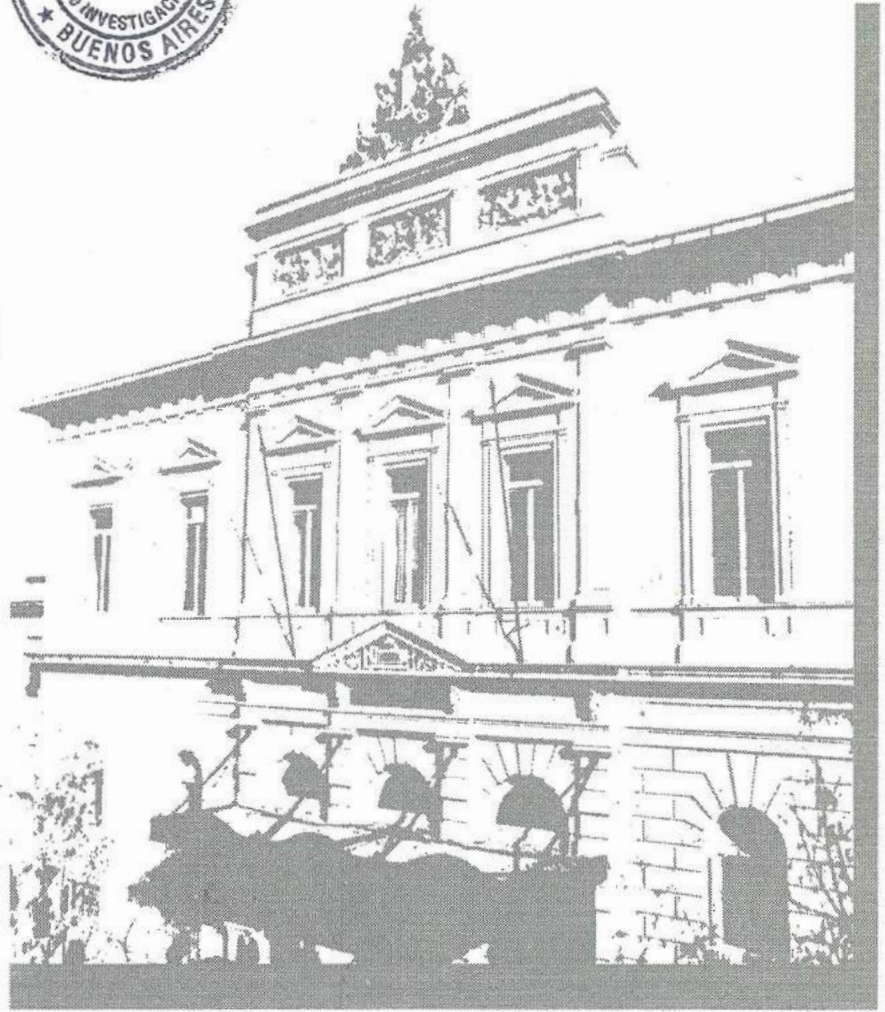




ISSN 0328-5383

NEXO

Revista del
HOSPITAL
ITALIANO
de
Buenos Aires.



Volumen XVIII

Número 3

Diciembre 1998

ÍNDICE

Editorial	64
Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad. Parte I	65
Cetrángolo O. y Devoto F.	
Ateneo radiológico	77
San Román J. y col.	
Enfisema subcutáneo cérvico-facial y mediastinal post-extracción dentaria	81
Meli F.I. y col.	
Insuficiencia hepática. Técnicas de soporte. Prefacio	85
Fustiñana C.A.	
Insuficiencia hepática. Técnicas de soporte	86
Hyon S.H.	





Fiesta Nacional
del Dorado



PASO DE LA PATRIA
(Ctes.) ARGENTINA
21 AGOSTO 1965



15 MAR. AL 15 ABR. 1965
ARGENTINA



CORREO ARGENTINO

El Correo

El
costo
postal
más bajo
del país.

\$ 0,75

**Fe de erratas: Nexso Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires
1998; 18 (3): p. 87, Figuras 1 y 2.**

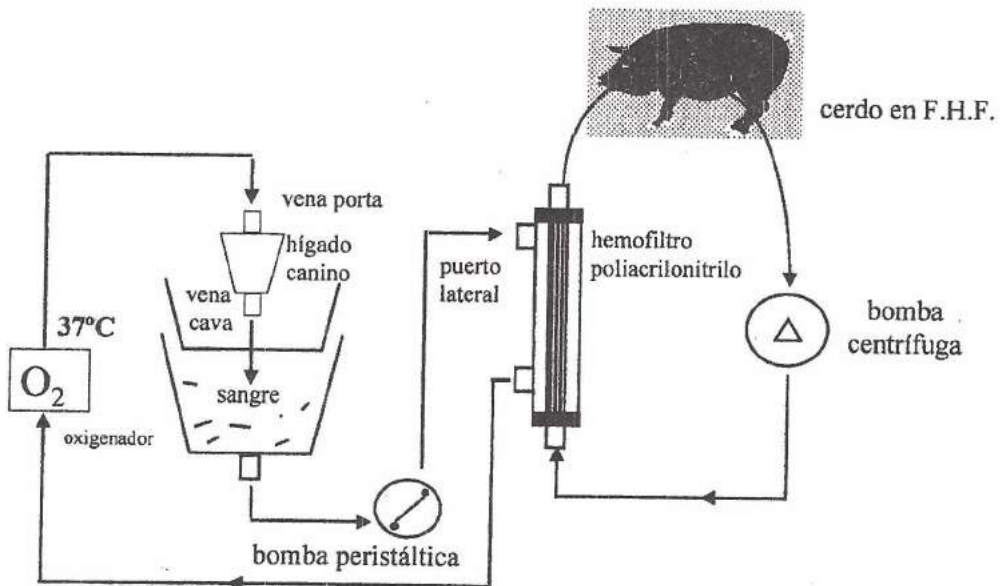


Figura 1. Cerdo en falla hepática fulminante (F.H.F).
Sostén con hígado auxiliar canino e interposición de un hemofiltro.

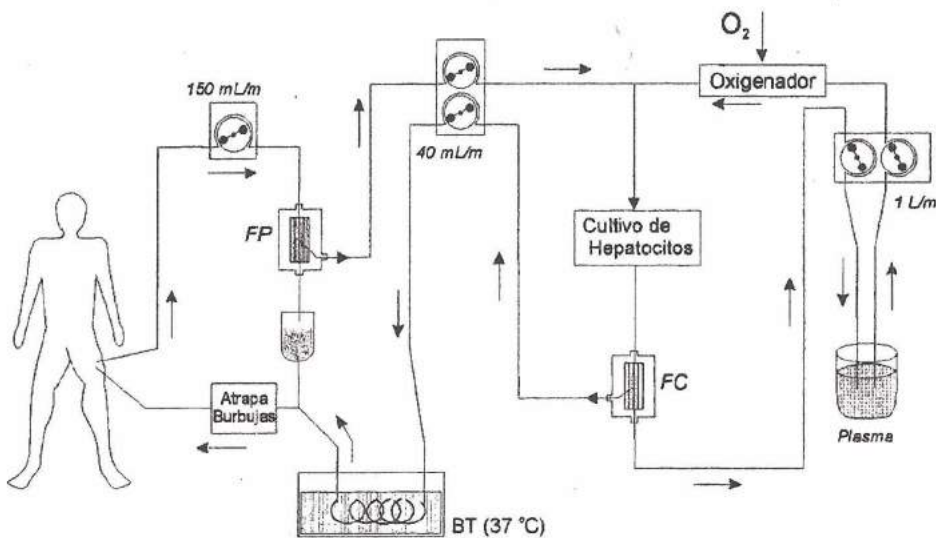


Fig.2. Hígado BioArtificial con biorreactor de hepatocitos en cultivo.
FP, filtro de plasmáfesis; FC, filtro celular; BT, baño termorregulador.

NEXO

Revista del HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires

Director:

Dr. Carlos Fustiñana

Comité Editorial:

Lic. Norma Caffaro de Hernández;
Dr. José María Lastiri, Dr. Sung Ho Hyon,
Bibliotecaria María del Rosario Revello,
Dr. Herman Schargrodsky, Dr. Mario Sebastiani
Dr. Carlos Vaccaro

Consejo Editorial:

Dres.: Pablo F. Argibay, Enrique M. Beveraggi,
Arturo Cagide, Luis J. Catoggio,
José M. Ceriani Cernadas, Juan A. De Paula,
Francisco Eleta, Gunther Fromm,
Roberto Kaplan, Ricardo Mastai,
Marcelo Mayorga, Domingo Múscolo,
Titania Pasqualini, Mario Perman,
Juan C. Puigdevall, José Ramirez,
Adolfo Rubinstein, Enrique R. Soriano,
Jorge Sívori, José Tessler

**DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E
INVESTIGACION****Jefe:**

Dr. Enrique S. Caruso

Sub - Jefe:

Lic. Norma Caffaro de Hernández

Corrección de textos:

Mariana Rapoport

Editor Responsable:

Publicación del Departamento de Docencia e
Investigación del Hospital Italiano de Buenos
Aires, Gascón 450 (1181) Capital Federal.

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Director:

Dr. Jorge Sívori

Vicedirector:

Dr. Héctor Marchitelli

Vicedirector Administrativo:

Dr. Pablo Pedro Zavaglia

Directores Honorarios:

Dr. Francisco Loyúdice, Dr. Enrique M. Beveraggi

**CONSEJO DIRECTIVO
EJERCICIO 1997/1998****Presidente:**

Sr. Antonio Macri

Vicepresidente Primero:

Ing. Juan Mosca

Vicepresidente Segundo:

Ing. Franco A. Livini

Consejeros:

Sr. Roberto Baccanelli, Dr. Enrique M. Beveraggi,
Sr. Alfredo Biasutto, Sr. Domingo Cutuli,
Ing. Roberto Chioccarelli, Ing. Bartolo Denaro,
Dr. Raúl Droznes, Dr. Arturo Lisdero,
Sr. Jorge Macri, Dr. Agustín O.F. Rocca,
y Sr. Eduardo D. Tarditi

Revisores de Cuentas**Titulares:**

Dr. Eduardo Cariglino, Dr. Ricardo J. Demattei,
Dr. Santos O. Sarnari

Suplentes:

Dr. Orlando H. Laratro, Dr. Jorge O. Puricelli

Esta publicación no puede ser reproducida
o transmitida, total o parcialmente,
sin el permiso del editor y de los autores.



EDICIONES
INSTITUCIONALES

Curupaligüe 60 - 1° "A"
(1406) Buenos Aires.
Tel. 631-1214
Telefax: 633-8958

El crecimiento constante de los gastos en salud constituye uno de los grandes problemas de todos los gobiernos del mundo y de las organizaciones supranacionales como la OPS y la OMS; además, este hecho se ve a veces agravado por la mala distribución de los mismos.

La Argentina no constituye una excepción. Con un gasto de aproximadamente el 7% del PBI, que representan \$ 650 (dólares) per capita (el más alto de Latinoamérica), más del 30% de la población no está cubierta por la seguridad social y se atiende en los Hospitales y centros asistenciales públicos (nacionales, provinciales o municipales). Por otra parte, algunos de nuestros índices en salud, por ejemplo el de mortalidad infantil, no son los mejores de la región, lo que significaría un uso no racional de los recursos.

*En este panorama, resulta altamente significativo que el Departamento de Pediatría haya invitado para disertar en uno de sus jerarquizados Ateneos, en homenaje al Dr. Carlos Giannantonio, al Lic. Oscar Cetrángolo sobre el tema "Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad" y que hoy se publica en **Nexo Revista del Hospital Italiano**.*

Creemos que todos los integrantes del grupo de salud nos enriqueceremos con la lectura y debate de tan importante trabajo. Convencidos además, que temas de esta trascendencia nos ayudarán a cambiar actitudes, racionalizar nuestros gastos y mejorar resultados.

Dr. Enrique M. Beveraggi

Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad¹.

Parte I

Oscar Cetrángolo* y Florencia Devoto**

INTRODUCCION

A lo largo de las últimas dos décadas, el sistema de salud argentino debió enfrentar las diversas manifestaciones de un largo proceso de crisis que, paulatinamente, obligaron a reformular su modalidad de financiamiento y provisión. Desde principios de los años noventa el gobierno nacional comenzó a definir una nueva organización sectorial. En general, el debate sobre las medidas propuestas ha girado en torno a los efectos de la introducción de diferentes mecanismos de libre elección sobre la eficiencia de los mercados de la salud.

