motivaciones principales.

En numerosas partes del mundo, las instituciones médicas más prestigiosas se orientan cada vez más hacia este tipo de pacientes, y hasta poseen un sector especializado. Esto ocurre, por un lado, porque les permite generar ingresos superiores a los que pueden obtener localmente. Por el otro, debido a que logran comunicar mejor la calidad de sus prestaciones y posicionarse.

Los gobiernos también se suman a esta tendencia. Lo ven como una oportunidad para el desarrollo y la



generación de divisas y empleo, considerando que los viajeros de la salud suelen estar acompañados, sus estancias son más prolongadas y dan lugar al consumo de otro tipo de servicios.

En Argentina y desde el sector de la salud, específicamente, la modalidad es parte de la estrategia en establecimientos de primera línea, que ya son reconocidos en la región por el nivel asistencial, al tiempo que invierten en certificaciones internacionales y fomentan la adopción de tecnología médica -como la telemedicina-, para apalancar sus fortalezas y extender su liderazgo fronteras afuera.

Agustín Arieu es economista, profesor de la Maestría en Servicios de Salud de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales -UCES-, y asesor de la Cámara Argentina de Turismo Médico.

aarieu@gmail.com

Adecra+Cedim

Argentina Prestigio Médico y Belleza Natural

MedicalTourismCongressArgentina.com

2º CONGRESO
ARGENTINO
DE TURISMO MÉDICO
INTERNACIONAL

JUNIO 12-13
2017
Hotel The Brick
Buenos Aires
Ciudad de Buenos Aires
Argentina

Cámara Argentina
de Turismo Médico



CONGRESO ARGENTINO DE TURISMO
MÉDICO INTERNACIONAL

CAT Cámara Argentina
de Turismo

Ministerio de Turismo
Presidencia de la Nación

INPROTUR
INSTITUTO ARGENTINO DE
PROMOCIÓN TURÍSTICA

Buenos
Aires
Ciudad

PRÓXIMAMENTE
 **SAN FERNANDO**
AV. PTE. PERÓN 999

LABORATORIO MAIPU SIGUE CRECIENDO



Superficie de 265m².
Equipamiento de última generación.

SERVICIOS ESPECIALES PARA PACIENTES Y MÉDICOS:

- Información de valores críticos en el día •
- Línea de contacto directo con la Dirección •
- Extracciones a domicilio •
- Envío de informes por mail •

4837-7561 | infolaboratorio@diagnosticomaipu.com.ar | www.diagnosticomaipu.com/laboratorio
Vicente López | Av. Maipú 1670 • Martínez | Av. Santa Fe 1455 • San Isidro | Alsina 34
Cabildo | Av. Cabildo 457. CABA. • **San Fernando** | Av. Pte. Perón 999
[f](#)diagnosticomaipu [t](#)@diagmaipu [i](#)diagmaipu

LABORATORIO MAIPU
ANÁLISIS CLÍNICOS



Confiar en el Profesional tanto como en la Tecnología



En **Fresenius Medical Care** proporcionamos a los pacientes el mejor cuidado, con calidez, respeto y calidad, gracias a nuestro equipo de profesionales altamente especializados, a nuestra innovación permanente y a nuestros Centros de Diálisis equipados con la mejor tecnología de vanguardia.

Durante más de 30 años somos líderes mundiales en productos y servicios destinados a pacientes con insuficiencia renal crónica.

Por eso somos la compañía ideal para el paciente renal.



TRAUMATOLOGÍA INTEGRAL ACTIVA

Para que tu actividad
nunca se detenga.



**CONTAMOS CON EL SERVICIO MÁS COMPLETO
EN EL SUR DEL GRAN BUENOS AIRES**



- ✓ Guardia activa
- ✓ Consultas programadas
- ✓ Nuevos consultorios
- ✓ Kinesiología
- ✓ Especialistas en miembro superior e inferior
- ✓ Modernas habitaciones
- ✓ Diagnóstico por imágenes
- ✓ Quirófanos con tecnología de avanzada

Nuestras coberturas:

GALENO - IOMA - MEDIFÉ - OBSBA - OSDE
PROGRAMAS MÉDICOS - UAI SALUD, entre tantas otras.

Av. Hipólito Yrigoyen 4835 | Lanús | (011) 4229-6000
www.clinicamodelolanus.com



**CLÍNICA
MODELO
LANÚS**

LA GESTIÓN HOSPITALARIA CENTRADA EN EL PACIENTE

POR: DRA. JOSEFA RODRÍGUEZ, DRA. NORA DACKIEWICZ Y
DR. DANIEL TOER

La relación médico-paciente ha experimentado grandes cambios a lo largo del tiempo. Hasta no hace tantos años, se trataba del vínculo entre un paciente en busca de ayuda y un médico cuyas decisiones eran cumplidas en silencio por el paciente.

En ese modelo paternalista, el médico utilizaba sus habilidades para elegir las intervenciones y tratamientos necesarios, e informaba al paciente con el objetivo de lograr la aceptación pasiva de sus decisiones. **Esta interacción médico-paciente, tan asimétrica y desequilibrada, comenzó a ser cuestionada en los últimos 40 años** con un señalamiento tendiente a estimular la participación más activa y autónoma del paciente, la reducción de la dominancia del médico y una mejor interacción entre ambos.

La expresión “centrada en el paciente”, acuñada por la psiquiatra inglesa Enid Balint, en 1969, instaló la idea de que “cada paciente debe ser entendido como un ser único”.

En 1984, Lipkin y Cols describieron la interacción médico-paciente definiendo al paciente como ser irrepetible, con su propia historia, y a la enfermedad como parte de su dimensión biopsicosocial.

Levenstein y Cols presentaron, en 1986, el “método clínico centrado en el paciente”, con un enfoque en el paciente más que en la enfermedad, en el que la “agenda” del paciente ascendía en importancia, intentando equipararla a la del médico quien, históricamente, había regido la relación.

Más recientemente, distintos autores continuaron en el camino de ampliar el abordaje clásico limitado a la enfermedad y de transformar la relación médico-paciente en una interacción menos asimétrica y más empática, en un intento por encontrar un rol más humanizado para el médico.

Finalmente, fue Mc Whinney quien sintetizó el “cuidado centrado en el paciente” como aquel en el que el médico “debe entrar” en el mundo del paciente para ver la enfermedad a través de sus ojos.

Esta noción de “ver la enfermedad a través de los ojos del paciente” es la que puso de manifiesto que, para lograr cuidados centrados en el paciente, “no es suficiente con mejorar el estilo individual de cada relación médico-paciente, sino que es necesario un cambio radical desde el sistema de salud en general y de las instituciones en particular”.

En 1987, nació, en los Estados Unidos, The Picker-Commonwealth Program for Patient-Centered Care. El programa puso énfasis en considerar al paciente como centro y objeto de una forma integrada de prestación de servicios de salud, superadora del movimiento inicial de “atención centrada en el paciente”, que había comenzado como un replanteo de la interacción individual médico-paciente.

Este abordaje de las necesidades y preocupaciones del paciente desde los hospitales y los servicios sanitarios fue definido con ocho dimensiones: a) respeto por los valores, preferencias y necesidades de los pacientes, b) coordinación e integración de los cuidados, c) información, comunicación y educación, d) confort; e) contención emocional y alivio, f) involucramiento de la familia y amigos, g) transición y continuidad de los cuidados, h) accesibilidad al tratamiento.

En 2001, el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos “Cruzando el abismo de calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI”, propuso seis objetivos: seguridad, efectividad, eficiencia, accesibilidad, atención centrada en el paciente, y a tiempo. Así, se consolidó el concepto, y la atención centrada en el paciente pasó a representar uno de los seis objetivos principales de la mejora de la calidad.



La interacción médico-paciente, tan asimétrica y desequilibrada, comenzó a ser cuestionada en los últimos 40 años.

Además del cambio general en la concepción de los sistemas de salud, los hospitales, como instituciones, fueron evolucionando a lo largo de los siglos, acompañando a los grandes cambios de la humanidad.

En sus Obras Completas, Ramón Carrillo describe cinco períodos en la historia de los hospitales: el Mágico Empírico -Edad Antigua-, el Filantrópico Caritativo -Edad Media-, el Técnico -Edad Moderna-, el Científico Moderno y el Económico Social. En la actual era contemporánea, surge la medicalización del hospital, tecnocrática y centrada en la enfermedad.

Carrillo define a los hospitales como “organizaciones del cuidado de la enfermedad, y también como expresiones culturales de las sociedades a las que pertenecieron, edificadas y mantenidas por las estructuras políticas contemporáneas, en cualquiera de sus expresiones”.

Es innegable, por lo tanto, que los hospitales fueron transformándose siguiendo los cambios de las sociedades, para llegar, en nuestros días, al desafío que enfrenta la sociedad en su conjunto: el progreso tecnológico, el acceso global a la información y los cambios en los principios éticos. No es ajeno a ello el cambio en la concepción paciente/cliente-consumidor, con las exigencias derivadas y la creciente participación de los medios de comunicación.

Los hospitales pediátricos son un capítulo especial en la evolución de estas instituciones. A partir del siglo XIX, pero sobre todo en el siglo pasado, fueron surgiendo hospitales dedicados a la atención exclusiva de los niños que debieron adaptarse a los cambios filosóficos, sociales y tecnológicos.

Lo especial de los hospitales pediátricos radica, sobre todo, en que, si los pacientes son seres vulnerables e indefensos, cuando se trata de niños, lo son en grado extremo.

Como expresó Florencio Escardó: “Nada aparece como más evidente al sentido común que el hecho de que un niño enfermo está más necesitado de su madre que

En nuestros días, el paciente ya no puede ser considerado como objeto pasivo sino el sujeto primordial de las acciones de un equipo de salud motivado, convencido e inmerso en una cultura de la mejora continua de la calidad de atención.

cuando sano. Sin embargo, la internación de los hospitales de los niños con sus mamás se ve como un hecho revolucionario que despierta increíbles resistencias. Es de simple lógica que el ser humano enfermo requiere el afecto y la compañía de los suyos pero, en todos los hospitales, lo primero que se hace es separar al paciente de la familia y establecer que sean visitados con cuentagotas, lo que no hace sino acentuar la angustia de cada visita que, más que traer compañía, desencadena una nueva separación.”

En este punto reflexionamos que la evolución de las instituciones no ha sido ajena a la evolución que experimentó la sociedad en relación con los derechos de los niños.

En nuestros días, el paciente ya no puede ser considerado como objeto pasivo sino el sujeto primordial de las acciones de un equipo de salud motivado, convencido e inmerso en una cultura de la mejora continua de la calidad de atención. Los hospitales – previamente centros aislados del sistema de salud– deben pasar a formar parte de redes integradas de servicios. La hospitalización representa la interacción entre el hospital y el paciente/familia; el intercambio entre los recursos humanos, tecnológico-materiales y ambientales del primero con la enfermedad y las expectativas de los segundos.

El hospital brinda su estructura asistencial frente a la angustia y esperanza de curación del paciente y su familia. En este contexto, es imperativo que los beneficios sobre su salud, que perciben los usuarios, superen los inevitables inconvenientes.

Cuando un niño es internado, el hospital pasa a ser su espacio vital, su mundo. Desaparecen la casa, la escuela, el barrio, los hermanos y los amigos; se interrumpen las actividades de juego, estudio y des-

canso. Sin embargo, frente a este escenario angustiante, las experiencias displacenteras percibidas durante la hospitalización pueden atenuarse si el ambiente hospitalario es más agradable, amigable y confortable; se rescatan los aspectos sanos y el juego, y la estadía se limita al tiempo imprescindible.

En otras palabras, del mismo modo que la relación individual médico-paciente ha ido evolucionando hacia un modelo más equilibrado, las instituciones deberían migrar de un modelo centrado en los intereses de los profesionales a otro que tenga al paciente como centro.

Actualmente, el paciente necesita que se oriente la organización y su funcionamiento hacia sus intereses, prestando especial interés en la interdisciplina, la atención personalizada, los horarios de atención prolongados, la historia clínica única, diagnóstico y tratamiento basados en evidencias científicas y experiencia sistematizada de la propia institución, y respeto por su autonomía y satisfacción. La tecnología y la superespecialización, en ausencia de un equipo interdisciplinario y una mirada holística del médico clínico, llevan a una atención dirigida al órgano afectado y no al paciente enfermo.

Gestionar organizaciones hospitalarias es dirigir, administrar recursos, y lograr metas y objetivos propuestos.

Los hospitales tradicionales están estructurados por divisiones y departamentos que representan las diferentes especialidades, con procesos de atención fragmentados.

La gestión por procesos, en oposición a la gestión tradicional, responde a una visión integradora y horizontal de la organización, que jerarquiza al paciente. Tiene como medición de resultado fundamental la satisfacción del usuario, que es el verdadero centro de la atención. Da participación a los diferentes integrantes del equipo de salud, en cada tramo del proceso en que actúan, convirtiéndolos en los motores del cambio y protagonistas de la mejora continua de la calidad. Pone especial énfasis en el trabajo en equipo y obliga a construir el proceso con él, aunando miradas de distintas disciplinas, que desarrollan su tarea en diferentes espacios de atención pero que son eslabones de una misma cadena, de un mismo proceso al que aportan coherencia. Exige ordenar los flujos de trabajo, de modo que cada eslabón aporte valor agregado.

La gestión por procesos tiene como centro al paciente y su familia, y se basa en un sistema integrado de procesos, que prioriza la calidad y la seguridad en la atención, sostenido por la optimización de la comunicación, el cuidado y la promoción del equipo de salud, la interdisciplina, el apoyo en guías de práctica clínica, la historia clínica única y la evaluación permanente de los resultados, con el objetivo de mejora continua.