No obstante, dado el impacto que las medidas implementadas tienen sobre la distribución de la cobertura y la incidencia distributiva de su financiamiento, llama la atención la ausencia de debates en esta dirección. Precisamente, este trabajo propone una evaluación de la orientación que está tomando la reforma del sistema de salud argentino poniendo el acento sobre su impacto en la equidad de su provisión y financiamiento. Debe tenerse en cuenta que dada la importancia del sector privado en la provisión de la salud y su interacción con los segmentos público y de la seguridad social, los diferentes sectores interesados impulsaron cambios en el funcionamiento de este mercado (con un fuerte impacto sobre la equidad) con independencia del marco regulatorio diseñado por el estado, marcando las limitaciones de un estudio enfocado exclusivamente en las modificaciones normativas.

Hemos decidido comenzar por una rápida revisión de algunos aspectos conceptuales que surgen de la literatura especializada en esta temática, revisando los principales enfoques con que se estudia

la equidad en los sistemas de salud. Como se verá, se diferencian tres posiciones "básicas": la de aquellos que sostienen que la cobertura debiera estar definida exclusivamente por el funcionamiento de los mercados, posición libertaria "extrema"; la de los defensores de un derecho a un "estándar mínimo" de servicios de salud, posición libertaria "moderada", y, finalmente, el enfoque de aquellos que sostienen que la salud es un derecho de todos los individuos, posición "igualitaria". Se verá que los sistemas de salud definidos en cada sociedad adoptan posiciones intermedias (o híbridas) entre los diferentes enfoques "básicos".

Teniendo en cuenta esto último, en la tercera sección se intenta una caracterización del sistema de salud argentino antes del último proceso de reforma, y se revisarán los aspectos más generales que lo han definido como un "sistema de solidaridad fragmentada". La cobertura que brinda el sector público es diferente según la jurisdicción donde reside cada persona; el sistema de obras sociales ofrece servicios de diferente alcance y calidad dependiendo de la rama de actividad en que se desempeñe el trabajador, y, finalmente, el desarrollo del subsector privado ha sido variable en cada localidad, dependiendo del funcionamiento de los otros dos subsectores.

En la segunda parte del trabajo se ofrecerá una descripción de los cambios y reformas que afectaron los rasgos solidarios característicos del sistema. Específicamente se tendrá en cuenta el proceso de descentralización del financiamiento y provisión de servicios para el cuidado de la salud del sector público, incluyendo los llamados "hospitales de autogestión";

1. Esta es una versión adaptada del Estudio No 27 publicado por el Centro de Estudios para el Cambio Estructural (CECE). En el número siguiente se publicará la segunda parte del mismo. Los autores agradecen los valiosos comentarios y sugerencias de Ricardo Carciofi, Laura Delfino, Laura Golberg, Laura Gilbert, Jorge Lucángeli, Juan V. Sourrouille y Daniel Vega.

* Investigador del Centro de Estudios para el Cambio.

** Asesora.

las reformas en el sistema de obras sociales tendientes a promover los mecanismos de mercado, y los intentos de regulación del subsector privado. Teniendo en cuenta que el subsector de la seguridad social, en los últimos años, ha sido objeto de la mayor parte de los debates y de los cambios normativos, se tratarán con mayor profundidad las políticas dirigidas a la desregulación de las obras sociales.

Habiendo definido, con cierto grado de abstracción, las características salientes del sistema argentino de salud hacia mediados de los ochenta y revisado las reformas impulsadas por el gobierno desde principios de los años noventa, en la última sección de la segunda parte se intentará una evaluación de las mismas, considerando, especialmente, la manera en que han afectado el esquema de solidaridad preexistente. Esta evaluación deberá contener alguna especulación sobre la respuesta que las diferentes reformas generan en el comportamiento de los agentes.

Resulta inevitable presentar una aclaración sobre el objetivo y alcances del trabajo. Si bien existen bibliografía y experiencia internacional suficientes acerca de la ineficiente asignación de recursos en el mercado de salud, se siguen escuchando voces que despiertan expectativas sobre mejoras en la eficiencia a través del libre juego de oferta y demanda y entienden que este es el camino a seguir para conseguir avances en materia de equidad. Se repasarán brevemente los argumentos acerca de la ineficiente asignación de recursos en el mercado de salud.

EQUIDAD EN LA PROVISION Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Como se ha afirmado en la introducción, este trabajo se centra en el estudio del impacto sobre la equidad de las últimas reformas del sistema argentino. El punto de partida de cualquier estudio sobre la incidencia de las prestaciones de salud en una determinada sociedad debe ser el reconocimiento acerca de las dificultades en lograr consenso sobre la equidad deseada del sistema en su conjunto. La re-

ferencia a la equidad remite a juicios de valor que prevalecen en cada sociedad y que, aun en términos de su elección mayoritaria, van cambiando a lo largo del tiempo. No es nuestra intención sortear estos problemas sino brindar un abordaje que permita comprender el rumbo actual de las reformas y discutir sus posibles alternativas.

En los polos del debate teórico sobre la cuestión se encuentran, por un lado, la posición de aquellos que entienden que la utilización de las prestaciones de la salud no debe ser objeto de elección individual ni depender de la situación económica de cada familia ("igualitaria") y, por otro lado, la de aquellos que entienden que cada uno debiera consumir los servicios de salud que puede y quiere adquirir ("libertaria extrema"). Puesto en estos términos, si bien hay numerosos defensores de la primera posición, es difícil encontrar quienes defiendan la segunda de ellas de manera extrema. Como una alternativa a la segunda postura se encuentran aquellos que defienden el derecho a un conjunto mínimo de prestaciones ("libertaria moderada")².

Los que sostienen una posición igualitaria afirman que la salud es un derecho de todos los individuos. Lo importante es tender a que todos alcancen un estado de salud similar, posición que podría provenir de una teoría social construida alrededor de la noción de *distribución acorde a la necesidad*³. Ello se manifiesta en los objetivos de la política pública de alcanzar un igual acceso para todos y brindar tratamiento similar para los que tienen las mismas necesidades, con independencia de sus ingresos y de otros aspectos de su condición⁴. Según este enfoque, la distribución del cuidado médico debería ser independiente de la distribución de renta, riqueza o cualquier otra forma de poder económico o político. La idea que sustenta esta posición es que cada sociedad debe definir, a través de su sistema político, que la salud es un bien diferente de otros que se comercian, y cuya distribución debiera ser independiente de las preferencias de los individuos manifestadas en el mercado mediante el mecanismo de precios. A este tipo de bienes se los denomina "meritorios"⁵.

2. La presentación de las posiciones alternativas sigue la clasificación ofrecida por Wagstaff y otros (1989).

3. Véase Culyer, A. (1980), *The Political Economy of Social Policy*, Martin Robertson, Oxford, citado por Wagstaff y otros (1989).

4. Los igualitarios han discutido ampliamente la definición de igualdad en la provisión de servicios de salud. Las tres definiciones comúnmente utilizadas son: igual tratamiento ante igual necesidad, igualdad de acceso e igual salud. Para una discusión acerca de las diferencias entre igualdad y equidad, y sus formas de medición, véase Musgrove (1983).

5. Martins, J. y Dunlop, D. (1995), p. 190. Un claro ejemplo de adopción de este criterio se presenta en la Constitución de Brasil de 1988; en su artículo 196 establece que "La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a una reducción del riesgo de enfermedad y de otros agravios, y un acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación". A diferencia de ello, en Argentina, el derecho al acceso universal a la atención de la salud no es incorporado en la Constitución. Se nota una diferencia de tratamiento con relación a la educación (y aún de la vivienda).

Sin embargo, este enfoque requiere considerar otros aspectos relacionados al estado de salud que alcanzan los individuos, y que no son necesariamente los servicios de salud a los que cada individuo puede acceder. En muchos casos, la existencia de un sistema universal de provisión de servicios de salud no es suficiente para lograr una salud similar entre los individuos de una sociedad. Por ejemplo, un estudio sobre Suecia ha demostrado que a pesar de que los servicios de salud son financiados por impuestos y se encuentran disponibles para toda la población sin carga adicional alguna, la diferencia entre el estado de salud de las clases alta y media y la clase baja aumenta en vez de disminuir. Se observa que el estado de salud se encuentra relacionado con otros factores como la vivienda, educación, nutrición, empleo, etc.; factores que en las clases bajas presentan importantes deficiencias. Estos elementos deben ser tenidos en cuenta al diseñar políticas orientadas al sector y evaluar su incidencia sobre la equidad⁶.

En cambio, considerando que la posición anterior podría afectar las libertades de los individuos al estar predeterminado el acceso al sistema de salud, la visión "libertaria extrema" defiende la idea de que cada individuo debe recibir la atención que pueda y esté dispuesto a adquirir. Para ello confía

en la libre operación de los mecanismos de mercado como forma más adecuada de proveer a la atención de la salud. Al otorgar igual importancia a las ganancias y pérdidas de bienestar de los distintos individuos acepta que el consumo de servicios de salud de cada uno de ellos se realice de acuerdo con sus preferencias y posibilidades⁷. El mejor estado de la sociedad será, entonces, aquel en que la suma de las utilidades sea máxima.

Como un matiz de este último enfoque, la posición "libertaria moderada" considera que la equidad de un sistema de salud dependerá de que se asegure a todos un nivel mínimo de prestaciones. Más allá de ese mínimo, cada individuo tendrá libertad para aumentar el uso de los servicios de salud en función a su capacidad económica y sus preferencias, manifestadas en el mercado⁸.

La presentación de estas posiciones paradigmáticas intenta ordenar el análisis de la provisión y financiamiento de la salud en relación con la equidad⁹. Antes de pasar a graficar simplificada cada una de las posturas presentadas, se realizará un breve comentario sobre la ineficiencia en la asignación de recursos del mercado de salud, a pesar de no ser el objetivo del presente documento.

Como surge de los párrafos anteriores, los diferentes matices de la posición libertaria suponen que

6. El estudio referido en el texto fue realizado por el investigador sueco Goran Dahlgren y citado en Saltman (1997). Puede observarse que la definición del espacio en que se defiende la equidad genera posturas de naturaleza muy distinta. Siguiendo a Sen, toda teoría defiende la igualdad en algún espacio específico. La pregunta a hacer sería ¿equidad de qué?, tornándose inútil preguntarse por la equidad en sí, ya que toda teoría demanda la equidad de algo, en este caso: el igual tratamiento de algún aspecto de los seres humanos. Similarmente, es importante reconocer que una evaluación de cada teoría centrada solamente en el espacio en que la equidad es defendida tiene sus limitaciones ya que la existencia de un acuerdo en torno a la definición de equidad puede conducir a desigualdades en los aspectos que esa definición no incluye. Véase Sen (1992), en especial su capítulo 1.

7. Esta posición es defendida por Engelhardt, para quien la intervención estatal atenta contra el derecho de cada uno a disponer de su persona y bienes. Esta tesis, a su vez, sigue la teoría de la justicia de Nozick. Véase Bertomeu y Vidiella (1996).

8. Existen diversas posturas respecto a la teoría de justicia de la que se deriva este enfoque. Algunos autores han interpretado que el enfoque del estándar mínimo podría derivarse de la teoría de justicia de Rawls. Su extrema preocupación por la mejora del bienestar de los más necesitados y la defensa de asegurar un conjunto de bienes primarios para que todos los individuos se encuentren en iguales condiciones de perseguir su bienestar, ha llevado a interpretar, para el diseño de sistemas de salud, que asegurando un conjunto mínimo de prestaciones cada cual se encontraría en igualdad de condiciones para desarrollarse y

lograr su bienestar, y, de esta manera, acceder de forma privada a los servicios adicionales de salud que necesite. Otro grupo de autores se basa en el segundo principio de justicia de Rawls para afirmar que la salud es un derecho de los individuos. Rawls afirma que el ordenamiento de las instituciones básicas de una sociedad justa requiere la igualdad de oportunidades para todos los individuos respecto a trabajos, cargos y funciones. Este ordenamiento debe garantizar que se reviertan las desigualdades económicas y sociales a que están sometidos todos los individuos, beneficiando sobre todo a los más carenciados. Para otro grupo de autores, la salud estaría considerada dentro del conjunto de bienes primarios que ayudan a garantizar la igualdad de oportunidades (Bertomeu, Vidiella, 1996). Esta visión ha sido criticada duramente por Sen, para el cual, sólo las capacidades, la habilidad real de los individuos para lograr funcionamientos valiosos para la vida, son las que aseguran la igualdad de los individuos para perseguir su bienestar (Sen, 1992).

9. Desde otra visión, también podría señalarse la diferencia entre equidad horizontal y vertical, tanto en relación con el financiamiento como con la provisión de salud. En el tema de la financiación, la equidad horizontal supone que todos los individuos que son iguales deben realizar pagos similares. La equidad vertical por su parte, supone que el pago de la asistencia sanitaria debe ser proporcional a los recursos de cada individuo o familia. En el tema de la provisión, la equidad horizontal supone que los individuos en igual condición o con igual necesidad deben ser provistos de iguales servicios de salud. La equidad vertical supone que aquellos más enfermos o más necesitados deberían recibir mayor atención.

el libre funcionamiento del mercado, al dejar gran parte de la provisión en sus manos, puede asegurar una buena asignación de recursos o mejorarla respecto de cualquier sistema en que el Estado tenga una función reguladora importante. Sin embargo, existen abundante bibliografía y experiencia internacional que afirman que este mercado define una asignación ineficiente. A continuación se exponen algunos de estos argumentos.

Es sabido que para que los mercados competitivos generen situaciones óptimas en materia de eficiencia debe tratarse de productos homogéneos, los diferentes agentes deben poder acceder a buena información acerca de aquellos, no deben presentarse externalidades y no se deben presentar importantes economías de escala con el objeto de que no existan agentes con un poder dominante en el mercado. Precisamente, el mercado de la salud es un ejemplo típico en donde este tipo de condiciones no se comprueba. En primer lugar, la consulta médica a un profesional es cualitativamente incomparable con la realizada a otro profesional, de tal manera que suele suceder que el paciente considere al precio como un indicador de calidad¹⁰. En segundo lugar, la información que tiene un médico sobre las ventajas y características de un determinado tratamiento recomendado a un paciente difiere sustancialmente de la información que tiene éste último. En realidad, el médico es, a la vez, un proveedor de información. Queda claro, entonces, que si un consumidor no sabe ni puede averiguar la diferencia entre un buen y un mal tratamiento no puede recorrer el mercado en busca de un mejor servicio y, en consecuencia, serán dudosas las ganancias en eficiencia derivadas de esa búsqueda. En tercer lugar, existen en el mercado de la salud externalidades macroeconómicas (asociadas, por ejemplo, con los beneficios de tener una población trabajadora sana que aumenta la producción y alumnos sanos que acceden a más horas de clase)

que se suman a las obvias externalidades producidas por el tratamiento de enfermedades contagiosas. En cuarto lugar, algunas prestaciones (interacción, cirugía y equipos de alta complejidad, entre otras) ofrecen claras ventajas de escala generando circunstancias propicias para la concentración del mercado. A su vez, otras prestaciones (campañas de prevención) no ofrecen posibilidad de exclusión a través de mecanismos de mercado, por lo que son considerados bienes públicos¹¹. Estas fallas del mercado de la salud son de carácter estático. Adicionalmente, se deben considerar las fallas dinámicas. Nos referimos al hecho de que el funcionamiento de los mercados de la salud tienen componentes endógenos que derivan en el desarrollo de prácticas corporativas como mecanismo defensivo de los diferentes subsectores que componen la oferta frente a la eventual pérdida de rentabilidad¹².

Resulta difícil ofrecer aquí una presentación del fracaso del mercado de la salud en materia de eficiencia que supere las ya existentes. No obstante, llama la atención la continua aparición, en especial en el medio local, de propuestas de reforma que descansan sobre desmedidas expectativas en términos de mejoras en la eficiencia a partir de la introducción de mecanismos asignativos propios de la economía de mercado¹³. Debe aclararse que esos mecanismos no complementan sólo las posiciones libertarias. En efecto, también puede pensarse en el diseño de un sistema igualitario que descansa sobre las pretendidas bondades del mercado. Ello sucede cuando se decide la distribución de un bono de acceso a prestaciones de salud igual para todos, con el que cada ciudadano compra libremente esas prestaciones en el proveedor de su elección. Este es el mecanismo conocido como "subsidio de demanda".

No queremos decir que la libre elección por parte de los consumidores sea absolutamente perjudicial. Nuestra intención es aclarar, en cambio, que en este tipo de mercados imperfectos esta práctica

10. De acuerdo con Reder, existen dos razones que limitan la consideración del cuidado médico como si fuera cualquier otra mercancía. Por un lado, la presencia de discriminación de precios oscurece el significado de los conceptos "precio de mercado" y "unidad de producto". Por otra parte, la calidad del cuidado médico es un juicio de valor técnico-médico y no una referencia a patrones de consumo. Véase Reder (1969), p. 103.

11. Puede, asimismo, consultarse la presentación de las fallas en los mercados de la salud, por ejemplo, en Le Grand y otros (1992), capítulo 2; Stiglitz, J. (1992), *La economía del sector público*, Antoni Bosch editor, Barcelona, cap. 15; McGuire, A. y otros (1989), y Dunlop, D. y Martins, J. ed. (1995), *An International Assessment of Health Care Financing. Lessons for Developing Countries*, Economic Develop-

ment Institute of The World Bank, Washington. En este caso, se recomienda especialmente el artículo de cierre, a cargo de los editores.

12. Katz, J. (1995), "Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio", en *Desarrollo Económico*, No. 138, Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires.

13. Una explicación de este fenómeno, que no deberá dejar de ser tomado en cuenta, es la gran simplicidad de las recomendaciones de lo que se ha dado en llamar el "Consenso de Washington". Como Stiglitz ha afirmado recientemente, ello permite ofrecer recomendaciones de política partiendo de un marco analítico sumamente sencillo, dejando de lado, por supuesto, las complejidades de cada situación particular. Véase Stiglitz (1998).

no tiene los efectos en materia de eficiencia que sí se observan en otros mercados, como lo demuestra, por otra parte, la experiencia internacional. Precisamente, en un intento de presentar un marco teórico por abordar el tema de un seminario organizado por el Banco Mundial en 1990, William Hsiao concluyó que:

*“los países en desarrollo pueden aprender que el control de los gastos en salud al tiempo que se provee cobertura universal e igual acceso al cuidado de la salud no ha sido logrado a través de los mecanismos del mercado en los países más poderosos”*¹⁴.

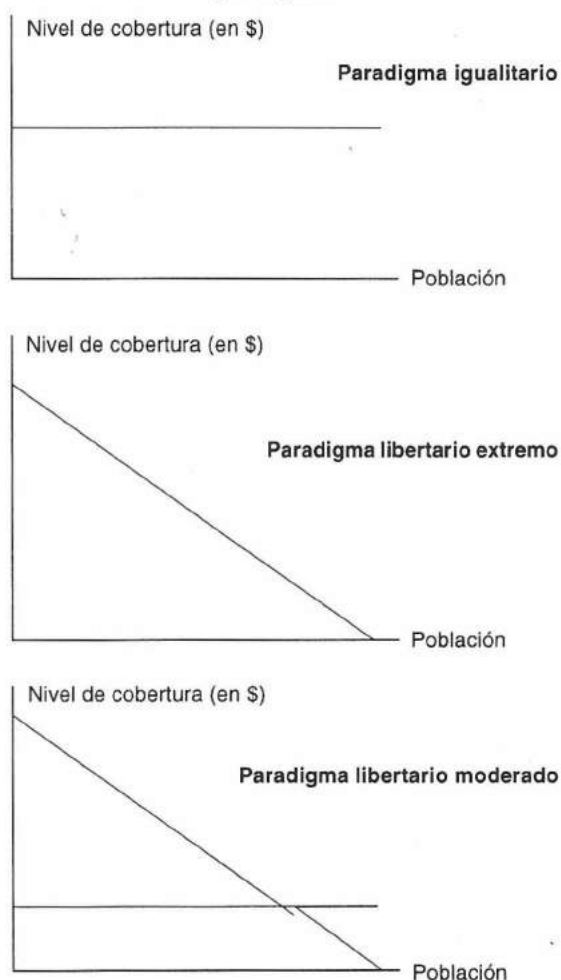
Volviendo al tema que nos ocupa, de manera simplificada se podría mostrar la diferente distribución de la cobertura de salud bajo cada uno de los tres paradigmas enunciados, mediante la utilización de una visión abstracta que supone la construcción del gráfico 1. Allí la población (ordenada de más rica a más pobre) recibe niveles de cobertura iguales, decrecientes o decrecientes hasta un nivel mínimo, de acuerdo con el paradigma adoptado¹⁵. Teniendo en cuenta que lo que nos interesa analizar aquí son las cuestiones distributivas, esa abstracción supone que la cobertura depende del nivel de ingresos y del sistema de salud adoptado y no de las necesidades de atención de los diferentes individuos, que se asume como constante.

Una de las características de este tipo de presentación es que la evaluación de la redistribución implícita en el esquema que defiende una cobertura mínima asegurada dependerá del nivel de esa cobertura. Ese paradigma aparece como un híbrido de los dos anteriores ya que la cobertura asegurada puede ser tan mínima que se acerque al esquema libertario o tan alta que llegue a confundirse con el paradigma igualitario. No obstante, la diferencia entre las posiciones de están-

dar mínimo e igualitaria son más profundas ya que aquella hace referencia a la necesidad de asegurar el financiamiento y la prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales focalizados en la población más necesitada¹⁶.

Las posiciones básicas antes mencionadas pueden matizarse y dar origen a concepciones distintas tanto en lo analítico como en aspectos de política pública, según el tratamiento de cada una de estas nociones específicas de la equidad. En la práctica, los sistemas de salud se organizan de acuerdo con esquemas que son intermedios entre los tres enunciados mencionados con anterioridad. Sin embargo puede argumentarse que, de manera simplificada, las características de cualquier sistema de salud responden en cada momento a una de las orientaciones presentadas¹⁷.

Gráfico 1
Distribución de la cobertura de acuerdo con diferentes paradigmas



14. Hsiao, W. (1995), "A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance", en Dunlop y Martins, (1995).

15. En el caso especial del esquema libertario extremo, al no haber sistema que organice la cobertura de salud, el nivel a que hace referencia el gráfico coincide con el de gasto por persona.

16. Banco Mundial (1993).

17. De acuerdo con Wagstaff y otros (1989), el sistema europeo y canadiense tienden a responder a un criterio igualitario de la salud, mientras que en los Estados Unidos estaría predominando un enfoque de cobertura mínima asegurada. Con relación a este último, Freire (1997) señala que uno de los más graves problemas de ese país es que más de 35 millones de personas no disponen de seguro sanitario alguno, a pesar de ser el país que gasta en salud el mayor porcentaje de producto. Véase Freire (1997), p. 10.

No debe olvidarse que el impacto del patrón de equidad adoptado dependerá, asimismo, del mecanismo de financiamiento que lo acompañe en cada caso. En lo referido al subsistema público, esta discusión remite a la definición del sistema tributario, cuestión que involucra consideraciones sumamente complejas. Basta mencionar que los estudios de incidencia tributaria han sido objeto de serios cuestionamientos tanto desde el punto de vista lógico como estadístico¹⁸.

Con relación a los sistemas de Seguridad Social, es muy rica la literatura en torno a la mejor forma de financiarlo, partiendo del entendimiento de que la incidencia de un tributo sobre la nómina salarial que financia prestaciones sociales depende de una variada gama de factores, entre los que revisten suma importancia, la definición de la cobertura de los servicios así financiados y la estructura de los mercados. En cambio, no es muy relevante la calificación de esos tributos como contribuciones patronales o aportes a cargo de los trabajadores. Precisamente, el comportamiento de la oferta y la demanda en un determinado mercado es mucho más importante para la determinación de la incidencia real de un tributo que la denominación formal del impuesto. Esta reflexión llama la atención sobre la necesidad de un análisis combinado, que tome en cuenta aspectos relacionados con la provisión y el financiamiento de manera conjunta. Por otra parte, la progresividad o regresividad de un impuesto sobre la nómina que financie alguna prestación de la Seguridad Social, no puede ser analizado con independencia de la distribución de esa prestación. En el caso que nos ocupa, si el trabajador percibe las prestaciones de su obra social como un salario en especie no debe analizarse la carga que financia el servicio como un impuesto¹⁹. En ese caso sería totalmente inequitativo que se financie el gasto de las obras sociales de los trabajadores y sus familias

con impuestos sobre el consumo que pagan también los desempleados sin cobertura de ese subsistema²⁰.

El trabajo que aquí se propone no intenta agotar el análisis del impacto sobre la equidad de la provisión y financiamiento de la salud en Argentina, tema que excede en mucho el que aquí se desarrolla, tanto por su complejidad analítica como por ausencia de información básica para llevar adelante ese estudio²¹. En cambio, en este documento se intentará una primera exploración acerca del impacto sobre la equidad de las últimas transformaciones de la modalidad de prestación en Argentina, considerándola de manera agregada y atendiendo tanto a su esquema de financiamiento como al patrón de acceso a los servicios.

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Configuración previa a las reformas

La provisión de salud en Argentina es cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Hacia principios de la década de los setenta, se había logrado consolidar institucionalmente un esquema de provisión de la salud a través del cual, con la concurrencia del sector público y un característico sistema de seguridad social, se pudo alcanzar una extensa cobertura. Con el desarrollo de las obras sociales (instituciones de salud de la seguridad social), el sistema fue adoptando como rasgo distintivo: el de su alto grado de fragmentación. A través de esas instituciones (surgidas tiempo atrás), los trabajadores trataron de introducir las bases de un sistema solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en que se organizaron. El aporte de cada trabajador a su obra social es función de sus in-

18. Para un mayor análisis de este aspecto, véase Carciofi y Cetrángolo (1994).

19. Se supone aquí que el trabajador recibe como prestaciones un nivel equivalente a la carga que soporta. Sin embargo, no debe olvidarse el costo asignativo de este tipo de regulación.