Los pacientes cada vez más informados y exigentes, la carrera económica por la tecnología y los recursos cada vez más escasos ponen en riesgo las instituciones con organizaciones tradicionales. Se necesitan, entonces, organizaciones humanizadas con recursos para trabajar en equipo, con fuerte actividad interdisciplinaria, cultura de comunicación efectiva entre pares y con el paciente, mirada holística, participación en el equipo de salud de profesionales no tradicionales -sociólogos, antropólogos, etcétera- y el desarrollo de políticas de seguridad del paciente desde entornos seguros, con cambios organizacionales que la garanticen.

Además, los hospitales actuales funcionan como empresas de gran complejidad, en las que convergen diferentes tipos de actividades que se entrelazan con la asistencial, como la hotelería, la actividad económico-administrativa, la ingeniería, la tecnovigilancia, el mantenimiento y muchas otras actividades de apoyo, que se han tornado imprescindibles para lograr una adecuada asistencia sanitaria.

Es necesario que los procesos estén integrados, tengan una gestión responsable y estén sujetos permanentemente a la búsqueda de debilidades con el objetivo de mejorarlos.

Las guías de procedimientos basados en la evidencia, la protocolización de actividades, tanto asistenciales como de logística, la informatización, la estandarización de los procesos diagnósticos y terapéuticos, los programas efectivos de tecnovigilancia y el adecuado mantenimiento edilicio que garanticen un ambiente digno contribuyen a la gestión adecuada de los recursos y a la seguridad, el confort y la optimización de la experiencia del paciente y su familia.

No está generalizada la difusión de guías para la gestión por procesos en las instituciones sanitarias, y creemos que debe sustentarse en una cultura de pertenencia que involucre todas las áreas de la institución. Por ello, no es sencillo pasar de una forma de gestión clásica a la gestión por procesos.

Los miembros del equipo de salud deben sentirse involucrados en la gestión del proceso del que forman parte y responsables en la resolución de las dificultades y los cambios. El sistema de información debe ser accesible y facilitar el conocimiento de actividades, objetivos, efectividad y costos, favoreciendo la descentralización.

La continuidad de los cuidados es otro factor clave para la seguridad de la atención y la correcta administración de los recursos. Lograrlo sólo es posible manteniendo el horario prolongado de los profesionales de manera sustentable en el tiempo con remuneraciones dignas. Se ha demostrado que este sistema optimiza los recursos y reduce los costos.

La integración y continuidad de los cuidados, la gestión por procesos, la estandarización de los procesos de apoyo, el horario prolongado de atención, así como el trato personalizado, facilitado por el médico de cabecera, son contribuciones de la institución hospitalaria, que favorecen la productividad y la reducción de los tiempos de espera, mejoran el acceso a la atención y dan lugar a la participación en las decisiones. En definitiva, ponen al paciente como centro, respetando sus necesidades y los valores esenciales de la actividad: equidad, accesibilidad, solidaridad, efectividad, eficiencia, seguridad y oportunidad.

Por último, **los hospitales deben velar tanto por la coordinación de los diferentes sectores de atención intramuros como por la integración de los niveles de atención extramuros, contribuyendo al tejido de redes y a la adecuada comunicación entre profesionales e instituciones.**

Cuando un niño es internado, el hospital pasa a ser su espacio vital, su mundo. Desaparecen la casa, la escuela, el barrio, los hermanos y los amigos; se interrumpen las actividades de juego, estudio y descanso. Sin embargo, frente a este escenario angustiante, las experiencias displacenteras percibidas durante la hospitalización pueden atenuarse si el ambiente hospitalario es más agradable, amigable y confortable.

Los hospitales deberán, entonces, enfrentar el cambio de paradigma: reorientar, hacia el paciente y su familia, los procesos que previamente estaban centrados en el equipo de salud. La medición sistemática de la experiencia del paciente y su familia permitirá evaluar cuán centrada en ellos es la atención médica recibida.

El cambio en la orientación en las instituciones de salud hacia los intereses de los pacientes se convertirá en un factor crítico de supervivencia. Creemos que la atención centrada en el paciente tiene como objetivo no sólo una mayor satisfacción en estos sino también hospitales sustentables hacia el futuro.

Bibliografía:

1. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. J R Coll Gen Pract 1969;17:269-76.
2. Lipkin M Jr, Quill TE, Napodano RJ. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. Ann Intern Med 1984;100:277-84.
3. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et al. The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract 1986;3:24-30.
4. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000;51:1087-110.
5. McWhinney I. The need for a transformed clinical method. En: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. London: Sage; 1989.
6. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL (eds). Through the patient's eyes: understanding and promoting patient centered care. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
7. Cleary P, Edgman-Levitan S, Walker J, Gerteis M, Delbanco T. Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals. Quality Management in Health Care: Fall 1993;2(1):31-8.
8. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
9. Ramón Carrillo. Obras Completas. Tomo I: Teoría del Hospital: Arquitectura y Administración. Editorial Universitaria de Buenos Aires; 1974.
10. O'Donnell JC. Administración de Servicios de Salud, tomo III. Buenos Aires: Ed. Fundación Garrahan; 1999. Pág. 36.
11. Escardó F. Los pacientes: carta abierta a los pacientes. Buenos Aires: Emecé; 1972.
12. UN Treaty Collection. Chapter IV: Human Rights Convention on the Rights of the Child. (STATUS AS AT: 12-06-2013).
13. La gestión por procesos. Servicio de Calidad de Atención Sanitaria. (Seacam) Toledo. 21 de octubre de 2002.
14. Helfert M. Challenges of business processes management in healthcare: Experience in the Irish healthcare sector. Business Process Management J 2009;15(6):937-52.
15. Lundberg S, Balingit P, Wali S, Cope D. Cost-Effectiveness of a Hospitalist Service in a Public Teaching Hospital. Acad Med 2010;85(8):1312-5.
16. Balik B, Conway J, Zipperer L, Watson J. Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011.
17. Pediatric HCAHPS Fact Sheet May 2012 Pediatric Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Survey (Pediatric HCAHPS). Disponible en: http://childrenshospital.org/cfapps/research/data_admin/Site3349/mainpageS3349P0.html.

Lo que consideras la cumbre no es más que un peldaño.
Séneca

Adecra+Cedim



En Responsabilidad Profesional La Mejor Opción

Mucho más que una cobertura

www.nobleseguros.com/blog
Artículos, Jurisprudencia, Recomendaciones



NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

DR. HORACIO VOGELFANG

JEFE DEL SERVICIO DE TRASPLANTE CARDÍACO
INFANTIL DEL HOSPITAL GARRAHAN

En una charla a “corazón abierto”

HORACIO VOGELFANG: UN HOMBRE COMÚN CON UNA TAREA SALVADORA

A 30 años de la fundación del emblemático Hospital de Pediatría Garrahan, el jefe de Trasplante Cardíaco Infantil, quien lleva casi los mismos años dentro de la institución y cerca de 20 al frente del servicio –el primer programa permanente de este tipo en un hospital público, creado por él-, tenía mucho para contar a la Revista de Adecra. Vogelfang, junto a su equipo, es, nada más y nada menos, el hombre que les salva la vida a chicos de entre tres meses y 16 años en Argentina, que requieren de un trasplante de corazón. Al momento, ya reemplazó 53 corazones y realizó múltiples cirugías cardiovasculares y “vascular-periféricas”. Además, fue el impulsor de la llegada del corazón artificial al país, una tecnología de última generación que mantiene con vida al paciente que más lo necesita, hasta tanto llegue el corazón compatible. En abril pasado, fue reconocido como “Personalidad Destacada de las Ciencias Médicas” por la Legislatura porteña. Lo suyo es “dedicación, esfuerzo, ideas, intuición y capacidad de liderazgo”, como él reconoce, pero, también, pasión y amor por la vida.

HORACIO VOGELFANG

Realizó todos sus estudios en escuelas públicas y, en 1976, se graduó de médico en la Universidad de Buenos Aires. Luego, se recibió de especialista en Cirugía Cardiovascular en 1983 -título otorgado por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente-, y de cirujano Cardiovascular con Orientación Cardíaca y Vascular Pediátrica, en 2004, en el Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares.

Desde 1999, es jefe del equipo de Trasplante Cardíaco del Hospital Garrahan y, desde 2006, jefe del Servicio de Trasplante Cardíaco y Cirugía Vascular Periférica en este mismo hospital. Además, Vogelfang ha ocupado diversos cargos dentro “del Garrahan”, entre ellos, ha encabezado el equipo de Trasplante de Homoinjertos Valvulares y Vasculares, y fue director Médico del Banco de Homoinjertos.

Este Banco de Homoinjertos fue inaugurado por él, en 1996, y hoy se ha convertido en un Banco de Tejidos –de huesos y piel-. En 2000, junto a su equipo, llevó adelante el primer trasplante cardíaco infantil en esta institución y, en 2006, realizó la primera asistencia con corazón artificial total, como “puente” al trasplante.

Vogelfang ha obtenido numerosos reconocimientos a nivel nacional e internacional. En el país, fue nombrado, este año, Personalidad Destacada de las Ciencias Médicas por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y recibió el Primer Premio Categoría Equipamiento Médico “Innovar 2015”, de parte del Ministerio de Ciencia y Tecnología e Innovación Productiva de la Nación, en Tecnópolis, entre muchas otras distinciones.

Al entrar “al Garrahan” y recorrer sus largos pasillos llenos de historias, al lado de médicos y enfermeras que circulaban en todas las direcciones, desde la Revista de Adecra supimos que el encuentro iba a ser especial. Así, llegamos a la oficina de “Trasplante Cardíaco Infantil y Cirugía Vascular Periférica”, donde nos esperaba el Dr. Horacio Vogelfang, rodeado de papeles, y a un costado de una pizarra que apuntaba los nombres de los niños que deben ser trasplantados. **“Cuando suena el teléfono, es el Incucaí y se compatibiliza el donante, se desencadena una situación de mucha adrenalina y alegría”**, señaló y agregó: **“Al final, cuando el paciente sale del quirófano, aplaudimos. Es algo ya estipulado, que lo hacemos a modo de descarga, porque siempre tenemos la sensación de que ésta no es una cirugía más”**.

Durante la extensa charla, contó sobre sus inicios en la medicina, sus funciones diarias en el servicio, las técnicas y los casos cruciales que marcaron su carrera y el reconocimiento de la Legislatura. También, hizo un repaso por el tema de la donación de órganos en Ar-

gentina y el vínculo “espontáneo” que genera el equipo médico con los pacientes y sus familias. **“Hay que saber comprender y ser como un amigo. Esta es una oficina de puertas abiertas, donde las familias se acercan a hacer llamados y preguntas, a sacarse dudas y hasta a plantear enojos”**, recalcó.

“YO TENÍA QUE SER MÉDICO”

// ¿CUÁNTO DE VOCACIÓN Y CUÁNTO DE SU HISTORIA PERSONAL HUBO EN LA DECISIÓN DE FORMARSE COMO CIRUJANO CARDIOVASCULAR INFANTIL?

Hay una parte que es vocación, casi un mandato familiar, que yo tenía clara desde que era chico: tenía que ser médico; era una cuestión bastante normal en cierto sector de la clase media, que había venido “de abajo”, como mis padres, y, frente a lo cual, sus hijos debían ser profesionales. Ellos querían decir: “Mi hijo, el doctor”.

Sin embargo, el resto se fue haciendo. Seguir la especialidad –cirugía cardíaca infantil- fue una decisión en cuanto a gustos. Era algo nuevo en el país que, en el

“ Ya hay cirujanos dentro de mi equipo que están preparados para manejar el servicio. Lo mejor para mí sería que esto tenga continuidad. ”



mundo, estaba en pleno desarrollo. Por eso, hubo mucho de desafío personal: **poder hacer cirugías largas, complejas, artesanales y creativas. Fui descubriendo que, todo esto, me gustaba cada vez más.**

Por otro lado, yo tuve “polio” de chico y hay determinadas metas que fui imponiéndome para superar secuelas, como jugar al fútbol de arquero, o al básquet. Esto también influyó en mi elección profesional, donde se realizan cirugías largas, de entre seis u ocho horas: **debía demostrarme a mí mismo que era posible superar esas dificultades.**

TRABAJO DIARIO: EL ANTES Y EL DESPUÉS DEL TRASPLANTE

// ¿CÓMO ES UN DÍA SUYO A CARGO DE ESTE SERVICIO, EL PRIMER PROGRAMA PERMANENTE DE TRASPLANTE CARDÍACO INFANTIL EN UN HOSPITAL PÚBLICO, QUE YA TIENE CASI 20 AÑOS DE HISTORIA Y QUE HA REALIZADO 53 TRASPLANTES A CHICOS DE CUALQUIER SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA?

Siempre llego antes de las nueve, me encuentro con “Marita”, mi secretaria, que ya tiene más o menos armada la agenda del día. La mayoría de las cirugías son poco programadas, al tratarse centralmente de trasplantes, pero hay otras tareas del servicio que sí son preestablecidas, que tienen que ver con la atención al paciente ya trasplantado o al que está en lista de espera. A su vez, al margen del servicio cardiovascular, nos ocupamos de las cirugías vascular-periféricas, que son las de patologías ya no del corazón sino de las arterias y venas del cuerpo, en lo cual el hospital es pionero a nivel pediátrico. Por ejemplo: una dilatación en una arteria del brazo, una patología de la arteria renal o de la aorta a la altura del abdomen, o cirugías dentro de un trasplante de riñón, como la sutura de venas y arterias del riñón nuevo a arterias y venas del receptor.