20. El desarrollo de este tema supera los alcances de esta presentación. Para un análisis más detallado véase López García (1987), Musgrave (1987), Brittain (1987), Feldstein (1987) y McLure (1987). En relación con el caso argentino, véase Cetrángolo, O. y Gómez Sabaini (1998).

21. Ciertamente, algunas de las cuestiones relacionadas con el impacto distributivo de la salud y otros componentes del gasto social son abordadas y cuantificadas en publicaciones de la Secretaría de Programación Económica (Flood y otros, 1994). No obstante, como es reconocido por sus autores: "La falta de

información ha sido uno de los principales problemas y, por ello, en muchos temas hemos recurrido a encuestas y consultas a entidades públicas y privadas, en busca de criterios y elementos básicos para realizar las estimaciones. Por lo tanto, la información es confiable hasta que se obtengan datos más completos, ajustados y definitivos". Aún con esos límites, el citado trabajo no intenta determinar el impacto final del gasto sobre la distribución del ingreso sino ciertos efectos parciales a partir de información de la Encuesta Permanente de Hogares. Si bien este tipo de estudios pueden dar lugar a una fructífera discusión alrededor de aspectos metodológicos y cuantitativos agregados, no debe perderse de vista que sus límites los tornan en una fuente dudosa y hasta riesgosa a la hora de ser utilizados en la toma de decisiones para las políticas públicas.

gresos y no de su riesgo potencial, compartiendo en igual medida los beneficios que surgen de la asociación.

La expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector. Orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas químico farmacéuticas y productores de equipamiento médico, fue determinante en el crecimiento del subsector privado. Por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema pasó a quedar reservado, básicamente, a la atención de la población más carenciada, sin cobertura de la seguridad social²².

En 1970, la ley 18.610 extendió la cobertura de las obras sociales a toda la población en relación de dependencia, haciendo obligatoria la afiliación de ésta a esas instituciones. La aplicación de esta legislación significó una importante reforma del sistema. Amplió considerablemente la cobertura y puso en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico. Teniendo en cuenta que la organización sindical argentina respondió a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó, en la práctica, la transformación de la población trabajadora en cautiva de la obra social del gremio correspondiente. El sistema de obras sociales se extendió asimismo en forma obligatoria a los jubilados y pensionados (Ley 19.032) y se desarrolló a nivel provincial.

La extensión de la obligatoriedad de los aportes y las contribuciones sobre la nómina salarial y la ampliación de la cobertura fueron elementos fundamentales de redistribución progresiva, en tanto dieron lugar a la generalización de servicios sociales y del amparo frente a los riesgos de enfermedad. Los datos disponibles muestran que la población del país cubierta por el subsector se incrementó en forma sustantiva, desde aproximadamente el 37% en 1967-68 a 73% en 1985. No obstante, desde fines de los años 70 el número de beneficiarios ha crecido más lentamente que la población²³.

La ausencia de coordinación de los subsectores

y de regulación de los componentes no públicos ha sido el problema central de la política sanitaria. Bajo esas circunstancias, no debe extrañar que, a partir de 1977, el Nomenclador de Prestaciones Médicas, Odontológicas y Bioquímicas se convirtiera en un instrumento de regulación de los precios relativos del sector. A través de éste se privilegió la incorporación de tecnología en detrimento del trabajo clínico, proceso que fue potenciado por la política de apertura económica del momento, generándose un crecimiento no planificado de tecnología de alta complejidad²⁴.

En el segmento público, la falta de instancias coordinadoras fue agravada por las características básicamente financieras que adoptó el proceso de descentralización hospitalaria, orientado a transferir servicios desde el nivel central a provincias y de éstas a los municipios. Este tema será tratado más adelante.

Es así que en los años ochenta, el sector de salud argentino había consolidado una organización que, como se vio, se caracterizaba por su excesiva fragmentación, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad. Se observan fisuras en la integración de los distintos subsectores, y hacia el interior de cada uno de ellos. El componente público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), niveles entre las cuales no existe un grado suficiente de coordinación. El subsector de la Seguridad Social se compone de un gran número de instituciones sumamente heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan y modalidad de operación. El subsector privado se compone, a su vez, de organizaciones y servicios de características muy diversas.

Hacia principios de los años noventa el gasto total en salud se estimaba en 7.2% del PBI, de acuerdo con la Secretaría de Programación Económica²⁵. Esta información adolece de las limitaciones impuestas por la escasa disponibilidad de datos básicos que caracteriza al sector en nuestro país, en especial en lo que se refiere al gasto privado en salud. No obstante, creemos conve-

22. Una presentación estilizada de la evolución histórica del sector, con especial referencia al desarrollo del subsector privado, fue desarrollada por Jorge Katz. Véase Katz y Muñoz (1988), Cetrángolo y otros (1992) y Katz (1995).

23. Cetrángolo y otros, 1992, p. 46.

24. El Nomenclador consiste en un listado bastante exhaustivo de prestaciones, codificadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, con su respectiva valorización.

La inexistencia de un mecanismo capaz de ajustar los cambios en los precios relativos y la desactualización de los niveles de los precios para algunas de las prestaciones llevó a diferentes prácticas correctivas por parte de los prestadores, acentuadas a mediados de los años ochenta, como la sobreprestación y la aparición de bonos complementarios para las consultas. Véase Katz y Muñoz (1988).

25. Véase Flood, M. y otros (1994).

niente señalar que en la citada estimación, la estructura del gasto en salud argentino para 1991 es la siguiente:

Cuadro 1 Gasto en salud en Argentina. 1991 (como % del PBI)		
<i>Público</i>		1,41
Nación	0,18	
Provincias	1,02	
Municipios	0,21	
<i>Seguridad social</i>		2,79
Obras Soc. Nac.	1,54	
INSSJP	0,73	
Obras Soc. Prov.	0,52	
Subtotal Público y Seg. Soc.		4,20
Privado		3,03
Total		7,23

Fuente: Basado en datos de la Secretaría de Programación Económica.

Existe cierto grado de confusión sobre la población cubierta con diferentes tipos de servicio de salud. Como punto de partida, creemos conveniente presentar la información censal disponible para el año 1991²⁶. Allí se observa que la población con cobertura de salud por parte de la seguridad social (incluyendo los que tienen obra social y plan médico) habría sido de 18,8 millones de personas (57,6% de la población).

Cuadro 2 Cobertura en salud de acuerdo con datos censales (1991)		
Tipo de cobertura	Población	% del total
Población con obra social	18.799.240	57,6
Sólo obra social	13.153.473	40,3
Obra social y plan médico	4.520.546	13,9
Ignora plan médico	1.125.221	3,4
Población con plan médico solamente	1.500.963	4,6
Ni obra social ni plan médico	11.867.945	36,4
Ignorado	447.380	1,4
Total	32.615.528	100,0

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991.

Lamentablemente, la información censal no es coincidente con la proveniente de fuentes alternativas. Las deficiencias conocidas en materia de información básica han sido agravadas en el caso

de las obras sociales por la existencia de una importante cantidad de casos de doble cobertura y dificultades para lograr información transparente por parte de esas instituciones. En este subsector se puede discriminar una docena de diferentes tipos de entidades, de acuerdo con su naturaleza institucional. De acuerdo con información elaborada por el ANSSAL, sobre la base de los registros de las propias obras sociales corregidos por las declaraciones juradas de los empleadores, 15.6 millones de personas estarían cubiertos por obras sociales del régimen de la Ley 22.269, de las cuales las obras sociales sindicales y las de administración mixta (fundamentalmente PAMI) cubrirían 13.4 millones (el 86% del total), según puede observarse en el cuadro 3. Ese universo incluye 281 entidades, de las cuales 216 son obras sociales sindicales, 24 de personal de dirección, 6 de administración mixta y 35 de diferente naturaleza. Debe notarse que la población cubierta por obras sociales de acuerdo con estos registros sería superior a la obtenida mediante el Censo de 1991 (según éste esa población sería de 18.8 millones de personas). Para lograr una información comparable, al total del cuadro 3 hay que sumarle la correspondiente a las obras sociales excluidas de la citada ley²⁷, que se estima entre 4 y 5 millones. En consecuencia la cobertura del subsector llegaría a los 20 millones de beneficiarios²⁸.

A principios de los años noventa, los recursos de las obras sociales provenían, en lo esencial, de aportes y contribuciones sobre el salario, que recaen sobre trabajadores y empleadores con porcentajes que a lo largo del tiempo han ido en aumento. En ese entonces los valores eran de 3% a cargo del trabajador y 6% a cargo del empleador. Además de esa fuente de recursos, cabe considerar otras de carácter "especial" para algunas obras sociales. Estos recursos que tradicionalmente han sido importantes para algunas obras sociales (Bancarios, Seguros y Tabaco, por ejemplo), han perdido significación en los últimos años. El grueso del financiamiento del PAMI, a su vez, provenía de una contribución de 2% sobre la masa salarial a cargo de los empleadores, y de 3% a cargo de los trabajadores

26. En el cuadro se presenta la información agregada aunque se dispone de la desagregación por edad y sexo, así como la cobertura por localidad.

27. Quedan fuera de la ley 22269 el Personal de las Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad, Policía Federal, Gendarmería y Prefectura, Poder Judicial y Congreso de la Nación, así como el correspondiente a las obras sociales

Provinciales y al personal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

28. Existen, además, otras estimaciones que ubican la población total cubierta en valores que difieren entre los 15 y los 22 millones de personas. En gran parte, las diferencias se deben al factor utilizado para expandir la información sobre titulares por su grupo familiar.

Cuadro 3
Población beneficiaria de las obras sociales
por naturaleza institucional. Año 1996

Tipo institucional	Beneficiarios	% del total
Sindicales	9.397.069	60,3
Estatales	89.566	0,6
Por convenio	80.260	1,3
De dirección	1.138.303	7,3
Administración Mixta	4.018.917	25,8
Por adhesión	36.765	0,2
De empresas	23.611	0,2
De otra naturaleza	804.499	5,2
Total	15.593.023	100,0

Fuente: ANSSAL.

activos. Como resultado, la seguridad social obtenía para salud los recursos correspondientes a 14% de cargas sobre los salarios más los ingresos extraordinarios.

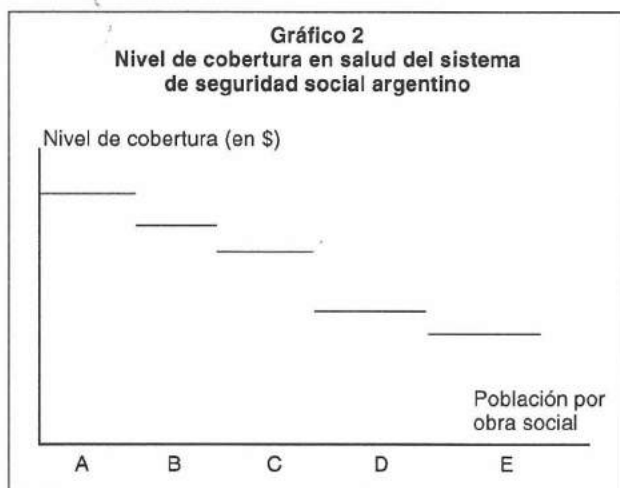
La equidad del sistema durante el funcionamiento del llamado "esquema de solidaridad fragmentado"

Centrando la atención sobre el criterio y mecanismo de redistribución implícito en la modalidad de financiamiento de la salud que ha prevalecido desde principios de los años setenta, puede decirse que este esquema fragmentado establecía que cada trabajador realiza aportes en función de su nivel salarial y obtiene servicios en función de los correspondientes al gremio en donde se desempeña, determinando que los niveles de cobertura de cada trabajador y su familia estén determinados por el nivel de recursos por beneficiario de cada obra social. Este, a su vez dependerá del nivel salarial medio de la rama de actividad correspondiente²⁹. Si los ingresos de cada obra social hubieran sido exclusivamente los provenientes de las cargas sobre la nómina salarial, aquellos serían equivalentes al 9% de la masa salarial del gremio³⁰. En el gráfico 2 se ofrece una presentación abstracta y simplificada de este modelo en donde la población de

cinco ramas de actividad diferentes se agrupa por nivel de cobertura (que en esta presentación se corresponde con el nivel de gasto por afiliado de cada obra social)³¹.

Para comprender la magnitud de la redistribución de recursos implícita en este esquema se debe atender al origen de los recursos. En efecto, ellos provienen, básicamente, de la carga sobre los salarios antes mencionada³². La dispersión salarial dentro de cada rama y el tamaño del grupo familiar de cada aportante definen la distancia entre el aporte de cada afiliado y el gasto medio de su obra social. En el gráfico 3 se puede apreciar que dentro de cada gremio hay diferentes niveles de carga por beneficiario que financian un nivel uniforme de cobertura hacia el interior de cada uno de ellos. Puesto que las capacidades financieras de las distintas obras sociales son muy disímiles, el Fondo de Redistribución fue diseñado para jugar una función compensatoria en dos direcciones: en primer lugar, canalizando recursos desde obras sociales superavitarias (con ingresos por afiliado superiores al promedio del sistema), hacia entidades con menor capacidad económica; en segundo lugar, redistribuyendo en favor de aquellas entidades con una población más necesitada de aten-

Gráfico 2
Nivel de cobertura en salud del sistema
de seguridad social argentino



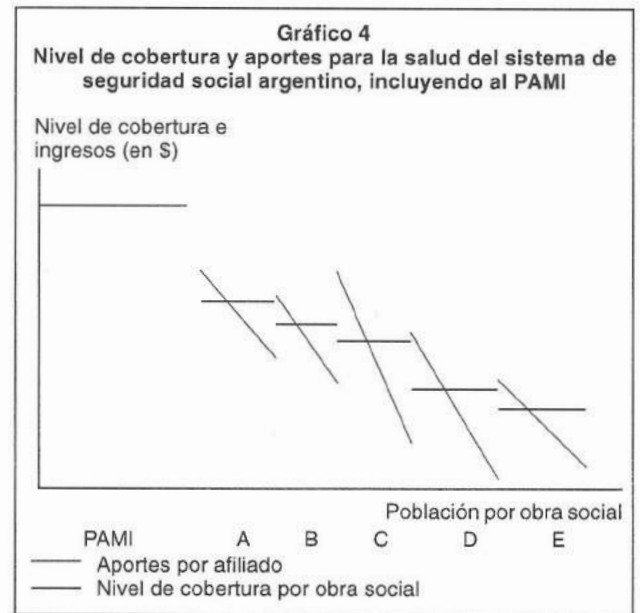
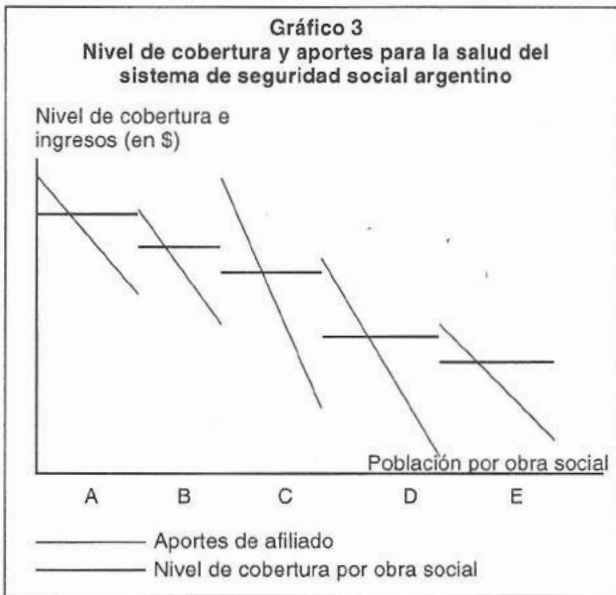
29. En realidad ello supone que la totalidad de los ingresos de cada obra social es destinada a la salud, lo que no ha sido necesariamente cierto. Se debe considerar el peso de gastos administrativos, en turismo y otros.

30. Como se verá, este porcentaje fue posteriormente reducido.

31. Para el año 1985 se cuenta con una muestra de entidades que representaban el 73% de la población beneficiaria de la ley 22.269, en donde se puede observar que el gasto mensual en salud por afiliado oscilaba entre 36 y 5 pesos de 1992. Entre las que más gastaban se encontraban bancarios, seguros, PAMI,

ENTel y Economía; entre las de menor gasto, ISSARA, Vitivinícolas, Construcción, Ospia, UOM y Ospaga. Véase Cetrángolo y otros (1992), cuadro 8.

32. Existen además fuentes adicionales de recursos, como las cuotas de afiliados voluntarios y, en casi todas las obras sociales, coseguros o bonos moderadores del consumo a cargo de los beneficiarios. Si bien en la mayoría de los casos los coseguros se abonan directamente a los prestadores, a veces son cobrados e incorporados a la financiación de la obra social.



ción³³. El Fondo debe recibir el 10% de la recaudación obtenida por las distintas obras sociales por aportes y contribuciones sobre el salario, y también el 50% de la recaudación proveniente de las fuentes especiales que se mencionaron más arriba. En el caso especial de las obras sociales para el personal de dirección, la contribución al Fondo de Redistribución se eleva al 15% de la recaudación que obtienen por aportes y contribuciones.

Si incorporamos al análisis la existencia del PAMI, se obtiene un sistema que, de manera abstracta, se muestra en el gráfico 4. Ese instituto era financiado fundamentalmente por una carga sobre la nómina salarial de los trabajadores activos y ofrecía una cobertura uniforme a toda la población pasiva, constituyéndose en la obra social más importante y con mayor volumen de erogaciones del sistema. Su nivel de cobertura por beneficiario, como se ve en ese gráfico, es superior al de las diferentes obras sociales. Es el resultado de contar con un financiamiento equivalente al 5% de la nómina salarial para atender alrededor de 4 millones de beneficiarios, mientras que las restantes obras sociales cuentan con recursos equivalentes al 9% de la nómina salarial para dar cobertura a más de 11 millones de personas³⁴.

La complejidad del sistema es mucho mayor que

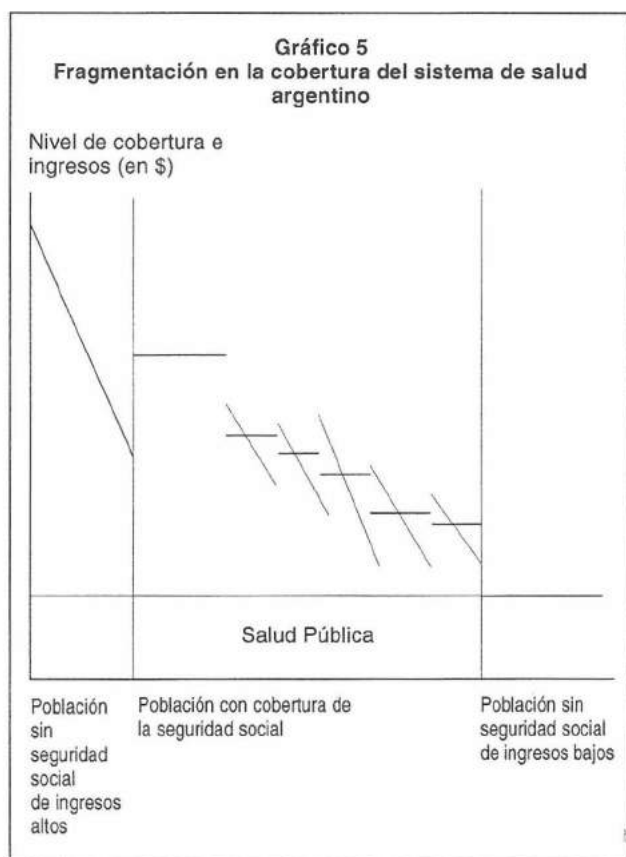
lo mostrado en el gráfico 4. En primer lugar, el carácter híbrido de la organización de la salud recibe, en nuestro país, la participación de la salud pública que asegura el acceso a un nivel mínimo y garantizado de salud (como se incorpora en el gráfico 5). Este subsector se hace cargo en forma prácticamente exclusiva de las tareas relacionadas a la prevención, atención de enfermos crónicos, internación psiquiátrica, infectocontagiosos, quemados, etcétera, y sostiene una red de servicios de urgencias y atención básica, cubriendo geográficamente todo el país. El hospital público es, aún hoy, en muchos lugares, el único servicio accesible geográfica y/o económicamente para determinados sectores de población. El subsector público concentra una proporción importante de los recursos de atención en los niveles provincial y municipal de gobierno.

En segundo lugar, la cobertura que reciben los sectores excluidos de la seguridad social aumenta la fragmentación del sistema. Por un lado, los autónomos de mayor nivel de ingresos y rentistas, tienen la posibilidad de comprar salud en función de sus preferencias, sin mayores limitaciones financieras. Los que pertenecen a este grupo pueden acceder a una cobertura de salud mucho más amplia de lo que les brinda el hospital público; pueden hacerlo mediante gastos directos de bolsillo, compra

33. La operación de este fondo ha sido muy diferente a lo sugerido por la lógica que gobierna el diseño del sistema. Se ha podido comprobar que la distribución de los subsidios no se ha correlacionado significativamente con la situación financiera o con el ingreso por afiliado de las diferentes obras sociales. En general las obras sociales más

beneficiadas han sido las más poderosas en lugar de las de menor ingreso por afiliado. Véase Cetrángolo y otros (1992), cuadros 10 y 11.

34. Se refiere a obras sociales comprendidas en la ley 22.269, las restantes, incluidas las provinciales y municipales, reciben diferentes niveles de carga salarial.



de sistemas de medicina prepaga³⁵ u otros a los que tienen acceso los sectores de mayor capacidad contributiva. Por otro lado, en el otro extremo, los más pobres, sin relación de dependencia, tienen solamente acceso al subsistema de salud pública. En algunos casos pueden llegar a comprar algún medicamento o pagar alguna prestación marginal.

En resumen, el gráfico 5 muestra que la característica distintiva del diseño del sistema de salud argentino, con un diagrama más emparentado con el sistema europeo que con el norteamericano, es que el sector que incluye a los trabajadores, sus familias y los pasivos tienen acceso a un nivel adicional de salud asegurada por el estado, que es ofrecido por el subsistema de seguridad social. De esta manera, el sistema de salud argentino fue pensado de tal manera que el criterio de equidad que quería defender quedaba en manos de un sistema fragmentado.

Una vez llevada a la práctica, esta concepción presentó varios inconvenientes. En materia de equi-

dad: algo menos de la mitad de la población quedó excluido del subsistema de obras sociales. Adicionalmente, existen profundas diferencias de cobertura hacia el interior del mismo (el gráfico intenta reflejar estas diferencias). En relación con la seguridad social, es sabido que las fluctuaciones del empleo y los salarios afectan de manera directa el financiamiento del subsector de obras sociales e impacta sobre los dos restantes. En el caso de las fluctuaciones de los salarios, se produce un efecto perverso al desfinanciar las obras sociales pertenecientes a ramas de actividad que enfrentan caídas salariales. Esto hace depender la participación de cada institución en el gasto en salud en manera directa de las modificaciones en las remuneraciones relativas entre sectores³⁶. En materia de empleo, el crecimiento de las tasas de desocupación derivan en una caída en los aportantes de manera similar a la caída de beneficiarios. Ello podría no afectar seriamente las finanzas de las obras sociales pero sí implican un mayor requerimiento de atención en la salud pública, afectando las cuentas fiscales.

La presentación gráfica resulta útil para rescatar los atributos distintivos del sistema pero no alcanza a captar aceptablemente la complejidad de su operación. Quedan muchos elementos fuera de su análisis, entre los que se destacan la disparidad regional de la cobertura sanitaria y la existencia de múltiple cobertura. Con relación a este último aspecto, no eran excepcionales los casos en donde, cuando más de un miembro del grupo familiar se encontraba en relación de dependencia en diferentes ramas de actividad económica, la obligatoriedad de afiliación determinaba la doble cobertura de todos los integrantes del grupo. Adicionalmente, además de utilizar algunos servicios del subsector públicos existen prestaciones que son contratadas al subsector privado (incluyendo la contratación de seguros de medicina prepaga).

La peculiar organización que ha adoptado la seguridad social argentina en materia de servicios de salud determina que sea difícil entender los problemas del sector sin estudiar la cuestión sindical. Muchos de los problemas que tuvo la historia de la salud argentina en las últimas tres décadas (desde que, en 1970, se concedió a los sindicatos la afiliación obligatoria a la obra social de cada rama) tienen que ver con historias de corrupción y las res-

35. Estos ofrecen planes de cobertura médico-asistencial. No necesariamente cuentan con infraestructura propia y en esos casos operan subcontratando con otros efectores

privados.

36. También afecta la participación relativa de cada obra social el diferente grado de evasión en cada actividad.

tricciones institucionales provenientes de la organización sindical. Un ejemplo de ello han sido los subsidios otorgados por el Fondo de Redistribución, que no se dirigieron, necesariamente, a las obras sociales más pobres sino, por lo general, a las más poderosas. Queda claro que no basta con pensar el criterio de equidad y la forma de atacar cuestiones de eficiencia que tiene un sistema de salud, también hay que ver qué marco institucional se genera. En Argentina se dio una forma institucional que a poco de andar comenzó a presentar serios problemas. La ley de afiliación obligatoria a la obra social de la rama de cada uno, más la historia sindical del sindicato único por rama, hizo que los trabajadores asalariados estuviesen obligados a aportar a una exclusiva obra social, siendo población cautiva de ese sindicato.