// USTED HA SEÑALADO EN UNA ENTREVISTA A UN MEDIO GRÁFICO QUE “UN TRASPLANTE NO COMIENZA EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SINO MUCHO ANTES, CUANDO EL INCUCAI INFORMA QUE HAY UN DONANTE COMPATIBLE”. ¿CUÁLES SON LA LÓGICA Y EL OPERATIVO PREVIOS A LA CIRUGÍA, PARA IR EN BÚSQUEDA DEL ÓRGANO?

Generalmente, el aviso del Incucaí no llega en horarios habituales de trabajo sino, más bien, de noche. Casi siempre, soy yo el que recibe el llamado. Me proponen un donante y, de acuerdo a mi lista de receptores y a las cuestiones de compatibilidad/incompatibilidad, evalúo si le podría servir a alguno de mis pacientes. Si no es

“ *El box de terapia intensiva se transforma en un hogar.* ”

compatible, lo rechazo, para que sea utilizado en otras instituciones. En caso de que sí lo acepte, llamo primeramente a mi secretaria, para que coordine la parte organizativa del operativo y, a partir de allí, comienza una vorágine de llamados a todo el servicio, a la familia, al equipo de Cuidados Intensivos –si es que el paciente ya está internado-, que se vive como un momento de gran alegría y emoción. Luego se pacta un horario de encuentro en el hospital, y otro horario con el Incucaí, para realizar la ablación del órgano –que tiene que estar coordinada con las extracciones del resto de los órganos, por parte de otras instituciones-. Ya todos saben la medicación que hay que llevar y todo lo que hay que hacer.

Cuando el traslado es terrestre, también hay que contemplar pedir la liberación del camino, no sólo a la ida sino, más bien, a la vuelta ya que, allí, corren los minutos. Cuanto antes comience a latir ese corazón en el cuerpo del receptor, menos se debilita. Finalmente, cuando llega el corazón, nuestro paciente ya está preparado para ser trasplantado -luego de haber pasado por una cirugía de, al menos, dos o tres horas, para que su corazón enfermo sea retirado del tórax y pueda ser implantado rápidamente el corazón entrante-.

// ¿USTED SE QUEDA EN EL HOSPITAL O SALE A BUSCAR EL ÓRGANO, JUNTO AL EQUIPO DE ABLACIÓN?

Siempre me quedo, nunca voy a ablacionar, es decir, a buscar el corazón.

// Y, ¿ESO LO DECIDIÓ ASÍ PORQUE PUEDE OFRECER UN APOORTE DE MAYOR UTILIDAD ESTANDO EN EL HOSPITAL, PREPARANDO AL PACIENTE EN EL QUIRÓFANO, QUE VIAJANDO EN BUSCA DEL ÓRGANO?

No, no es necesariamente así porque **ya hay cirujanos dentro de mi equipo que están preparados para manejar el servicio.** De hecho, hace poco tiempo, se dio la casualidad de que, junto con mi colega -con quien he trabajado sobre todo al principio, en las técnicas experimentales, previas al desarrollo de los trasplantes- debimos viajar a un congreso en Berlín y, aquí, llegó

“ *Hay que saber comprender y ser como un amigo.* ”

un donante y se hizo un trasplante perfectamente. Eso da la pauta de que este equipo funciona, tiene gente entrenada.

// MÁS ALLÁ DE LAS CUESTIONES MÉDICAS Y TÉCNICAS, ¿DE QUÉ FORMA EL EQUIPO MÉDICO ACOMPAÑA LAS EMOCIONES DE LA FAMILIA Y DEL PACIENTE DURANTE LA ESPERA DEL ÓRGANO, Y CÓMO SE VIVE EL MOMENTO DE LA LLEGADA DEL CORAZÓN AL HOSPITAL?

Nosotros acompañamos a la familia de forma espontánea, con una relación muy llana y lo más normal posible, donde todas las potenciales reacciones humanas tienen cabida. No nos ubicamos en la posición de médico sobre un pedestal porque, aquí, se viven situaciones muy difíciles, ya que hay chicos que, quizás, pasan dos o tres años internados en el hospital, esperando un donante. **El box de terapia intensiva se transforma en un hogar.** Hay familias en las que, por ejemplo, dos de los chicos viven en Córdoba con el padre y vienen cada tanto a visitar a su hermana o hermano al hospital.

Por eso, **hay que saber comprender y ser como un amigo. Esta es una oficina de puertas abiertas, donde las familias se acercan a hacer llamados y preguntas, a sacarse dudas y hasta a plantear enojos.** A veces, papás que tienen a su hijo internado durante dos años ven que otro chico permanece sólo seis meses en el hospital, se trasplanta y se va, y eso representa un drama para ellos. El problema es que, para obtener un donante compatible, a veces, se tarda mucho tiempo; sumado a eso, la enfermedad que tiene el corazón, quizás, no tolera todo ese tiempo, frente a lo cual hay que recurrir al corazón artificial.

El momento de la llegada del donante es siempre, para la familia de quien espera, un momento de muchísima alegría, porque se espera con mucha ansiedad.

// Y, ¿CÓMO ES EL DÍA A DÍA DE LOS CHICOS EN EL HOSPITAL, ANTES DEL TRASPLANTE?

Es difícil. Los chicos que aún no están conectados al corazón artificial -porque todavía pueden respirar y caminar un poquito-, quizás, no están internados pero están cerca del hospital y con muchísimas limitaciones. Los que sí utilizan este corazón tienen, desde el punto

LOS PRIMEROS 30 AÑOS DEL HOSPITAL GARRAHAN

En 1987, el hospital abrió sus puertas en Parque Patricios, para trabajar en la “atención médica integral a la población infantil del área de influencia, y para actuar como centro de referencia, principalmente, en el área metropolitana, teniendo en cuenta su proyección en el ámbito nacional.” A su vez, el objetivo es “desarrollar una programación de docencia e investigación”

En cuanto a los trasplantes pediátricos -uno de los múltiples servicios en los que el personal médico desarrolla una atención gratuita y de alta complejidad-, **“El Garrahan” ya lleva realizados casi 2000 trasplantes infantiles, entre hepáticos, de corazón y riñón, y más de 400 de médula ósea.**

“Me siento muy cómodo trabajando aquí porque pude llevar adelante todos los desafíos tan complejos relacionados al trasplante, que no en cualquier institución lo hubiera podido hacer. Si bien, esto redundó en un beneficio para el hospital, también ha sido un factor de crecimiento personal y profesional, para ir ganando prestigio y experiencia”, resumió Vogelfang.

de vista cardíaco, una mejor situación. Viven dentro del hospital y llevan con ellos un apartamento grande, que lo pueden transportar; van a la sala de juegos, a la escuela hospitalaria, salen al patio, etcétera. Se trata de que recreen, lo máximo posible, una infancia normal.

// ES DECIR, SE TRABAJA DESDE UNA PERSPECTIVA FUERTEMENTE CENTRADA EN EL PACIENTE, ¿NO?

Claro. Tratamos de darles un halo de protección, que favorezca la socialización de los chicos y de los padres. **Es complicado pero ellos nos enseñan todos los días cómo la pelean.**

“*Cuando suena el teléfono, es el Incucai y se compatibiliza el donante, se desencadena una situación de mucha adrenalina y alegría.*”

// **¿QUÉ PASA POR SU CORAZÓN Y SU CABEZA EN ESE INSTANTE EN QUE TERMINA LA CIRUGÍA?**

Hay una sensación de alivio y alegría porque la situación del trasplante también es esperada por todo el equipo médico. **Cuando suena el teléfono, de parte del Incucai, y se compatibiliza el donante, se desencadena una situación de mucha adrenalina, que termina en la cirugía. Y el momento sublime es cuando el corazón, que llegó frío y sin latir, se conecta a las arterias del paciente, empieza a recibir sangre y comienza a latir.**

Nuestra técnica quirúrgica permite que, aún faltando la mitad de la cirugía, el corazón ya pueda empezar a latir, con lo cual, el resto de la operación es completada viendo cómo late, cómo va funcionando. Ya allí sentimos distensión. Por eso, terminamos la cirugía sabiendo que el corazón está trabajando.

Al final, cuando sale el paciente del quirófano, aplaudimos. Es algo ya estipulado, que lo hacemos a modo de descarga, porque siempre tenemos la sensación de que ésta no es una cirugía más; sabemos que estamos trabajando con el órgano de alguien que ya falleció. Hay mucha presión y responsabilidad detrás de eso: del otro lado, está la familia del receptor, que espera, y la del donante, que también se alegra cuando se entera de que todo, finalmente, salió bien. En este sentido, pienso que, quienes donaron, se quedan con la sensación de que hay algo más allá de la muerte.

// **¿CUÁL ES EL RESULTADO GENERAL DE LOS TRASPLANTES Y CÓMO SE RECUPERAN Y CONTINUAN SU VIDA LOS PACIENTES, SOBRE TODO CONSIDERANDO QUE SE TRATA DE NIÑOS, EN PLENA ETAPA DE DESARROLLO?**

Afortunadamente, de los trasplantes, salimos con éxito en más del 90 ó 95 por ciento de los casos. Luego de la cirugía, se pasa a un período posquirúrgico

inmediato en terapia intensiva, que puede durar entre cuatro y diez días; más adelante, los niños van a terapia intermedia y, en algunos casos, a los 15 ó 20 días, ya son dados de alta. Los primeros tres meses deben estar en cercanía al hospital, en la Casa Garrahan o en otro lugar pero, cerca del hospital.

En relación a la enfermedad cardíaca, los chicos comienzan a tener una calidad de vida infinitamente mejor. Hay chicos que no pueden salir de la cama para ir hasta el baño y volver porque se fatigan o no les da la fuerza muscular para hacerlo y, de pronto, empiezan a vivir, a hacer ejercicios y deportes aunque con una especie de enfermedad crónica a cuestas. **Eso es lo que siempre explicamos a los padres: superan una enfermedad que puede matarlos pero pasan a tener una enfermedad crónica, acompañada, todo el tiempo, de medicación contra el rechazo –inmunosupresores-, que tiene efectos colaterales en otros sectores del organismo.** Esto los lleva, algunas veces, a tratarse otras enfermedades, más benignas. Es decir, son chicos que deben tener un estricto control.

TÉCNICAS Y CASOS EMBLEMÁTICOS

// **EN EL 2000, SE LLEVÓ ADELANTE, CON ÉXITO, EL PRIMER TRASPLANTE DE CORAZÓN, A UNA NENA DE OCHO AÑOS. ¿CÓMO FUE EL RECORRIDO PREVIO, CUANDO SE INAUGURÓ EL BANCO DE HOMOIÑERTOS EN EL HOSPITAL, EN 1996?**

Creo que el Banco de Homoinjertos me llevó hasta el trasplante. Esta técnica se creó en Inglaterra. De corazones que ya no sirven para trasplantes, se pueden tomar arterias y válvulas, que se procesan, se descontaminan, se ponen en contacto con sustancias que mantienen la vitalidad de los tejidos y se preservan en frío –se críopreservan-. Así, se convierten en prótesis humanas, que se pueden utilizar para reemplazar estructuras enfermas o ausentes de corazones que no requieren un trasplante.

Por eso, esto fue como una introducción al mundo del trasplante. Pensamos en la posibilidad de empezar a hacerlo y, dos o tres años después, comenzaron “en el Garrahan” las cirugías experimentales.

Hoy por hoy, el Banco de Homoinjertos ya se transformó en un Banco de Tejidos –de huesos y piel, no sólo cardíacos- y el hospital cuenta con eso. Yo ya di un paso al costado en los homoinjertos y ahora estoy directamente abocado a los trasplantes.



“Afortunadamente, de los trasplantes, salimos con éxito en más del 90 ó 95 por ciento de los casos.”

// EL CASO DE ABRIL DISPENZA, LA NENA DE 18 MESES QUE FUE TRASPLANTADA DE URGENCIA EN 2004 CON SANGRE NO COMPATIBLE, RESULTÓ UNA BISAGRA EN LA MEDICINA. ¿CREE QUE ESTO LE PERMITIÓ SUPERAR BARRERAS A NIVEL PERSONAL Y PROFESIONAL?

Como persona, vale aclarar que Abril fue una nena más que ha pasado por el hospital, igual de especial que el resto de los niños. Como paciente, sí fue un caso muy especial porque fue el primero que se hizo con la utilización de un corazón incompatible. Ella estaba muy mal, creíamos que no iba a poder vivir más de 48 horas, cuando ya teníamos en mente la posibilidad de usar un protocolo de Canadá, que cambia la sangre del paciente para que no rechace a un corazón que viene de un donante con sangre incompatible.

En Canadá, había entre seis y ocho casos de este tipo, ya realizados y publicados en trabajos, de los cuales, algunos habían fracasado, y debíamos tomar la decisión de llevarlo adelante o no. Se conversó con la gente de hemoterapia, se evaluó si era factible, vimos que se podía y, cuando llegó un corazón incompatible, lo hicimos.

// ¿LOS LÍMITES, ENTONCES, LOS PONE UNO MISMO O LOS PONE LA MEDICINA?

Los pone uno mismo. Si hay pacientes que necesitan algún tratamiento o técnica en particular, y eso se practica seriamente en dos o tres lugares del mundo, uno analiza cómo se podría adaptar a nuestro medio, en nuestro país, y allí comienza lo personal: los miedos, el “no te metas”, no corras esos riesgos. Si existe el aval

científico y se puede realizar una adecuada adaptación, ya es cuestión de tomar el desafío. Hay momentos en los que uno debe desprenderse de las cuestiones estadísticas y de los temores, sabiendo que lo que uno va a emprender no es una aventura, e ir para adelante. Esto fue lo que más aprendí del caso.