A lo largo de su desarrollo, la seguridad social

permitió alcanzar una amplia cobertura, reemplazando el papel del sector público. No obstante, la ausencia de mecanismos de control y las deficiencias propias de su diseño generaron serias inequidades entre sus usuarios, mala asignación de recursos y la imposibilidad de articularse en un sistema tanto con otros componentes del sistema de obras sociales como con los restantes estamentos públicos y privados. Adicionalmente, las dificultades de la situación macroeconómica en general y del mercado de trabajo en particular, así como la dinámica adoptada por el proceso de reconversión económica derivaron en problemas adicionales para el financiamiento de las obras sociales. Debido a la profunda interrelación existente entre los tres subsectores prestadores de salud, la crisis también afecta seriamente el funcionamiento de los subsectores público y privado.

BIBLIOTECA CENTRAL del Hospital Italiano 1969 – 30º Aniversario – 1999

Lectura en Sala: La Biblioteca cuenta con dos salas de lectura silenciosa y una parlante.

Referencia: Se brinda asistencia personal a los usuarios que la requieran en la búsqueda, localización y organización de la información.

Catálogo: La Biblioteca tiene automatizado el acceso a sus colecciones: el catálogo de libros y separatas se puede consultar *in situ*. El de publicaciones periódicas está disponible en forma manual, automatizada y a través de Internet. Periódicamente se publica en forma impresa.

Préstamo a Domicilio: Este servicio está restringido a profesionales y personal de la Institución.

Préstamo Interbibliotecario: Consiste en la provisión de artículos de publicaciones periódicas u otros documentos que no se encuentran en la Biblioteca.

Fotocopias: El servicio funciona de 8,30 a 16 hs. de lunes a viernes.

Páginas de Contenido o Sumarios: Se proporcionan los índices/sumarios de las publicaciones que se reciben periódicamente.

Puede encontrar información más detallada de cada uno de estos servicios
en la página web de nuestra Biblioteca:

[http:// www.hitalba.edu.ar/docen/biblio/index.htm](http://www.hitalba.edu.ar/docen/biblio/index.htm)

Informes:

Departamento de Docencia e Investigación - Biblioteca Central

Gascón 450 - 2º piso - (1181) Capital Federal

Tel.: (conmutador) 959-0200, int. 8426 (directo) 959-0348

Fax: 959-0383 / E-mail: biblio@hitalba.edu.ar

Continúa la evolución del nuevo DynaView™ II

Desde que se introdujo al mercado, el sistema de diagnóstico por ultrasonido Aloka SSD-1700 Dyna View ha sido aclamado en todo el mundo y en la actualidad es un éxito de venta* por su alto rendimiento y funciones avanzadas. Ahora Aloka se enorgullece de presentar el sistema DynaView II, con fiabilidad demostrada y nivel de funcionamiento potenciado que permitirá el diagnóstico seguro y mayor eficiencia en la atención de pacientes.

* En los últimos 2 años se han colocado órdenes por 2.000 unidades y el número sigue creciendo.

Subsistema de manejo de datos (DMS) compatible con DICOM

El DMS, la opción de interface numérica incorporada al sistema, permite la gestión eficiente de los datos numéricos. Los datos totalmente numéricos y la compresión *lossless* producen una calidad de imagen original sin alteración. Las imágenes pueden transmitirse directamente al servidor e impresora. En el disco óptico magnético pueden almacenarse hasta 4.000 imágenes en blanco y negro o 1.500 imágenes en color. También es posible cargar los datos a computadoras personales en la forma de archivos de mapa binario.



DynaView II
ALOKA
SSD-1700

Nuevo modo de volumen

La increíble velocidad de reconstrucción de imágenes (0,5 segundo como mínimo) y la exploración de tipo eco lo ayudarán a encontrar rápidamente la posición óptima para el examen. Una vez lograda, se puede obtener en un instante una imagen de calidad fotográfica. Asimismo, se puede rotar y acercar o alejar la imagen obtenida en modo de volumen.

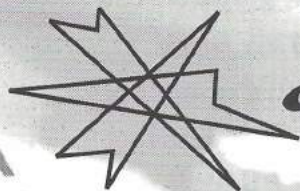


Cortesía de Universidad de Chulalongkorn, Tailandia.

QFI (Imagenología en quintafrecuencia)

No es necesario cambiar la posición de la sonda para ajustar la sensibilidad y la resolución al objetivo del examen, dado que se pueden seleccionar independientemente hasta cinco frecuencias de transmisión para imágenes en escala de grises y cuatro frecuencias de transmisión para imágenes Doppler/color.

*Doppler de color
y poder precisos y dinámicos*



A.D.M.
SA

ALOKA
Science & Humanity

AV. GRAL. IRIARTE 2727 (1291) CAPITAL FEDERAL
TEL: (01) 301-1515 - FAX: (01) 301-9559

Excelencia médica al servicio del paciente.

Mevaterapia es un Centro Médico de excelencia en Tratamiento Radiante, con un elevado nivel científico y el más moderno equipamiento.

ACELERADOR LINEAL
BRAQUITERAPIA
IMPLANTES
PLANIFICACION COMPUTARIZADA
RADIOTERAPIA SUPERFICIAL Y PROFUNDA
RADIOCIRUGIA
RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA FRACCIONADA
RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL CONFORMADA
SIMULADOR
TELECOBALTOTERAPIA
TERAPIA RADIANTE PEDIATRICA



Tte. Gral. Juan D. Perón 3937 (1198) Capital Federal
Tel.- Fax: 958-1213 (Líneas Rotativas)
E-Mail: mevaterapia@cpsarg.com

José San Román, Martín Eleta*, Juan Cupelli* y Jorge Lilla***

HISTORIA CLINICA

Presentamos a un paciente varón de 75 años de edad con diagnóstico previo de cáncer de próstata (estadio IV con metástasis óseas y en tratamiento hormonal) que ingresó a nuestro Hospital por presentar, desde unos días antes, un dolor intenso (puntada de costado) en el hemitórax derecho e irradiado al hombro, acompañado de disnea.

Se realizó un centellograma pulmonar de ventilación y perfusión (V\Q) que fue informado como "alta probabilidad" de tromboembolismo pulmonar (TEP). Se inició el tratamiento anticoagulante con heparina endovenosa y luego dicumarínicos por vía oral con buena evolución. Fue dado de alta en rango de anticoagulación.

A los 20 días se reinternó por presentar un nuevo episodio de dolor en el hemitórax derecho y disnea. Ante la sospecha de un TEP recurrente se efectuó otro centellograma V\Q que también fue informado como "alta probabilidad" de TEP volviéndose a indicar el tratamiento anticoagulante endovenoso. Es sabido que es difícil interpretar el centellograma V/Q cuando ha habido embolismo pulmonar previo, sobre todo si fue reciente.

Buscando el origen de los trombos se hizo un ECO Doppler color de los miembros inferiores que fue negativo. Por sus antecedentes de miocardiopatía dilatada se practicó un ecocardiograma que también fue negativo.

Posteriormente, se decidió realizar una Tomografía Computada (TC) espiralada del tórax, abdomen y pelvis con contraste yodado endovenoso (e.v.), con un examen detallado de los vasos (angioTC). No se descubrieron trombos en la vena cava inferior ni compresiones vasculares de origen tumoral en el abdomen y pelvis. Los cortes del tórax mostraron un gran defecto de relleno en la arteria pulmonar derecha.

Finalmente, se realizó una angiografía pulmonar convencional.

IMAGENES

- * RX de tórax: Mostró imágenes inespecíficas..
- * TC espiralada con contraste e.v. (AngioTC): Ver Fig. 1 y 2
- * Angiografía pulmonar convencional: Ver Fig. 3.

DIAGNOSTICO

- * TEP con trombo ubicado en el sector distal de la arteria pulmonar derecha que se extiende al origen de la rama inferior. Confirmado por angiografía pulmonar.

DISCUSION

El análisis de este caso tiene el interés de hacer nos revisar el problema del TEP y la metodología diagnóstica.

Probablemente podemos hacer las siguientes afirmaciones: 1) el TEP sigue siendo subdiagnosticado, 2) si se lo trata, la mortalidad se reduce notablemente, 3) la anticoagulación no está exenta de complicaciones y contraindicaciones, 4) la angiografía pulmonar es el método de mayor certeza diagnóstica (sensibilidad y especificidad cercana al 100%), pero no se la emplea rutinariamente, 5) el diagnóstico y tratamiento en general se deciden en base a la clínica, la RX y el centellograma V/Q, aunque se sabe que ninguno de estos métodos es confiable, 6) el Doppler de los miembros inferiores es muy útil cuando es positivo, pero esto no ocurre siempre, 7) entre los factores predisponentes de TEP no deben olvidarse los antecedentes oncológicos.

Sin duda, las imágenes juegan un rol central en la evaluación de estos pacientes ya que tanto los signos clínicos como otros métodos diagnósticos (ECG y PaO2) son bastante poco específicos, especialmente en enfermos de edad avanzada en los que los trastornos cardiopulmonares son comunes.

En la mayoría de los pacientes las RX de tórax son normales (40%) o inespecíficas. Conviene recordar que solo el 10% de los TEP van seguidos de infarto pulmonar. El verdadero valor de la RX es des-

* Servicio de Diagnóstico por Imágenes.

** Servicio de Clínica Médica.

Hospital Italiano. Buenos Aires.

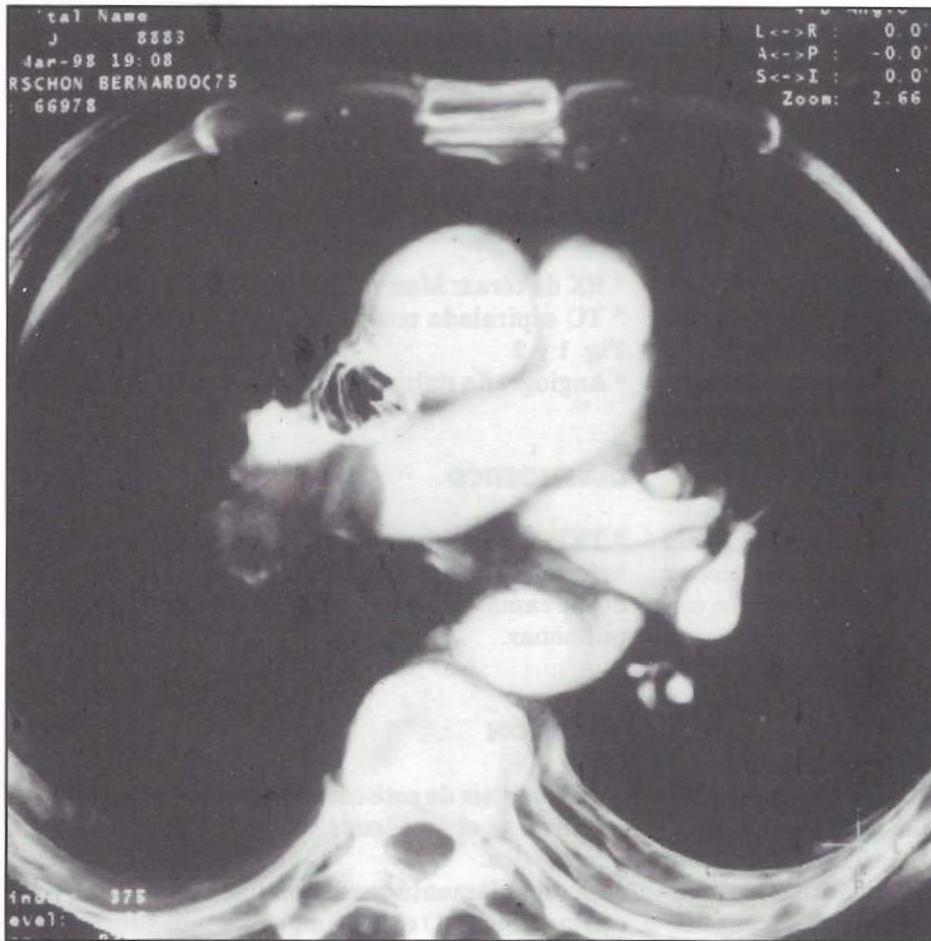


Fig. 1: TC espiralada (angioTC): Corte transversal a la altura de la arteria pulmonar principal y su bifurcación. Defecto de relleno (gris oscuro) en el sector distal de la rama pulmonar derecha que se extiende hacia su rama inferior. El corte también muestra las porciones ascendente y descendente del cayado aórtico.

cartar otras patologías que pueden simular un TEP y ayudar en la interpretación del centellograma pulmonar.

Si bien tradicionalmente se ha aceptado al centellograma pulmonar V/Q (sensibilidad 49% y especificidad 75%) como el método de screening del TEP, en la práctica tiene limitaciones. Siguiendo los criterios PIOPED (Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis) se considera que un centellograma "normal" permite descartar TEP y uno con "alta probabilidad" permite afirmarlo. Sin embargo, sólo una minoría de los pacientes tiene un estudio claramente normal (14%) o de alta probabilidad (13%). Es decir que el restante 73% de los casos no tiene un diagnóstico firme. Dentro de este grupo de enfermos, el 12% con "baja probabilidad" y el 30-40% "indeterminado" tienen TEP. Como hemos señalado, la interpretación del centellograma V/Q se hace más difícil cuando hubo episodios recientes de embolismo.

Suele recurrirse al ECO Doppler de los miembros inferiores, y si se descubre trombosis venosa

profunda se inicia el tratamiento anticoagulante. Sin embargo, un Doppler negativo no descarta el TEP.

La angiografía pulmonar está indicada en los casos "indeterminados", en aquellos con alta sospecha clínica y exámenes negativos o cuando se considera el tratamiento con fibrinólisis o embolectomía. Sin embargo, en la práctica y por diversas razones (no disponibilidad, invasividad, costo, contraindicaciones relativas, riesgos, etc.) generalmente no se realiza.

La aparición de la TC espiralada o helicoidal ha permitido "barrer" en pocos segundos al tórax mientras simultáneamente se inyecta contraste yodado endovenoso en bolo para obtener una "angioTC". Remy-Jardin y cols. han reportado una sensibilidad del 91% y una especificidad del 78% de este método para la detección de TEP; otros autores han informado valores similares o mejores.

La angioTC detecta con facilidad los trombos que se alojan en los vasos pulmonares principales, las ramas lobares y segmentarias. Los trombos agudos

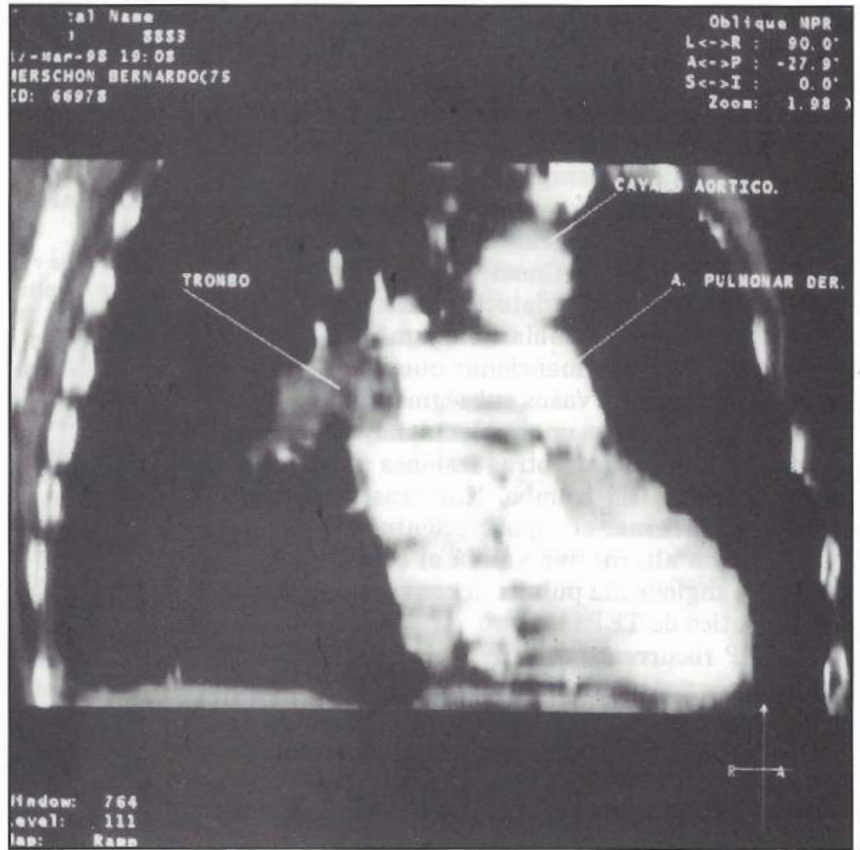


Fig. 2: TC espiralada (angioTC):
Reconstrucción de frente/oblicua. De
arriba hacia abajo se observa al
cayado aórtico, la arteria pulmonar
derecha y el corazón. El defecto de
relleno dentro de la arteria pulmonar
derecha se extiende hacia su rama
inferior, con interrupción del flujo
sanguíneo.

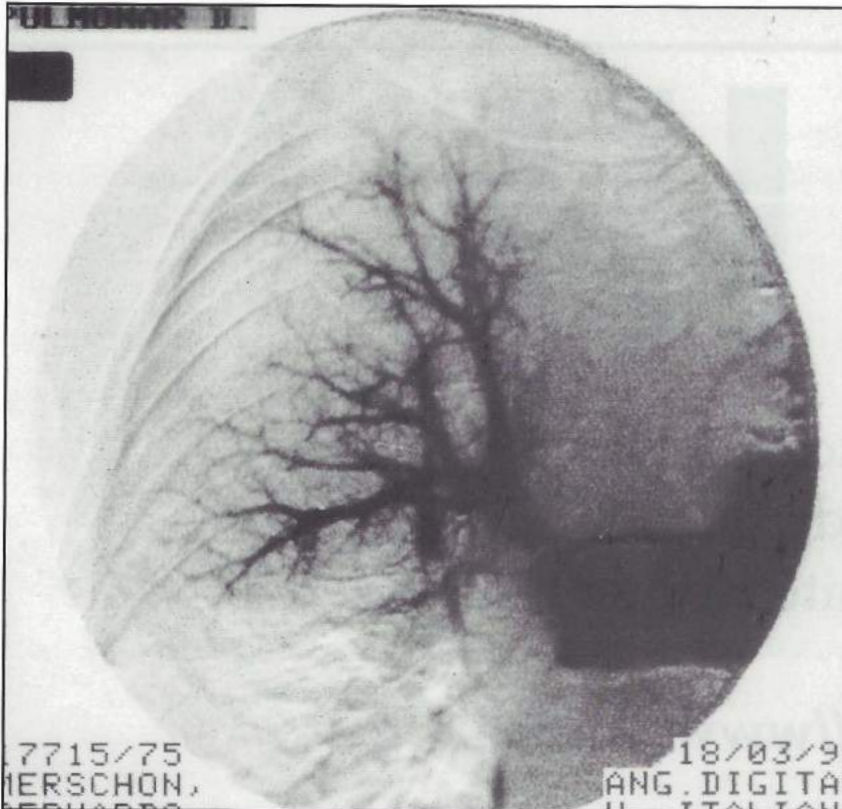


Fig. 3: Angiografía pulmonar: Vista
de frente, localizada sobre la arteria
pulmonar derecha. Ocupación de la
luz de la arteria pulmonar derecha
con "amputación" ("cut off") de la
rama inferior.

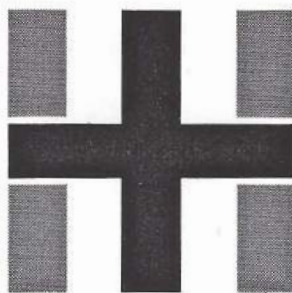
suelen manifestarse por defectos de relleno totales ("moldes") o parciales dentro de la luz de las ramas pulmonares o por la interrupción del flujo sanguíneo o "amputación" brusca del flujo ("cut off"). Los crónicos también pueden aparecer como defectos de relleno, pero con el tiempo los coágulos se van retrayendo y organizando, y aparecen como engrosamientos de las paredes vasculares o imágenes lineales ("membranas"). Como ventaja adicional la angioTC también puede detectar otras lesiones en el tórax que pueden cambiar el diagnóstico. Como desventajas debemos mencionar que no es confiable para estudiar los vasos subsegmentarios, aunque esto no constituye un problema mayor. A veces los ganglios linfáticos u otras lesiones pueden ser confundidas con un trombo. Numerosos trabajos coinciden en afirmar el papel creciente de la angioTC como una alternativa válida al centellograma V/Q y a la angiografía pulmonar convencional para el diagnóstico de TEP.

El TEP recurrente es muy frecuente (50%) en los pacientes no tratados, pero es bastante raro (5%) en los tratados. En nuestro paciente el diagnóstico fue sospechado por la clínica y el centellograma V/Q, y confirmado por la TC espiralada (angioTC). A partir de allí se evaluaron diversas conductas y se intentó la fibrinólisis del coágulo por vía endovas-

cular, que no fue efectiva. Finalmente se optó por continuar con la anticoagulación y colocar un filtro en la vena cava inferior. El paciente evolucionó satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism: results of the Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis (PIOPED). The PIOPED investigators. *JAMA* 1990; 263: 2753-2759.
2. Brant W, Helms C y col. *Fundamentals of diagnostic radiology*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.
3. Garg K, Welsh CH, Feyerabend AJ y col. Pulmonary embolism: diagnosis with spiral CT and ventilation-perfusion scanning. Correlation with pulmonary angiographic results or clinical outcome. *Radiology* 1998; 208: 201-208.
4. Van Rossum AB, Pattynama PM, Mallens WM y col. Can helical CT replace scintigraphy in the diagnostic process in suspected pulmonary embolism?. A retrospective-prospective cohort study focusing on total diagnostic yield. *Eur. Radiol* 1998; 8: 90-96.
5. Remy Jardin M, Remy J, Deschildre F y col. Diagnosis of pulmonary embolism with spiral CT: comparison with pulmonary angiography and scintigraphy. *Radiology* 1996; 200: 699-706.
6. Grosselin MV, Rubin GD, Leung AN y col. Unsuspected pulmonary embolism: prospective detection on routine helical CT scans. *Radiology* 1998; 208: 209-215.
7. Coche EE, MüllerL, Kim KI y col. Acute pulmonary embolism: ancillary findings at spiral CT. *Radiology* 1998; 207: 753-758.



Conozca el Hospital Italiano
de Buenos Aires

Visite su sitio web en:

<http://www.hitalba.org.ar>

Una solución a cada desafío...

Pacemaker s.r.l. lo respalda con sus líneas:

- **Filtración y leucorreducción de unidades de sangre y plaquetas**
- **Todas las formas de aféresis con procesadores de flujo continuo**
- **El más completo programa de autotransfusión mecánica**
- **Reactivos hemoagrupadores, fase sólida en refractariedad plaquetaria y detección e identificación de AC**
- **Avanzado método por columnas para LDL e Ig Aféresis**

Infórmese:

Pacemaker s.r.l.

Av. Nazca 1779 - 1º - (1416) Capital

Tel.: 585-2131/1773

Fax: 583-8864

Buenos Aires - Argentina

BIOMEDICA DEL PLATA S.R.L.

DISPOSITIVOS DE CONSUMO MEDICO

ALEJANDRO KORN 4464

(1407) Buenos Aires

Ventas:

Tel.: 420-9010

Telefax: 521-1999



Y SU COMPLETA LINEA DE PRODUCTOS



KING SYSTEMS
CORPORATION

BIPD®
Life Desing

MAXXIM
MEDICAL

SE COMPLACEN EN COLABORAR CON LA REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO

Lartigau 1152 • (1875) Wilde • Tel.: 4217-1223 • Fax: 4217-1226 • Buenos Aires • Argentina

Optica - Ortopedia

Da Vinci

DE RICARDO JORGE HIPOLITO

GASCÓN 525 - (1181) CAPITAL FEDERAL

TEL/FAX: 864-6809

Enfisema subcutáneo cervico-facial y mediastinal post-extracción dentaria.

Presentación de caso y revisión de la literatura

Federico I. Meli*, Eduardo L. Mazzaro*, Marcelo F. Figari*,
Héctor J. Marchitelli* y Liliana Clara**

RESUMEN

Tomando como punto de partida un caso inusual, se intenta analizar los mecanismos fisiopatológicos determinantes del fenómeno.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino y 40 años de edad quien, luego de la extracción laboriosa de un tercer molar retenido, presentó un grosero enfisema subcutáneo que afectó cara, cuello y mediastino. Se describe la metodología de estudio empleada, así como también la terapéutica instituida.

El cuadro evolucionó favorablemente sin maniobras terapéuticas especiales. Sólo requirió cobertura antibiótica.

Discusión: Se revisó la bibliografía analizando los mecanismos etiológicos, diagnósticos diferenciales, manejo terapéutico y complicaciones allí descriptos para este fenómeno poco frecuente.

Conclusiones: Tomando como punto de partida el análisis etiológico, se estructuran las normas de prevención correspondientes.

Palabras clave: Enfisema subcutáneo; extracción dentaria / complicaciones.

INTRODUCCION

Se define al enfisema subcutáneo cervicofacial como la presencia de aire o gas en los tejidos blandos entre las fascias del cuello y en el compartimiento subcutáneo del mismo¹⁻⁴. La entrada de aire al tejido subcutáneo en el área de cabeza y cuello puede originarse como consecuencia de un trauma facial, de una lesión del tracto aerodigestivo superior o debido a un procedimiento quirúrgico. Luego de una fractura del seno frontal, maxilar o celdas etmoidales, puede haber pasaje de aire desde estas cavidades neumáticas a los tejidos blandos y verse acentuado por cualquier maniobra que implique aumento de presión de las vías aéreas, como estornudar, vomitar o toser^{1-2, 5-7}.