En la actualidad, es una técnica protocolizada, que ya volvió a practicarse.

// EL CORAZÓN ARTIFICIAL HA SIDO UNA DE LAS TECNOLOGÍAS DE ÚLTIMA GENERACIÓN, COMO “PUENTE” AL TRASPLANTE, QUE USTED HA INCORPORADO AL PAÍS, CON EL APOYO DE LA PRESIDENCIA DE NÉSTOR KIRCHNER, Y POR LA CUAL SE HA GANADO EL RECONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD MÉDICA. ¿DE QUÉ MANERA SE HA LOGRADO IMPLEMENTARLO Y EN QUÉ CONSISTE LA TÉCNICA?

A partir del caso de un paciente que estaba muy grave, empezamos a explorar la vía de los subsidios, a través del Ministerio de Desarrollo Social. Solicitamos un subsidio, lo aceptaron y el Ministerio se hizo cargo, junto a la obra social del paciente, para financiar los insumos del implante del corazón artificial. Más adelante, tuvimos una situación similar con otro paciente y, desde el propio gobierno, evaluaron la posibilidad de adquirir el corazón artificial ya de forma estable. Así fue como el gobierno de ese momento empezó a comprar, para el hospital, el aparato y los insumos para seis pacientes iniciales.

Los insumos son descartables –sólo los puede utilizar un paciente- y son muy costosos pero ya existen diferentes formas de ir proveyéndonos. Por ejemplo, Cucaiba

“ *Creo que tengo la virtud de generarme siempre desafíos y proyectos, y la perseverancia de poder cumplirlos.* **”**

—el instituto que se encarga de la procuración en provincia de Buenos Aires—, solventa los costos cuando hay un paciente de Provincia.

El corazón artificial tiene unas bombas, fuera del cuerpo, y una máquina, que los nenes tienen que llevar con ellos cuando se mueven.

// ¿CUÁL HA SIDO EL MAYOR TIEMPO QUE HAN TENIDO UN PACIENTE CONECTADO A CORAZÓN ARTIFICIAL?

Hemos tenido a una chiquita que ha vivido tres años así. En la población pediátrica, creo que ha sido la que más tiempo estuvo conectada, no sólo en Argentina sino en el mundo. A lo largo de esos años, debimos controlar y reemplazar las bombas en algunas oportunidades, producto de coágulos u otro tipo de desperfectos, pero ella vivió bien y, cuando llegó su corazón, fue trasplantada. Hoy está viviendo en Córdoba.

LA DONACIÓN EN ARGENTINA: “ESTÁ CRECIENDO LA CONCIENCIA AUNQUE TODAVÍA FALTA”

// USTED EXPLICÓ, HACE UNOS AÑOS, EN LAS “CHARLAS TEDx”, QUE, “EN ARGENTINA, HAY MÁS DE SIETE MIL PERSONAS QUE ESPERAN UN TRASPLANTE, 100 DE ELLAS SON DE CORAZÓN Y, DE ESTOS PACIENTES, 16 SON PEDIÁTRICOS”, POR LO CUAL, ESTÁN EN LA LISTA DEL HOSPITAL GARRAHAN. ¿CÓMO SE HAN ACTUALIZADO ESTOS DATOS AL DÍA DE HOY?

Esas cifras, en general, se mantienen. En el país, son entre 7300 y 7500, aproximadamente, las personas que necesitan un trasplante de corazón, pulmón, riñón, páncreas, intestino, córneas, etcétera.

// Y, ¿POR QUÉ CREE QUE ES TAN DIFÍCIL DAR CON EL ÓRGANO COMPATIBLE?

Creo que la complicación, en nuestro caso, radica en que, el que debe fallecer para ser donante de corazón es un chico, y no cualquiera que fallece es donante ya que la causa de muerte debe ser, en principio, cerebral, y el resto de los órganos tiene que seguir funcionando. Una enfermedad propia de los pulmones, riñones o

del corazón provoca que las etapas del fallecimiento se desencadenen de tal forma que la persona que muere no pueda ser donante. Ahora bien, si, inicialmente, la causa del deceso es cerebral, sí se puede pensar en la donación.

Además de eso, hay que considerar que debe haber compatibilidad de grupo sanguíneo. El protocolo que se usó por primera vez en el caso de Abril Dispenza es sólo para receptores de hasta dos años pero no más que eso —ya que se aprovecha la falta de maduración del desarrollo de las respuestas de rechazo que tienen los más chiquitos—.

// ¿EXISTE, TAMBIÉN, UN POCO DE RETICENCIA Y FALTA CONCIENCIA SOCIAL SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA DONACIÓN?

Puede ser. **Está creciendo la conciencia aunque todavía falta. Por ejemplo, las campañas de esclarecimiento deben ser permanentes.**

// ¿CUÁNTO NOS FALTA, COMO PAÍS, PARA ALCANZAR UN SISTEMA ÓPTIMO DE DONACIÓN Y PARA ATENDER ÍNTEGRAMENTE AL PACIENTE CON NECESIDAD DE TRASPLANTE, EN TODAS SUS ETAPAS?

Falta bastante pero el camino se va haciendo al andar; uno va descubriendo necesidades todo el tiempo y se conocen de forma inmediata. Ahora bien, resolverlas, puede llevar mucho tiempo.

Nosotros, a veces, nos ocupamos, incluso, de ver cómo las familias pueden obtener recursos para transformar una vivienda que no es compatible tras el regreso de un chico trasplantado. Este chico no puede volver a una casa que no tiene cloacas, agua potable o que tiene calle de tierra porque pueden aparecer bacterias u otros problemas.

Entonces, nos preguntamos: ¿qué debe hacer el Estado? ¿Quién se ocupa de estos nenes?

SU EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GARRAHAN

// ¿SE SIENTE CÓMODO TRABAJANDO EN ESTE HOSPITAL? ¿QUÉ DESAFÍOS PERSONALES HA ALCANZADO PRESTANDO SERVICIO EN UNA INSTITUCIÓN EMBLEMÁTICA COMO ESTA, QUE ESTE AÑO ESTÁ CUMPLIENDO SUS PRIMEROS 30 AÑOS?

Sí, me siento muy cómodo. Yo comencé a trabajar aquí un año y medio después de que se inaugurara así que, prácticamente, tengo la misma edad de servicio y, por

“ *Es complicado pero los chicos nos enseñan todos los días cómo la pelean.* ”

eso, creo que fue un crecimiento mutuo. Fue acá que pude llevar adelante todos los desafíos tan complejos relacionados al trasplante, que no en cualquier institución lo hubiera podido hacer. Y, si bien, esto redundó en un beneficio para el hospital, también ha sido un factor de crecimiento personal y profesional, para ir ganando prestigio y experiencia.

// CUANDO HAYA TERMINADO ESTA ETAPA AL FRENTE DEL SERVICIO ¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE LO RECUERDEN AQUÍ DENTRO?

No espero que haya un recuerdo personal sino que se pueda respetar todo lo hecho hasta ahora, dando lugar a la gente que ya se formó para que pueda seguir haciéndolo. Lo mejor para mí sería que esto tenga continuidad.

EN ABRIL, FUE NOMBRADO “PERSONALIDAD DESTACADA DE LAS CIENCIAS MÉDICAS” POR LOS LEGISLADORES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

// USTED HA CONTADO, EN ENTREVISTAS A MEDIOS GRÁFICOS NACIONALES, QUE, ENTRE TODAS LAS DISTINCIONES QUE HA RECIBIDO A LO LARGO DE SU CARRERA, LA DE LA LEGISLATURA PORTEÑA REPRESENTA UN RECONOCIMIENTO “DIFERENTE”. ¿POR QUÉ?

Nosotros hemos recibido reconocimientos a la trayectoria pero siempre de la mano de una búsqueda. Uno presenta trabajos, que son evaluados por jurados y que, a su vez, compiten con otras instituciones. Entonces, en el desarrollo de la tarea médica y académica, va implícita la presentación de lo que uno hace.

En cambio, lo de la Legislatura surgió espontáneamente, por algo desconocido. Dos legisladores me llamaron un día para decirme que habían hecho consultas y que allí habían decidido que era yo la persona designada para ser nombrada Personalidad Destacada de las Ciencias Médicas. Yo dije que lo aceptaba pero que quería que mi equipo también estuviera incluido en ese reconocimiento.



En este sentido, la elección fue votada, consensuada, y se supone que, quien vota en un congreso, es representante de la gente, con lo cual, **se puede inferir que hay ciudadanos de la Ciudad de Buenos Aires que me han elegido. Esto tiene una connotación diferente, sumado al hecho de que el acto ha sido muy emotivo. Palabras conmovedoras, familias que han viajado para venir a verme: todo eso redundó en historias que cobraron vida.**

¿CÓMO SE DESCRIBIRÍA A SÍ MISMO?

// PARA ALGUNAS FAMILIAS ARGENTINAS, USTED ES COMO “DIOS EN LA TIERRA”, Y ES EL “NUEVO FAVALORO” PARA LOS MÉDICOS Y LA SOCIEDAD EN GENERAL. ¿CÓMO SE LLEVA CON ESE TIPO DE VALORACIONES SOBRE SU PERSONA?

La verdad es que no me llevo. Siento que generan una especie de pátina, que me cubre y produce efecto rebote. Yo tengo presente, todo el tiempo, cómo se hacen las cosas y no se hacen por ser brillante. Al menos, yo no me considero brillante ni diferente a los demás. Todo lo logré con dedicación, esfuerzo, ideas, intuición sobre los caminos a tomar y liderazgo para conducir ciertas situaciones pero todo es en base a trabajo.

// CON LA HUMILDAD PROFESIONAL QUE MUCHOS DESTACAN DE USTED Y QUE QUEDÓ DEMOSTRADA EN ESTA CHARLA, ¿CÓMO SE DESCRIBIRÍA A SÍ MISMO? ¿QUIÉN ES HORACIO VOGELFANG?

Alguien que trabaja; que, quizás, pasa momentos difíciles y otros de mucha alegría, en relación al trabajo, sabiendo que hay cosas que se pierden, sobre todo de la familia.

Creo que tengo la virtud de generarme siempre desafíos y proyectos, y la perseverancia de poder cumplirlos.

UNIVERSIDAD ISALUD

EDUCACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN

5239.4000

www.isalud.edu.ar
informes@isalud.edu.ar



Ayuda
Médica 



**Con tus manos también
podes salvar una vida.**

El 1er eslabón de la cadena de la vida que
activa el servicio de emergencias y realiza
las primeras maniobras sos vos!

**Reserva tu lugar para capacitarte de Lunes
a Viernes de 9 a 17 hs al 0810 - 333 - 4040.**



**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**

Comité de docencia
e investigación
Grupo Ayuda Médica



Ayuda
Médica

Emeca
Salud

Sume
Salud

Unidad
Coronaria



Vida con Salud



Baliarda

www.baliarda.com.ar



INFORME MUNDIAL DE LA FELICIDAD 2017

El primer Informe sobre la Felicidad Mundial fue publicado en abril de 2012, en apoyo a la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre felicidad y bienestar. Desde entonces, el mundo ha recorrido un largo camino. Cada vez más, la felicidad se considera la medida adecuada del progreso social y el objetivo de la política pública. En junio de 2016, la OCDE -Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos- se comprometió a “redefinir la narrativa del crecimiento para poner el bienestar de las personas en el centro de los esfuerzos de los gobiernos”. En febrero de 2017, los Emiratos Árabes Unidos celebraron una reunión mundial, como parte de la Cumbre Mundial de Gobiernos.

.....

En el Día Mundial de la Felicidad, celebrado el pasado 20 de marzo, se difundió el Informe Mundial de la Felicidad 2017, en las Naciones Unidas, nuevamente publicado por la Red de Soluciones de Desarrollo Sostenible, y ahora apoyado por una generosa subvención de tres años de la Fundación Ernesto Illy.

Algunos puntos destacados son los que se analizan a continuación.

NORUEGA ENCABEZA LA CLASIFICACIÓN GLOBAL DE FELICIDAD PARA 2017

El país escandinavo ha saltado, del cuarto lugar en 2016, al primer lugar este año, seguido por Dinamarca, Islandia y Suiza, en un grupo con muy pequeñas diferencias. Los cuatro primeros países se encuentran altamente calificados en los principales factores que apoyan la felicidad: cuidado de las personas, libertad, generosidad, honestidad pública y privada, salud, distribución de los ingresos y buen gobierno. Sus promedios están tan cerca que pequeños cambios pueden reordenar los rankings de año a año.

Noruega se mueve a la cima del ranking, a pesar de la caída del precio del petróleo. En algunas oportunidades, se dice que este país logra y mantiene su gran



20
17

**EL INFORME DE ESTE AÑO
ENFATIZA LA IMPORTANCIA
DE LOS FUNDAMENTOS
SOCIALES DE LA FELICIDAD.**

felicidad, no por su riqueza petrolera sino independientemente de ello.

Al optar por producir su petróleo lentamente, e invirtiendo los ingresos para el futuro en lugar de gastarlos en el presente, Noruega se ha aislado del ciclo de auge y caída de muchas otras economías ricas en recursos. Realizar esto con éxito requiere de altos niveles de confianza mutua, objetivos compartidos, generosidad y un buen gobierno, todos los factores que ayudan a mantener, a Noruega y a otros países de primer nivel, donde están, dentro de la clasificación de la felicidad.

Del resto de los países, entre los diez primeros, también se observan altos valores en las seis variables claves, utilizadas para explicar las diferencias en el grado de felicidad entre las naciones y a través del tiempo: equitativa distribución de ingresos, esperanza de vida saludable, contar con alguien en tiempos de problemas, generosidad, libertad y confianza, esto último medido por la ausencia de co-

// INDICADORES PARA MEDIR LA FELICIDAD

Así como nacen nuevos indicadores para medir el desarrollo de un país -por ejemplo, se propone considerar a un Estado desarrollado no cuando la mayoría de sus habitantes tienen automóvil sino cuando la mayor parte de estos puede acceder a transportes públicos de calidad-, también comienza a instalarse la necesidad de medir los niveles de bienestar que produce ese desarrollo. Uno de los más relevantes es la felicidad, no comprendida como un momento de alegría personal, sino como el estado de sentirse bien con uno mismo y, para ello, se debe contribuir a que los otros -cercaños, lejanos y extraños- puedan, también, sentirse bien con ellos mismos y entre sí.

Ahora bien, construir la felicidad, entendida como “sentirse bien con uno mismo”, es posible desde personas autónomas, es decir, que hayan logrado o estén trabajando en alcanzar el autoconocimiento, la autorregulación y la autoestima. Y ello requiere de contextos e instituciones que faciliten las condiciones adecuadas para que las personas accedan a oportunidades para ser felices y, al mismo tiempo, construyan los espacios y herramientas que promuevan la felicidad colectiva.

Organizaciones como OCDE, la consultora Gallup y países como el Reino Unido y Brasil llevan varios años desarrollando herramientas para medir la felicidad, a pesar de que el grado de subjetividad para comprenderla y mensurarla sea alto. Para medirla, preparan encuestas inteligentes que permiten reconocer la felicidad emocional y la felicidad real para una mejor calidad de vida.

La Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible de la ONU define a la felicidad como un “estado emocional cambiante” pero también como un “indicador del grado de conformidad del bienestar de las personas”. En este sentido, el Reporte Mundial de la Felicidad, elaborado por John Helliwell, Richard Layard y Jeffrey Sachs, desde 2012, expone medidas concretas basadas en el producto bruto per cápita, la ayuda social, la salud, la libertad para elegir, la generosidad y la percepción de la corrupción, entre otros indicadores.

Fuente: FUNDACION AVINA – “Fundación latinoamericana enfocada en producir cambios a gran escala para el desarrollo sostenible, mediante la construcción de procesos de colaboración entre actores de distintos sectores”.

La Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible de la ONU define a la felicidad como un “estado emocional cambiante” pero también como un “indicador del grado de conformidad del bienestar de las personas”.

rrupción en el mundo de los negocios y en el gobierno. Aquí también ha habido algunos cambios entre los países estrechamente agrupados con la clasificación de este año, donde se colocó a Finlandia en el quinto lugar, seguido por los Países Bajos, Canadá, Nueva Zelanda, y Australia y Suecia empatados en la novena posición, teniendo la misma puntuación desde 2014-2016, a tres decimales.

LA FELICIDAD ES TANTO SOCIAL COMO PERSONAL

El informe de este año enfatiza la importancia de los fundamentos sociales de la felicidad. Esto se puede ver comparando las experiencias de vida entre los diez países de la parte superior e inferior, en las clasificaciones de felicidad de este año. Hay un vacío de felicidad de cuatro puntos entre los dos grupos de países, de los cuales tres cuartas partes se explica por las seis variables, la mitad debido a las diferencias en cuanto a tener a alguien con quien contar, la generosidad, el sentido de la libertad y el control de la corrupción. La otra mitad de puntos de diferencia se atribuye al PBI per cápita y a la esperanza de vida saludable, ambos factores que también dependen, en gran medida, del contexto social. Sin embargo, el 80 por ciento de la variación en el grado de felicidad en todo el mundo ocurre dentro de los países.

En los Estados más ricos, las diferencias internas no se explican centralmente por la desigualdad de ingresos sino por las diferencias en la salud mental, la salud física y las relaciones personales: la principal fuente de miseria es la enfermedad mental.

El trabajo es, también, un factor importante, que hace a la felicidad. El desempleo provoca una caída significativa del estado de bienestar e, incluso, para aquellos que trabajan, la calidad del trabajo puede causar grandes variaciones en la felicidad.

Noruega ha saltado, del cuarto lugar, en 2016, al primer lugar este año, seguido por Dinamarca, Islandia y Suiza, en un grupo con muy pequeñas diferencias.

Los cuatro primeros países se encuentran altamente calificados en los principales factores que apoyan la felicidad: cuidado de las personas, libertad, generosidad, honestidad pública y privada, salud, distribución de los ingresos y buen gobierno.

LA SOCIEDAD CHINA NO ESTÁ MÁS FELIZ QUE HACE 25 AÑOS

Richard A. Easterlin fue pionero en la economía de la felicidad hace más de 40 años. Él contrasta el fuerte crecimiento del ingreso per cápita en China durante los últimos 25 años con evaluaciones de la calidad de vida, que cayeron constantemente desde 1990 hasta alrededor de 2005, recuperándose, desde entonces, hasta, aproximadamente, los niveles de 1990. En la primera parte del período, la disminución de la felicidad la atribuyen al aumento del desempleo y al desgaste de las redes de seguridad social, con recuperación de ambas variables a partir de 2005.

GRAN PARTE DE ÁFRICA ESTÁ LUCHANDO

El capítulo de África cuenta una historia mucho más diversa, que se ajusta a la realidad africana, con su gran número y amplia gama de experiencias. Sin embargo, a menudo, estas son marcadas por esperanzas muy retrasadas y decepcionadas de calidades de vida más altas, más felices.

LA FELICIDAD HA CAÍDO EN EE.UU

Estados Unidos tiene una historia de reducción de la felicidad. En 2007, ocupaban el tercer lugar entre los países de la OCDE mientras que, en 2016, llegó al lugar número 19. Las razones se encuentran en la disminución del apoyo social y el aumento de la corrupción, y son estos mismos factores los que explican por qué los países nórdicos mantienen su posición de liderazgo.



JEFFREY SACHS:
Economista, autor del
Reporte Mundial de la
Felicidad junto a
John Helliwell y Richard
Layard

// EN LA BÚSQUEDA DEL DESARROLLO Y DEL “FIN DE LA POBREZA”

Jeffrey Sachs fue economista, Master y PhD de la Universidad de Harvard, y profesor de esta universidad, desde 1980 hasta 2002, cuando pasó a ocupar el cargo de director del Instituto de la Tierra en la Universidad de Columbia, Estados Unidos. Asimismo, fue consejero especial del séptimo secretario General de las Naciones Unidas (1997-2006) y Premio Nobel de la Paz en 2001, Kofi Annan, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Es reconocido mundialmente por ser uno de los economistas más influyentes de nuestro tiempo, y por la ayuda prestada a numerosos países en la búsqueda del desarrollo. También, es autor del libro, ya clásico: “Introducción al fin de la pobreza”.

Sachs explica que, para hablar del “fin de la pobreza”, “hay que centrarse en dos objetivos que se relacionan intrínsecamente: el primero de ellos, acabar con la situación en la que se encuentra una sexta parte de la humanidad, que vive en extrema pobreza y su vida diaria consiste en la lucha por la supervivencia”. Así, agrega que “este objetivo se verá cumplido cuando todas las personas puedan disfrutar de niveles básicos de nutrición, asistencia sanitaria, servicios de agua y saneamiento, y alojamiento, entre otras necesidades mínimas”.

“El segundo propósito consiste en la posibilidad de que todos los países puedan subirse a la escalera del desarrollo, sobre todo los más pobres”, señaló. En cuanto a la forma de abordarlo, Sachs destacó que “este puede cumplirse con la ayuda de la comunidad internacional, en la posibilidad de brindar mejores condiciones para el comercio de países menos desarrollados, evitando incorporar problemas de barreras comerciales proteccionistas, prácticas económicas desestabilizadoras y el mal uso de normas de propiedad intelectual e industrial, tanto en su creación como en su aplicación”.

Fuente: www.jeffsachs.org

Adecra+Cedim

LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA



BRINDAMOS UN SERVICIO DIFERENCIAL RESPALDADO POR SWISS MEDICAL GROUP

Nuestra División Servicios Médicos está compuesta por profesionales con amplia experiencia, dedicados a cuidar y entender las necesidades de nuestros asegurados.

Contrate su póliza y acceda a descuentos exclusivos en otros ramos.

PLAN MÉDICOS	
INTEGRAL DE COMERCIO (rubro médico)	20% DE DESCUENTO
SEGURO DE HOGAR	25% DE DESCUENTO
SEGURO AUTOMOTOR	15% DE DESCUENTO

Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un email a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar

SMG
SEGUROS

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.

Image Guided Radiation Therapy - IGRT

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Radioterapia Conformacional Tridimensional

Radiocirugía Estereotáxica

Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal



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



Aseguramiento de Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

Integramos recursos para un servicio seguro, rápido y responsable

Servicio + Trayectoria + Eficiencia

Más de 70 años brindando soluciones en la provisión de insumos médicos.
Respaldan nuestro trabajo: clínicas, sanatorios, hospitales, empresas de
internación domiciliaria, profesionales y farmacias.

+ info

4586-0099 y rotativas

Cucha Cucha 2763/5 Capital Federal
info@bacimed.com.ar / ventas@bacimed.com.ar
bacimed.com.ar



Bacimed
Insumos médicos

Más de 30 años cuidando tu salud



**FUNDACIÓN
CIENTÍFICA DEL SUR**

**Central Única de Turnos
5034-9898**

Adrogué

Avellaneda

Guernica

Luján

Lomas de Zamora

Quilmes



C.D. LANUS



HOSPITAL ITALIANO



SMATA DON TORCUATO

EXPERTOS EN PLANIFICACION Y ARQUITECTURA PARA LA SALUD



CENTRO REGIONAL DE ALTA COMPLEJIDAD ATILRA
SUNCHALES, SANTA FE



SANATORIO ALLENDE VILLA BELGRANO
CORDOBA

MARJOVSKY-URRUTY
ARQUITECTOS

tel./fax 54 11 4701 4514
54 11 4795 2038
54 11 4703 5598

amarjovs@gmail.com
estebanurruty@gmail.com
www.marjovskyurruty.com.ar



MEVATERAPIA

CENTRO MÉDICO



CERTIFICACION DE CALIDAD
ISO 9001:2003

- ▶ Acelerador lineal de electrones
- ▶ Planificación tridimensional conformada
- ▶ Tratamientos hiperfraccionados
- ▶ Radiocirugía
- ▶ Braquiterapia de alta tasa de dosis
- ▶ Braquiterapia prostática
- ▶ Roentgenterapia: radioterapia superficial
- ▶ Betaterapia
- ▶ Irradiación corporal total
- ▶ Irradiación de piel total con electrones
- ▶ Intensidad modulada

**EXCELENCIA Y PRESTIGIO
EN ONCOLOGIA RADIANTE**

Tte. Gral. Juan Domingo Perón 3931/37
Ciudad de Buenos Aires – Argentina
Te./Fax.: 4958-1213 Líneas Rotativas
info@mevaterapia.com.ar



**HOSPITAL
ITALIANO**
de Buenos Aires
150 años de vida

servicio de oncología radiante

FOMENTAR LA
MOVILIDAD
PARA ACELERAR LA
RECUPERACIÓN



SISTEMA
PROGRESSA™

Hill-Rom

mobility is life 

MOVILIDADPROGRESIVA@IRAOLA.COM - WWW.IRAOLA.COM

EN BUSCA DE AVANCES Y MEJORAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Si bien se ha hecho mucho por la seguridad del paciente durante los últimos años, todavía queda un largo camino por transitar. La National Patient Safety Foundation (NPSF) de los Estados Unidos publicó el informe “Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err is Human”. Desde aquí se recogieron las recomendaciones de un panel de expertos, convocado para sentar los lineamientos de los futuros 15 años del movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. **Según la opinión de estos expertos, “los avances en seguridad del paciente requieren pasar, de las actuales intervenciones reactivas y fragmentadas, hacia un abordaje sistémico total de la seguridad”.** De esta forma, para acelerar los avances, el informe incluye una serie de recomendaciones, todas basadas en el establecimiento de un “abordaje sistémico total” y en una “cultura de la seguridad”.

// RESUMEN EJECUTIVO DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS

La seguridad del paciente es un tema de salud pública serio. Tal como ocurre con la obesidad, los accidentes de tránsito y el cáncer de mama, los daños causados durante la atención, en cualquier ámbito, tienen una morbimortalidad significativa y disminuyen la calidad de vida de los pacientes.

Si bien este tema de la seguridad del paciente ha mejorado de manera importante desde que el Institute of Medicine (IOM) publicara, en 1999, el informe “Errar es Humano. Construyendo un sistema de salud más seguro”, el trabajo para lograr que los pacientes tengan una atención más segura ha progresado a un ritmo mucho más lento de lo esperado. Así, a pesar de las mejoras demostradas en áreas específicas -tales como en infecciones adquiridas en el hospital-, la escala de la mejora en seguridad del paciente ha sido limitada ya que, aunque se ha probado la efectividad de numerosas intervenciones, muchas otras



Los avances en seguridad del paciente requieren pasar, de las actuales intervenciones reactivas y fragmentadas, hacia un abordaje sistémico total de la seguridad.

han sido inefectivas, al tiempo que otras, prometedoras, plantean interrogantes aún no resueltos. **El sistema de salud continúa operando con bajos niveles de confiabilidad, lo que determina que, con frecuencia, los pacientes experimenten daños que pudieron haber sido prevenidos o mitigados.**

De cualquier manera, la publicación “Errar es Humano” permitió aumentar, significativamente, el foco sobre la seguridad de los pacientes. La expectativa, en un principio, era que, al compartir más y mejores datos y, al implementar intervenciones para resolver problemas específicos, se conseguirían mejoras sustanciales. Luego de más de una década y media, **va quedando cada vez más claro que los problemas de seguridad son mucho más complejos –y generalizados– de lo que se creía inicialmente. La seguridad del paciente comprende más que la simple mortalidad; también abarca la morbilidad y algunas formas más sutiles de daños, como la pérdida de la dignidad y del respeto. Supone, además de la atención al paciente hospitalizado, la seguridad en todos los ámbitos de atención: consultorios externos, centros de diagnóstico, cirugía ambulatoria, geriátricos, centros de rehabilitación e internación domiciliaria, entre otros.**

La seguridad del paciente no debe ser relegada al asiento trasero, procediendo anárquicamente sólo sobre aquellos daños específicos que, actualmente, se miden y que son objeto de mejoras a través de incentivos. El avance en esta materia requiere, como se explicaba anteriormente, “pasar, de intervenciones graduales y fragmentadas, hacia un abordaje sistémico total de la seguridad”. La adopción de este tipo de abordaje implicaría la priorización, por parte de los líderes, de la cultura de seguridad, y del bienestar y seguridad de los trabajadores de la salud. Implicaría un desarrollo mucho más acabado de la ciencia, de los indicadores y de las herramientas de seguridad del paciente. Por eso, para garantizar el máximo impacto, sería importante pasar, de la competencia en seguridad, a la coordinación y colaboración de toda la organización. A su vez, se haría necesario pensar en la seguridad en todos los aspectos de la atención en la continuidad de cuidados, y no sólo en los hospitales. Por último, incluiría la creación, en todos los puntos del viaje, de alianzas con los pacientes y sus familias, asegurando que sus voces sean escuchadas.

En este sentido, el informe reconoce las áreas en las que se ha progresado, resalta lo que todavía falta y, tal

vez, lo más importante, detalla recomendaciones específicas para acelerar el progreso. **Estas ocho sugerencias están basadas en el establecimiento de una “cultura de seguridad” y de un “abordaje sistémico total”.**

1. Garantizar que los líderes establezcan y mantengan una cultura de seguridad: la mejora de la seguridad requiere de una cultura organizacional que permita y priorice la misma. La importancia del cambio cultural debe ocupar un lugar central en la agenda de las máximas autoridades y no ser sacrificada en pos de otras prioridades.

2. Promover una supervisión centralizada y coordinada de la seguridad del paciente: para optimizar los esfuerzos en seguridad del paciente, se requiere la participación, coordinación y supervisión de un organismo del Estado y de otras organizaciones de seguridad.

3. Generar un conjunto de indicadores de seguridad comunes, que reflejen resultados significativos: la medición de resultados es un elemento fundacional, necesario para poder avanzar en las mejoras. Para progresar en seguridad, necesitamos establecer una métrica estandarizada en la continuidad de atención -internación y ambulatorio-, y crear mecanismos que permitan identificar y medir los riesgos y peligros de manera proactiva.

4. Aumentar los fondos destinados a la investigación en seguridad del paciente y a la ciencia de la implementación: con el objetivo de lograr progresos sustanciales en seguridad del paciente, debería avanzarse tanto en la ciencia de la seguridad como en la ciencia de la implementación, lo que permitirá comprender acabadamente los peligros a los que se enfrentan los pacientes y la mejor forma de prevenirlos.

5. Abordar la seguridad en todos los ámbitos de atención y en la continuidad de cuidados: los pacientes merecen seguridad no sólo cuando están internados sino también en cada encuentro con el sistema de salud. Las organizaciones sanitarias requieren mejores herramientas, procesos y estructuras para brindar una atención segura y evaluar la seguridad en distintos ámbitos de atención.

El sistema de salud continúa operando con bajos niveles de confiabilidad, lo que determina que, con frecuencia, los pacientes experimenten daños que pudieron haber sido prevenidos o mitigados.

6. Apoyar a la fuerza de trabajo en salud: la moral y el bienestar de la fuerza de trabajo son absolutamente necesarios para brindar una atención segura. Los médicos, enfermeras, auxiliares, farmacéuticos, técnicos y otros necesitan apoyo para llegar a su máximo potencial como agentes de salud.

7. Asociarse con los pacientes y sus familias para una atención más segura: para los pacientes y sus familias es importante participar activamente en todos los niveles de atención. En el fondo, la mayor participación tiene que ver con el libre flujo de **información desde y hacia el paciente.**

8. Garantizar que la tecnología sea segura y optimizar su uso para mejorar la seguridad del paciente: resulta crucial optimizar los beneficios que tiene, para la seguridad, el uso adecuado de la tecnología médica, minimizando las consecuencias indeseadas.

Si se desea obtener éxito en estas acciones, se requerirá del compromiso activo de todos los actores del sistema de salud: directorios y autoridades de instituciones, agencias gubernamentales, líderes, alianzas público-privadas, organizaciones de salud, centros ambulatorios, investigadores, educadores, trabajadores de la salud, pacientes y familias. La esperanza está puesta en que estas recomendaciones y las tácticas descritas para su implementación estimulen acciones más amplias y aceleren el movimiento hacia un sistema de salud seguro. Es lo menos que merecen los pacientes.

Traducción: Dr. Fabián Vítolo – NOBLE Compañía de Seguros.

La falta de seguridad en la atención es considerada, hoy en día, un problema de salud pública mundial y, como tal, se deben dedicar todos los esfuerzos posibles para luchar contra este problema.

Debemos admitir que nos equivocamos y que lo seguiremos haciendo, pues el error está más allá de nuestro control y forma parte de la propia naturaleza humana. No podemos modificar la condición humana pero sí las condiciones en que los seres humanos trabajamos.



CASI EL 50% DE LOS INCIDENTES QUE PROVOCAN DAÑO PODRÍA HABERSE EVITADO CON LOS ESTÁNDARES ACTUALES DE CUIDADOS SANITARIOS.

1 DE CADA 10 INGRESOS EN EL HOSPITAL,

EN ALGUNOS PAÍSES, ES DEBIDO A REACCIONES
ADVERSAS A MEDICAMENTOS.

// ¿QUÉ SUCEDE EN OTROS PAÍSES?

Hace varios meses, en el Parlamento británico, el ex primer ministro, David Cameron, pedía perdón públicamente por las negligencias, “verdaderamente espantosas”, producidas a lo largo de la última década en 14 hospitales del sistema público de salud, que se tradujeron en la muerte innecesaria de más de 20 mil pacientes.

En España, la situación es diferente. Debido a la falta de estadísticas sistemáticas y confiables, existen dificultades para tener precisión en la incidencia de los errores médicos o deficiencias en la atención. Mientras en el Reino Unido se han llevado a cabo cinco investigaciones para esclarecer este grave problema, y en Estados Unidos se ha creado el Committee on Quality of Healthcare in America, en España no hay un registro o recuento de estos sucesos. Existen, en la actualidad, proyectos con la finalidad de tener estadísticas permanentes y certeras.

Por último, en América Latina, y al igual que en el caso de Inglaterra, también se recabaron datos. La OMS llevó adelante un estudio, en cinco países, que terminó en 2009.

Algunas de las estadísticas y conclusiones generales para pensar en la seguridad del paciente:

- Se estima que uno de cada diez pacientes hospitalizado sufrirá un incidente que le provocará daños durante su estadía. Esta cifra, estudiada en países con economías medias y altas, no se conoce aún en países con economías emergentes, aunque se piensa que en éstos la magnitud del problema puede ser aún mayor.

- Según estimaciones realizadas, durante un día cualquiera, 1,4 millones de personas sufre, en alguna parte del mundo, alguna infección contraída en el entorno sanitario.

- En algunos países, uno de cada diez ingresos en

el hospital es debido a reacciones adversas a medicamentos.

- Lo más grave es que, cerca de la mitad de los incidentes que provocan daño podría haberse evitado con los estándares actuales de cuidados sanitarios. A veces, con pequeños gestos, tales como el lavado de las manos o la utilización sistemática de una hoja de verificación, se puede contribuir a salvar muchas vidas.

- Los incidentes que causan daño pueden tener consecuencias muy negativas sobre los pacientes que los sufren: además del daño físico y moral, las lesiones pueden producir bajas laborales temporales, permanentes o, incluso, en algunos casos extremos, su muerte.

- En algunos países, se ha calculado que los problemas en torno a la seguridad del paciente ocasionan un costo económico anual de varios miles de millones de dólares, debido a que estos incidentes, además de producir bajas laborales, aumentan los días extra en el hospital y hacen que se consuman muchos más recursos -más medicación, más intervenciones quirúrgicas, más pruebas diagnósticas, más cuidados en general-.

- Por todo ello, **la falta de seguridad en la atención es considerada, hoy en día, un problema de salud pública mundial y, como tal, se deben dedicar todos los esfuerzos posibles para luchar contra este problema.**

- Todas las personas y entidades que, de un modo u otro, tienen que velar por los cuidados de los pacientes -no sólo el personal sanitario sino también las personas con responsabilidad en la gestión y en la autoridad sanitaria- son esenciales para que se establezca una cultura de seguridad.

- **Los propios pacientes, adecuadamente informados, pueden también ayudar a mejorar su seguridad.**

Fuente: www.who.es/sanidad



LA PREVENCIÓN DE LOS ERRORES EN LA PRÁCTICA MÉDICA

¿HEMOS PROGRESADO?

POR: JOSE MARÍA CERIANI CERNADAS
Jefe de Neonatología y del Comité
de Seguridad del paciente
del Hospital Italiano de Buenos Aires

Ya en el presente siglo, la publicación de artículos ha aumentado de forma notable y, si bien aún es escasa en comparación con otros temas, demuestra que siempre existen grupos interesados en bregar por una medicina centrada en el paciente, cuyas acciones enaltecen a la profesión médica. Existe un aspecto central en este problema; me refiero a una condición previa fundamental, sin la cual es imposible avanzar en dirección alguna: **debemos admitir que nos equivocamos y que lo seguiremos haciendo, pues el error está más allá de nuestro control y forma parte de la propia naturaleza humana.** Las disciplinas de riesgo que han logrado disminuir marcadamente los errores, como la aviación, han trabajado sobre la base del concepto de que el hombre, de modo indefectible, se va a equivocar y, por lo tanto, diseñaron sistemas tendientes a evitar el error humano.

Lamentablemente, nada más alejado de este enfoque ha sido el de la medicina, donde la cultura predominante es la de ocultar el error y generar el concepto de que sólo los incompetentes o irresponsables se equivocan. Los modelos tradicionales de educación médica refuerzan el concepto de infalibilidad: se supone que, en nuestra actividad, no se deben cometer errores y, por ende, no somos preparados, ni en la Universidad ni en los años de formación, para cultivar una actitud crítica que nos permita enfrentar el error. Este concepto de infalibilidad se traslada también a la población general, lo cual lleva a que la gente tenga la falsa creencia de que la medicina todo lo puede, incluso cuando, obviamente no es así.

Un desarrollo tecnológico que encandila y la mayor difusión en los medios de comunicación masiva de ciertos "éxitos terapéuticos" que parecen milagrosos hacen que, en muchas circunstancias, el médico sea visto como alguien infalible, que no puede equivocarse. **Esto tiende a crear una presión muy grande sobre los profesionales, y a condicionar una des-**

honestidad intelectual que lleva a ocultar el error, en vez de admitirlo y determinar sus causas. La persistencia de esta cultura es el mayor escollo para que la prevención de errores no haya progresado en estos años, tal como esperábamos, en los comienzos del siglo.

Hasta que el cambio no se asiente de forma definitiva, los avances serán muy lentos. En su mayoría, dependerán de la voluntad de un grupo de profesionales interesados en modificar el modelo clásico, que sigue siendo el predominante en la práctica profesional, donde el error raramente se admite y discute. **En la gran mayoría de las instituciones médicas de nuestro país no se han desarrollado programas de prevención de errores debido, sobre todo, a la resistencia para adoptar una nueva cultura, y al hecho de que aún no existe plena conciencia sobre la gravedad del problema.** Es menester comprender que, si médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud desean reducir los errores en el cuidado de los pacientes, resulta imprescindible generar un cambio en la forma de pensar y actuar. La prevención de los errores debe ser uno de los focos primarios en la práctica de la medicina, con un especial énfasis en el diseño de los sistemas y no sólo en los individuos.

Las estrategias dirigidas a evitar que el individuo cometa errores suelen fracasar porque soslayan que, de modo indefectible, los va a cometer. Las acciones en el sistema tienen más probabilidad de éxito porque reducen una mayor cantidad de errores y lo hacen más tempranamente. **No podemos modificar la condición humana pero sí las condiciones en que los seres humanos trabajamos.** Asimismo, es imprescindible crear un ambiente de trabajo donde la seguridad del paciente sea prioritaria y no haya medidas punitivas para los profesionales involucrados.

Fuente: Revista del Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES)- Número 4/2016.



MyDDoc

APLICACIONES MÓVILES DE TELEMEDICINA
MEJORANDO EL ACCESO A LA SALUD

Ingrese a una nueva era de la **atención médica.**

Tenga ya su propia Aplicación de **Chat Médico Arancelado**
y genere **ingresos adicionales** para su Institución.

Pago en Línea

El pago de la consulta se acredita en forma instantánea en la cuenta de la Institución y en la del Médico.



¡Obtégala ahora!

Contáctenos telefónicamente o por email:

 (54 9 11) **3469 3552**

 info@myddoc.com

Descarga Gratuita

La aplicación es de descarga gratuita para médicos y pacientes y se encuentra disponible para celulares Android y iPhone.



Una aplicación. Múltiples beneficios.

*Sus médicos y la institución reciben un **beneficio económico** por un servicio que hoy se realiza de manera gratuita por WhatsApp.*

- Crea valor mostrando una imagen moderna e innovadora.
- Amplía el alcance de potenciales pacientes.
- Posibilita un mejor seguimiento de pacientes post alta.
- Permite la difusión de contenidos de interés para sus pacientes.



ACUDIR EMERGENCIAS MÉDICAS, A LA VANGUARDIA DE LA SEGURIDAD DE DATOS



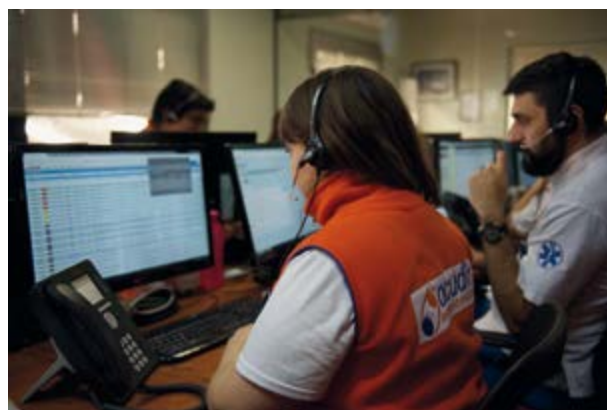
La información del paciente, a resguardo completo, con la última tecnología.



El estándar internacional de la certificación de las normas ISO 9001:2008 en todos sus procesos, sumado a la rigurosidad de los sistemas de protección de la información, enmarcados en la Ley de Base de Datos, garantizan la protección de los derechos del paciente a historias clínicas inviolables, únicas e íntegras. Auditar continuamente los procedimientos contribuye a implementar un enfoque sistemático y proactivo, debido a su rigurosidad.

“Establecer e implementar buenas prácticas en seguridad de la información nos permite garantizar el resguardo integral del paciente. La seguridad de sus datos personales forma parte de nuestra misión diaria por mejorar la salud de las personas”, aseguró el Dr. Agustín Apesteguía, gerente Médico de la organización dedicada a medicina de emergencias.

Los protocolos de seguridad aseguran la estricta confidencialidad de las historias clínicas ya que contemplan la normativa vigente en cuanto a la administración de datos en el sector salud. Así, **Acudir desarrolló su propia plataforma y soluciones de comunicación, con aplicaciones de creación y acceso exclusivo, enmarcadas en las normativas del Registro Nacional**



de Bases de Datos. Cumple procesos específicos en la toma de información, despacho y seguimiento de cada paciente, además de detalles vinculados a cada atención médica para garantizar su confidencialidad, a través de su certificación internacional.

Las constantes auditorías son de cumplimiento riguroso e incluyen revisiones y evaluaciones completas, que respetan los estrictos requisitos de estándares a nivel mundial. Las pruebas validan la implementación efectiva de los controles de seguridad administrativa, técnica y física de Acudir, y ayudan a mantener la confidencialidad e inviolabilidad de la información del paciente.

Con la estructura operativa más fuerte en toda la Ciudad, Acudir llega a la vanguardia de la innovación en seguridad informática, al igual que en todos los aspectos de sus prestaciones, bajo el lema “la calidad es una actitud”.

Adecra+Cedim

Nuevo Centro Quirúrgico

Seguridad y Nueva Tecnología
al Servicio del Médico y la Comunidad



Instituto Affiliated to the Faculty
of Medicine of the University
of Buenos Aires



Instituto Argentino de Anestesiología
y Reanimación



Centro Nacional de
Seguridad y Salud



• **8 nuevos quirófanos** y áreas de apoyo en 900 m²,
con elevado estándar de Seguridad y Confort.

• **Equipamiento Importado:** STERIS - AMSCO.

• **Máxima Seguridad:** Sistemas de Tierra Aislada mediante tableros
IT de tecnología Scheinder con sistemas de UPS online centrales.

• **Filtrado de Aire:** Normas ISO 14644, clase ISO 7 grado C,
(CLASE 10.000)

• **Quirófanos con puertas automatizadas:** sensores con
células fotoeléctricas, que garantizan que permanezcan
cerradas conservando la presurización.



Seguí 593, Adrogué - Buenos Aires - Argentina
4214-1414 / 5555

www.clinicaima.com

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

Cedim

POLIVALENTES

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
 - CEDITRIN - CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL S.R.L.
 - DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A.
 - EMPRENDIMIENTOS DE SALUD S.A.
 - ENRIQUE MARTÍN ROSSI S.A.
 - FUNDACIÓN CENTRO DIAGNÓSTICO NUCLEAR
 - GAMMA LIFE
 - GRUPO ROSTAGNO SRL
 - IMAT-INSTITUTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.
 - IMAXE
 - INVESTIGACIONES MÉDICAS FADIM
 - TOMOGRAFÍA COMPUTADA BUENOS AIRES S.A.
 - VIDT CENTRO MÉDICO S.A.

CONURBANO

- ARGUS DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A.
 - CENTRO DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA ADROGUÉ S.R.L.
 - CIMED
 - DIAGNÓSTICO MAIPÚ POR IMÁGENES S.A.
 - DIAGNÓSTICO TESLA S.R.L.
 - FUNDACIÓN CIENTÍFICA DEL SUR
 - LABORATORIO DE DRA. DÍAZ MABEL Y VIVIANI LORENA
 - LABORATORIO DR. PARODI CARLOS A.
 - TC BERNAL S.R.L.
 - TC HAEDO S.R.L.
 - RDA-RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA S.A.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- CENTRO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO DE PEREZ IBAÑEZ S.R.L.
 - CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO S.A.
 - EMPRENDIMIENTOS MÉDICOS TECNOLÓGICOS S.A.
 - EMTRO S.A.
 - KROIN S.A.
 - LABORATORIO ALVEAR
 - LABORATORIO CLAROGA S.R.L.
 - LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS DE ARZAGUET MARTIN
 - LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS FERNÁNDEZ F.A. Y SADADO A.A.
 - LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS GILBERTO LANDI
 - LABORATORIO DE HÉCTOR CLAUDIO COVA
 - LABORATORIO DE HÉCTOR L. BETTI
 - LABORATORIO DE JUAN C. CHITARRONI Y ROSA CERELLI
 - LABORATORIO DE RASQUETE L., CERRONE O. E IONSKI E.
 - LABORATORIO DE ROBERTO GARCÍA Y HÉCTOR TAMBUTTI

PROVINCIA DE CÓRDOBA

- CENTRO PRIVADO DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA CÓRDOBA S.A.
 - CONSULTORIO RADIOLÓGICO "CONCI-CARPINELLA"
 - INSTITUTO MÉDICO DEAN FUNES S.A.

PROVINCIA DE CHACO

- DIAGNÓSTICO POR RESONANCIA MAGNÉTICA S.A.

PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

- CLÍNICA MODELO S.A.

PCIA. DE LA RIOJA

- IMAC LA RIOJA

PROVINCIA DE MENDOZA

- INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO S.A.
 - INSTITUTO PRIVADO DE RADIOTERAPIA CUYO S.A.

PROVINCIA DE RÍO NEGRO

- CLÍNICA RADIOLÓGICA DR. PEDRO MOGUILLANSKY - MEDICINA XXI S.A.
 - FUNDACIÓN MÉDICA DE RÍO NEGRO Y NEUQUÉN

PROVINCIA DE SANTA FE

- CLÍNICA DE CÁMARA GAMMA
 - CLÍNICA TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ROSARIO
 - DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES S.A.
 - INSTITUTO GAMMA

PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

- IMAGEN S.A.

MONOVALENTES

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

- ARDEGA S.A.
 - DIAGNÓSTICO ROJAS S.R.L.
 - GAMMA LIFE
 - LABORATORIO DR. SCHERE
 - T.C.B.A. MEDICINA NUCLEAR

CONURBANO

- CITO S.A.
 - LABORATORIO CASTELAR S.H.
 - LABORATORIO DR. OSVALDO GUSTAVO PRADO
 - LABORATORIO TFM - BIOQS S.R.L.
 - LABORATORIOS ALVEAR S.H.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- CENTRO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DE MAR DEL PLATA S.R.L.
 - CENTRO ONCOLÓGICO DE LAS SIERRAS S.A.

- EMPRENDIMIENTOS MÉDICOS

TECNOLÓGICOS S.A.
 - EMTRO S.A.
 - INSTITUTO RADIOLÓGICO MAR DEL PLATA
 - KROIN S.A.
 - SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR-CLÍNICA 25 DE MAYO Y PUEYRREDÓN
 - TERAPIA RADIANTE S.A.

PROVINCIA DE CÓRDOBA

- LABORATORIO RADIOISOTOPOS S.R.L.
 - SERVICIO MEDICINA NUCLEAR DR. FERNANDO ANTONIO KUSTICH

PROVINCIA DE LA PAMPA

- MEGAN

PROVINCIA DE SANTA FE

- MEDICINA NUCLEAR SAN GERÓNIMO

PROVINCIA DE TUCUMÁN

- INSTITUTO DE MEDICINA NUCLEAR S.R.L.

PROVINCIA DE SALTA

- INSTITUTO DE RADIACIONES SALTA S.R.L.

PROVINCIA DE SAN JUAN

- CENTRO DE RADIOTERAPIA SAN JUAN S.A.

Adecra

CAPITAL FEDERAL

- AMBULATORIOS DUPUYTREN
 - APE - SALUD MENTAL
 - ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA INTEGRAL – API
 - CEMIC (CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS “NORBERTO QUIRNO”)
 - CENTRALAB S.A.
 - CENTRO DE DIAGNÓSTICO ROSSI
 - CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLÓGICOS S.A.
 - CENTRO DE UROLOGÍA CDU
 - CENTRO MÉDICO NEUROSIQUIÁTRICO PRIVADO
 - CENTRO MÉDICO ULME
 - CENTRO MÉDICO VIDT
 - CENTRO MÉDICO VILELLA
 - CENTRO MEDICUS S.A.
 - CERIM SRL – CENTRO DE ESTUDIOS INTEGRALES DE LA MAMA S.R.L.
 - CHP – CENTRO DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PAVLOVSKY
 - CIAREC – CLÍNICA DE REHABILITACIÓN Y CIRUGÍA
 - CLÍNICA AVRIL – INSTITUTO ALMAGRO DE SALUD S.A.
 - CLÍNICA ADVENTISTA BELGRANO
 - CLÍNICA ALCLA
 - CLÍNICA ALTERGARTEN
 - CLÍNICA BASILEA
 - CLÍNICA B & S CENTRO DE EXCELENCIA EN CIRUGÍA PLÁSTICA SRL
 - CLÍNICA BAZTERRICA
 - CLÍNICA DE LA ESPERANZA
 - CLÍNICA DE LOS VIRREYES
 - CLÍNICA DEL PARQUE (MERO S.A.)
 - CLÍNICA DEL SOL CORONEL DIAZ
 - CLÍNICA DE MICROCIURUGÍA
 - CLÍNICA FLORES
 - CLÍNICA LA SAGRADA FAMILIA
 - CLÍNICA LAS HERAS
 - CLÍNICA LOPEZ (CENTRO DE MEDICINA INTEGRAL S.R.L.)
 - CLÍNICA PRIVADA CLIMÉDICA
 - CLÍNICA SAN CAMILO
 - CLÍNICA SAN JERÓNIMO
 - CLÍNICA SANTA CATALINA
 - CLÍNICA SANTA ISABEL
 - CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA
 - DIAGNÓSTICO PERSONALIZADO S.A.
 - DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DR. DERAGOPYAN
 - DIAVERUM S.A.
 - F.L.E.N.I (FUNDACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN LA INFANCIA)
 - FRESenius MEDICAL CARE ARGENTINA S.A.
 - FUNDACIÓN FAVALORO
 - FUNDACIÓN GRADIVA
 - FUNDACIÓN HEMOCENTRO BUENOS AIRES
 - FUNDACIÓN HOSPITALARIA
 - HOSPITAL PRIVADO DE NIÑOS
 - FUSEA (FUNDACIÓN SANIDAD EJÉRCITO ARGENTINO)
 - GAMBRO ARGENTINA S.A.
 - HALTUS INSTITUTO MÉDICO S.A.
 - IMAGEN TEST - CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO
 - INEBA (INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS BUENOS AIRES)
 - INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES
 - INSTITUTO CENTENARIO DE MEDIMET SRL
 - INSTITUTO FRENOPÁTICO
 - INSTITUTO GERIÁTRICO NAZARET
 - INSTITUTO MÉDICO DE ALTA COMPLEJIDAD
 - INSTITUTO OTORRINOLARINGOLÓGICO ARAUZ
 - INSTITUTO SUPERIOR DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
 - INSTITUTO MÉDICO ALEXANDER FLEMING
 - LABORATORIO DE MEDICINA S.A.
 - MEVATERAPIA S.A.
 - NEPHROLOGY S.A.
 - PRIMER HOSPITAL PRIVADO DE OJOS S.A.
 - SANATORIO AGOTE
 - SANATORIO ANCHORENA
 - SANATORIO COLEGIALES
 - SANATORIO DE LA PROVIDENCIA
 - SANATORIO DE LA TRINIDAD PALERMO
 - SANATORIO DE LOS ARCOS
 - SANATORIO FINOCHIETTO
 - SANATORIO INTEGRAL DUPUYTREN
 - SANATORIO MATER DEI
 - SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE
 - SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI
 - SERMEX S.A.
 - UAI HOSPITAL UNIVERSITARIO
 - VACUNAR S.A.

GRAN BUENOS AIRES

- ASOCIACIÓN MÉDICA DE LOMAS DE ZAMORA (LOMAS DE ZAMORA)
 - CALDEVIT S.A. (CLÍNICA BESSONE) (SAN MIGUEL)
 - CASA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (RAMOS MEJÍA)
 - CASA NUESTRA SEÑORA DEL PILAR SAN JUAN DE DIOS (LUJÁN)
 - CENTRO DE CIRUGÍA OCULAR S.A. (AVELLANEDA)
 - CENTRO DE ESTUDIOS TROVATO (RAMOS MEJÍA)
 - CENTRO DE OJOS LOMAS (LOMAS DE ZAMORA)
 - CENTRO DE SALUD NORTE OLIVOS – ROPHE (MUNRO)
 - CENTRO DE SALUD NORTE ROPHE S.A. (VILLA ADELINA)
 - CENTRO MÉDICO DE REHABILITACIÓN LA HORQUETA (SAN ISIDRO)
 - CENTRO MÉDICO ESPORA S.A. (RAMOS MEJÍA)
 - CENTRO MÉDICO NEUROPSIQUIÁTRICO PRIVADO S.A. (ADROGUÉ)
 - CENTRO MÉDICO TALAR (EL TALAR PACHECO)
 - CLÍNICA ANGELUS (SAN ISIDRO)
 - CLÍNICA BOEDO S.R.L. (LOMAS DE ZAMORA)
 - CLÍNICA CALCHAQUÍ 19 DE ENERO (QUILMES)
 - CLÍNICA CRUZ BLANCA – LANÚS (LANÚS)
 - CLÍNICA DEL NIÑO DE QUILMES S.A. (QUILMES)
 - CLÍNICA DIM RIVADAVIA S.A.
 - CLÍNICA ESPORA (ADROGUÉ)
 - CLÍNICA ESTRADA (R. DE ESCALADA)
 - CLÍNICA GÜEMES S.A. (LUJÁN)
 - CLÍNICA IMA S.A. (ADROGUÉ)
 - CLÍNICA MODELO LANÚS (LANÚS)

- CLÍNICA MODELO DE MORÓN (MORÓN)
 - CLÍNICA OLIVOS (V. LÓPEZ)
 - CLÍNICA PRIVADA DEL BUEN PASTOR (L. DEL MIRADOR)
 - CLÍNICA PRIVADA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA SAN MARTÍN (BERAZATEGUI)
 - CLÍNICA PRIVADA FÁTIMA S.A. (ESCOBAR)-
 - CLÍNICA PRIVADA MONTE GRANDE S.A. (MONTE GRANDE)
 - CLÍNICA PRIVADA RANELAGH S.A. (RANELAGH)
 - DIAGNÓSTICO INTEGRAL MORÓN DIMO SRL (MORÓN)
 - DIAGNÓSTICO MAIPÚ POR IMÁGENES S.A. (V. LÓPEZ)
 - DIRM S.A. CLÍNICA PRIVADA (R. MEJÍA)
 - FLENI ESCOBAR (ESCOBAR)
 - FUNDACIÓN CIENTÍFICA DEL SUR (L. DE ZAMORA)
 - HOSPITAL PRIVADA MARIANO MORENO (MORENO)
 - HOSPITAL PRIVADO MODELO S.A. (V. LÓPEZ)
 - HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (PILAR)
 - INSTITUTO MÉDICO AGÜERO (MORÓN)
 - INSTITUTO MÉDICO DE OJOS S.A. (VILLA BALLESTER)
 - INSTITUTO MÉDICO MODELO S.A. (FRANCISCO SOLANO)
 - INSTITUTO PEDIÁTRICO CASTELAR S.R.L. (CASTELAR)
 - LABORATORIO HIDALGO S.A. (MARTÍNEZ)
 - LABORATORIO SCHMUKLER (FLORIDA)
 - PRESTACIONES MÉDICAS PILAR (PILAR)
 - SANATORIO AMTA (CIUDADELA)
 - SANATORIO BERNAL S.R.L. (BERNAL)
 - SANATORIO CORPORACIÓN MÉDICA GRAL. SAN MARTÍN (SAN MARTÍN)
 - SANATORIO CHACABUCO – PRESTADORES DEL SUR (BANFIELD)
 - SANATORIO DE LA TRINIDAD (SAN ISIDRO)
 - SANATORIO GENERAL SARMIENTO – CLÍNICA PRIVADA (SAN MIGUEL)
 - SANATORIO ITOIZ (AVELLANEDA)
 - SANATORIO JUNCAL (TEMPERLEY)
 - SANATORIO LAS LOMAS (SAN ISIDRO)
 - SANATORIO MODELO ADROGUÉ S.A. (ADROGUÉ)
 - SANATORIO MODELO BURZACO S.A. (BURZACO)
 - SANATORIO MODELO DE CASEROS (CASEROS)
 - SANATORIO MODELO QUILMES S.A. (QUILMES)
 - SANATORIO NTRA. SRA. DEL PILAR (CIUDADELA)
 - SANATORIO SAN LUCAS (SAN ISIDRO)
 - SANATORIO SAN MIGUEL DE SERVICIOS
 - SANATORIO URQUIZA (QUILMES)
 - TEAM PEDIÁTRICO SRL (SAN ISIDRO)
 - VITAE CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SAN MARTÍN)

// DATO

MÁS DE
75.000
TRABAJADORES



MÁS DE
311
INSTITUCIONES DE SALUD



MÁS DE
20.000
CAMAS



PCIA. DE BUENOS AIRES

- CLÍNICA LA PEQUEÑA FAMILIA (JUNÍN)
- CLÍNICA PERGAMINO S.A. (PERGAMINO)
- FUNDACIÓN MÉDICA DE MAR DEL PLATA (MAR DEL PLATA)
- HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA (LA PLATA)
- HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA (LA PLATA)
- INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (LA PLATA)
- IPENSA (INST. PRIVADO CLÍNICO QUIRÚRGICO DE DIAG. Y TRAT. S.A)
- SANATORIO OSPREM DE SAMI BARADERO (BARADERO)

PCIA. DE CATAMARCA

- SANATORIO PASTEUR S.A (CATAMARCA)

PCIA. DE CÓRDOBA

- ACONCAGUA SANATORIO PRIVADO (CÓRDOBA)
- CENTRO PRIVADO DE OJOS ROMAGOSA S.A. (CÓRDOBA)
- CLÍNICA PRIVADA S.R.L. (VILLA DOLORES)
- CLÍNICA PRIVADA S.R.L. DE GRAL. DEHEZA (GRAL. DEHEZA)
- HOSPITAL PRIVADO CENTRO MÉDICO DE CÓRDOBA
- INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA PRIVADO S.R.L. (CÓRDOBA)
- IPEM – DIAVERUM S.A. (CÓRDOBA)
- SANATORIO ALLENDE (CÓRDOBA)
- SANATORIO DIQUECITO S.A. (CÓRDOBA)
- SANATORIO PRIVADO CAROYA SRL (CÓRDOBA)
- SOCIEDAD DE BENEFICENCIA HOSPITAL ITALIANO (CÓRDOBA)

PCIA. DE CORRIENTES

- UNIDAD RENAL CORRIENTES S.R.L. (CORRIENTES)

PCIA. DE CHUBUT

- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SOCORROS MUTUOS (COMODORO RIVADAVIA)
- CLÍNICA DEL VALLE (COMODORO RIVADAVIA)
- SEDIAL CENTRO DE NEFROLOGÍA Y DIÁLISIS S.A (TRELEW)

PCIA. DE ENTRE RÍOS

- CLÍNICA DE OJOS DR. RAZZARI S.R.L. (CONCORDIA)
- CLÍNICA DE OJOS DR. RAZZARI (CONCORDIA)
- CLÍNICA MODELO S.A. (PARANÁ)
- CLÍNICA PARQUE (CRESPO)

- CLÍNICA URUGUAY SRL (CONCEP. DEL URUGUAY)

- COOPERATIVA MÉDICA URUGUAY (CONCEP. DEL URUGUAY)
- SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA (ENTRE RÍOS)

PCIA. DE JUJUY

- INSTITUTO DE UROLOGÍA Y NEFROLOGÍA S.A. (JUJUY)
- SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO S.A. (JUJUY)
- SANATORIO Y CLÍNICA LAVALLE SRL (JUJUY)

PCIA. DE LA RIOJA

- SANATORIO RIOJA S.A. (LA RIOJA)

PCIA. DE MENDOZA

- CEDIMAI S.A. (MENDOZA)
- DIAVERUM ARGENTINA (MENDOZA)
- SANATORIO ARGENTINO (SAN MARTÍN)
- CLÍNICA DE CUYO S.A. (MENDOZA)

PCIA. DE MISIONES

- INSTITUTO PRIVADO DE NEFROLOGÍA (POSADAS)
- SANATORIO ADVENTISTA DEL NORESTE ARG. (POSADAS)
- SANATORIO POSADAS S.A. (POSADAS)
- POLICLÍNICO BERTOLDI (OBERÁ)

PCIA. DE NEUQUÉN

- CLÍNICA PASTEUR S.A. (NEUQUÉN)
- CONSULTORIOS INTEGRALES SAN LUCAS S.A. (NEUQUÉN)
- POLICLÍNICO NEUQUÉN S.A. (NEUQUÉN)
- SANATORIO PLAZA HUINCUL (NEUQUÉN)

PCIA. DE RÍO NEGRO

- CENTRO PATAGÓNICO DE NEFROLOGÍA Y HEMODIÁLISIS S.A. (VIEDMA)
- INSTITUTO MATERNO INFANTIL S.R.L. (BARILOCHE)
- POLICLÍNICO MODELO DE CIPOLLETTI (CIPOLLETTI)
- SANATORIO DEL SOL (BARILOCHE)
- SANATORIO SAN CARLOS (BARILOCHE)

PCIA. DE SALTA

- INSTITUTO CENESA (SALTA)
- CLÍNICA SANATORIO EL CARMEN (SALTA)
- HOSPITAL PRIVADO SANTA CLARA DE ASÍS S.A. (SALTA)
- SANATORIO PARQUE (SALTA)

PCIA. DE SAN JUAN

- CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS S.R.L. (SAN JUAN)

PCIA. DE SAN LUIS

- SANATORIO RAMOS MEJÍA (SAN LUIS)
- CLÍNICA PRIVADA ITALIA (SAN LUIS)

PCIA. DE SANTA CRUZ

- CENTRO PATAGÓNICO NEFROLOGÍA Y HEMODIÁLISIS S.A. (RÍO GALLEGOS)
- POLICLÍNICO DEL ATLÁTICO SUR DE MEDISUR S.A. (RÍO GALLEGOS)
- CENTRO MÉDICO SANTA CRUZ (GALETA OLIVA)

PCIA. DE SANTA FE

- CLÍNICA CENTRO S.A. (SANTA FE)
- CLÍNICA IMPAR (ROSARIO)
- INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO S.A. (ROSARIO)
- INSTITUTO INTEGRAL DE NEFROLOGÍA S.A. (SANTA FE)
- SANATORIO AMERICANO S.R.L. (SANTA FE)
- SANATORIO DE LA MUJER (ROSARIO)
- SANATORIO DE NIÑOS S.A. (ROSARIO)
- SANATORIO GARAY S.A. (SANTA FE)
- SANATORIO GRAL. GÜEMES
- SANATORIO LOS ARROYOS (ROSARIO)
- SANATORIO MAYO S.A. (SANTA FE)
- SANATORIO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SANTA FE)
- SANATORIO PARQUE S.A. (ROSARIO)
- SANATORIO RECONQUISTA S.A. (RECONQUISTA)
- SERVICIOS MÉDICOS S.M. – SANTO TOMÉ (SANTA FE)
- TIHEGA S.A. (SANTA FE)

PCIA. DE TIERRA DEL FUEGO

- C.E.M.E.P. – CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS PRIVADAS S.R.L.

PCIA. DE TUCUMÁN

- CENTRO DEL RIÑÓN Y DIÁLISIS S.A. (TUCUMÁN)
- SANATORIO 9 DE JULIO S.A. (TUCUMÁN)

ES BUENO TENERTE



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet www.buenosaires.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de trasposos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar - R.N.O.S. 4-0080-0. R.N.E.M.P. (Prov.) 1408. - La imagen de la figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.



VANGUARDIA EN DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Director Médico: **Prof. Dr. Ricardo F. Román**

Institución afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires



Sistema de Gestión de la Calidad
Certificado por BSI
Norma ISO 9001:2008



Mínima dosis de radiación:
cuidamos a nuestros pacientes,
cuidamos al medio ambiente.

Diagnóstico
por imágenes

Quirófano

Consultorios
Externos

UTI / UCO

**SU
SOLUCIÓN
EN EQUIPAMIENTO
MÉDICO HOSPITALARIO**

Contamos con tecnología de avanzada para equipar su institución.
Más de 17 años de experiencia nos avalan.

mindray **Welch** **Allyn** **HITACHI**  **SonoSite**  **esaote**

Consúltenos

0810 - 333 - 8273

www.tecnoimagen.com.ar