Aunque menos frecuentes, fueron descriptos casos de enfisema facio-cérvico-mediastinales por tra-

tamiento endodóncico, periodontal, cirugía ortognática y extracciones dentarias quirúrgicas; también, por ventilación con presión positiva a través de intubación endotraqueal, por lesión traqueo-bronquial o por el uso de cánulas nasales^{1-2, 6, 8-9}.

El hallazgo de un gran enfisema subcutáneo facio-cérvico-mediastinal post-extracción dentaria motiva nuestra presentación, a pesar de su inusualidad, en razón de las complicaciones potenciales.

Analizamos los mecanismos fisiopatológicos, la metodología diagnóstica, diagnósticos diferenciales, eventuales complicaciones y tratamiento correspondiente.

CASO CLINICO

Paciente de 40 años de edad y sexo femenino, en buen estado general, sin antecedentes de importancia, quien consultó a la Central de Emergencias de este Hospital por presentar tumefacción de partes blandas de mejilla y párpado inferior izquierdo de 7 horas de evolución. La paciente refirió comenzar con los síntomas durante la extracción del 3er molar inferior izquierdo (pieza 38). El procedimiento quirúrgi-

*Sector de Cirugía de Cabeza y Cuello, Servicio de Cirugía General

**Sección de Infectología, Servicio de Clínica Médica Hospital Italiano de Buenos Aires. Gascón 450, (1181), Buenos Aires

co, que demandó dos horas, resultó sumamente laborioso, debiéndose utilizar broca con turbina para la sección de la pieza dentaria. Inmediatamente luego del mismo se le administró corticoterapia.

Al ingreso la paciente se encontraba afebril, hemodinámicamente compensada, sin repercusión general y con tumefacción indolora de párpado inferior y mejilla izquierdos. El examen físico revelaba crepitación sobre la hemicara y cuello izquierdos, desde párpado inferior hasta hueco supraesternal. En el lecho quirúrgico se observaban las huellas propias de una extracción dentaria, con restos de fibrina, sin evidencia de un proceso infeccioso ni hallazgo de trismus.

El estudio de laboratorio era normal. La tomografía axial computada mostraba aire en partes blandas que disecaba los planos aponeuróticos de la cara y el cuello, desde el piso de órbita hasta mediastino superior, incluyendo el espacio parafaríngeo (Figuras 1 a 3). Se realizaron fibroendoscopia laringo-traqueo-bronquial y estudio contrastado del esófago, descartando la presencia de lesión de vía aérea superior y perforación esofágica, respectivamente.

Se administró antibioticoterapia intravenosa (amoxicilina-sulbactam 1,5 gramos cada 8 horas), durante 3 días, completándose por vía oral hasta

un total de 10 días. Cursando con buena evolución, el enfisema se reabsorbió a la semana sin secuela alguna.

DISCUSION

El enfisema subcutáneo luego de cirugía oral y maxilofacial es una entidad bien documentada, pero relativamente poco frecuente. En casi todas las publicaciones se describe su presencia en casos aislados^{1, 5-8, 10}.

La disección subcutánea del enfisema puede ocurrir por la entrada de aire a presión a través de pequeñas heridas o laceraciones de la mucosa, por el uso de pistolas de aire comprimido, turbinas, motores de alta velocidad, jeringas de agua-aire o por irrigación oral^{1-6, 8-12}. Los diagnósticos diferenciales de una rápida tumefacción facial incluyen hematoma, reacción alérgica, edema, absceso o flemón, fascitis necrotizante por gérmenes productores de gas y enfisema post-quirúrgico^{2, 11}.

Aunque las secuelas de éste último son generalmente autolimitadas y benignas, importantes complicaciones locales y sistémicas pueden ocurrir³.

La cantidad de aire involucrado, así como su distribución anatómica, determinan la extensión y las

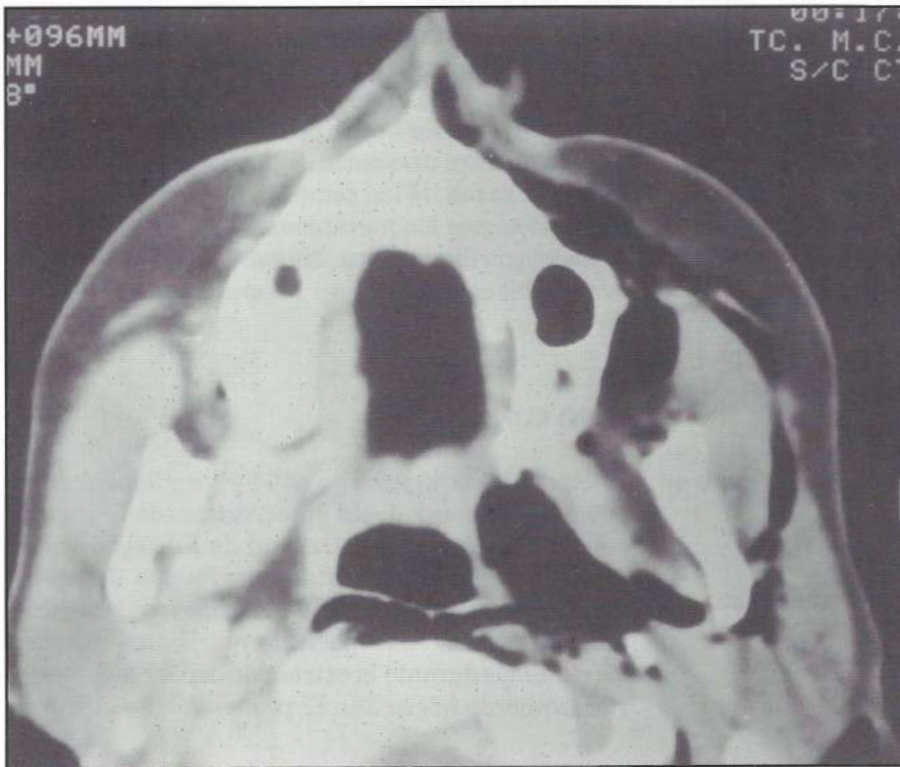


Figura 1.

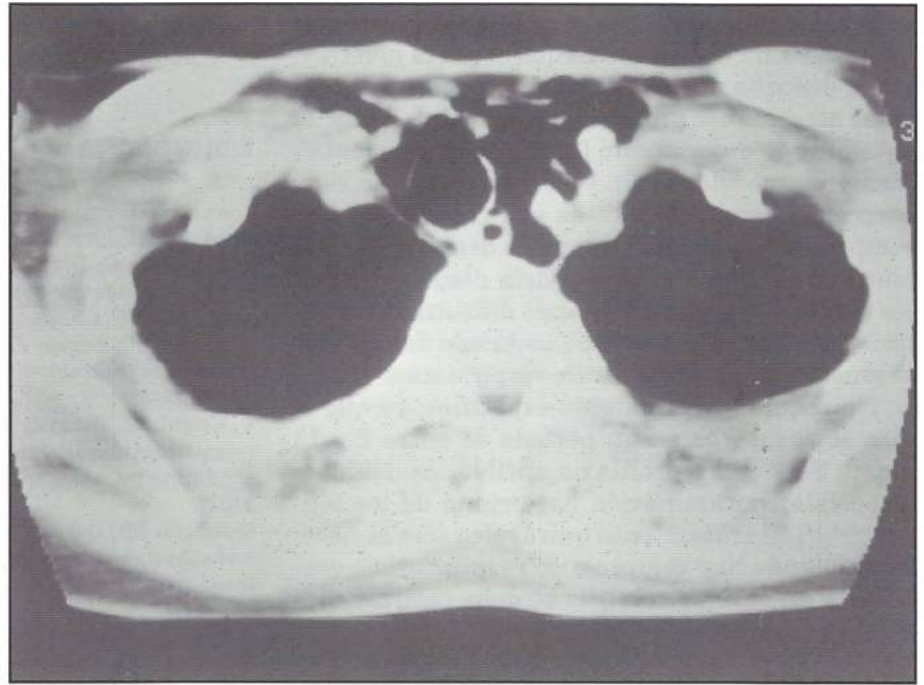


Figura 2.

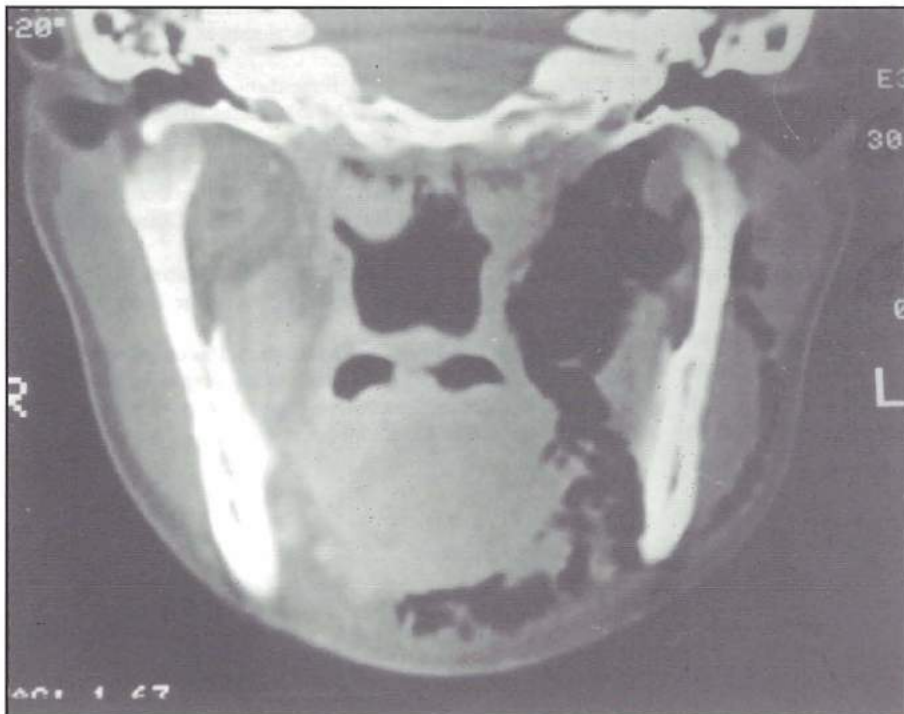


Figura 3.

posibles complicaciones. El enfisema post-quirúrgico causa el despegamiento de los tejidos blandos en forma rápida, generalmente es unilateral y se asocia con crepitación^{2,3,6,12}. Radiológicamente o por tomografía axial computarizada el enfisema es radiolúcido y se describe como aire libre o gas entre los tejidos¹¹.

Las pequeñas acumulaciones de aire cursan generalmente sin dolor, pero los enfisemas extensos pueden provocarlo y tener efecto compresivo, limitando la respiración o la función cardíaca. En el caso de la órbita puede, en casos extremos, afectar la perfusión de la retina^{2,11}.

En una revisión de 25 casos de enfisemas se des-

criben dos complicaciones: una infección de partes blandas y una mediastinitis que causó la muerte¹¹.

Se describe un caso de muerte por embolia gaseosa asociada con procedimientos dentales. Rickles y Joshi reprodujeron este fenómeno experimentalmente en modelos caninos, donde cuatro de siete perros murieron luego de la introducción de aire comprimido en el canal de la raíz dentaria². En un marcado enfisema el aire podría desplazarse por los planos en el cuello causando dificultad respiratoria y entrar al mediastino pudiendo determinar la muerte por cambios cardio-respiratorios^{2, 12}.

No requiere tratamiento específico, ya que el aire se reabsorbe en un período de entre 2 y 14 días¹¹. Se sugiere profilaxis antibiótica debido a la posible contaminación bacteriana de los tejidos^{1, 2, 4, 11}. El tratamiento quirúrgico sólo es necesario cuando hay compromiso respiratorio o vascular, y en caso de celulitis se debe realizar drenaje de la misma.

CONCLUSIONES

- A pesar de la escasa incidencia de presentación, un enfisema subcutáneo de la región maxilofacial es una situación alarmante, tanto para el médico como para el paciente.
- Deben tomarse recaudos cuando se usa aire comprimido intraoral, especialmente en la proximidad de los márgenes gingivales, incisiones quirúrgicas y espacios dentarios.
- Es esencial el reconocimiento y el rápido manejo de este fenómeno. Se aconseja un seguimiento muy estricto en el postoperatorio y la hospitalización debe ser considerada si el enfisema es

extenso y además coexiste con la presencia de infección o problemas cardiorrespiratorios.

BIBLIOGRAFIA

1. Austin GT, Pottorf B. Facial emphysema after dental treatment (carta). *J Am Dent Assoc* 1990; 121: 448.
2. Bohnenkamp DM. Subcutaneous facial emphysema resulting from routine tooth preparation: A clinical report. *J Prosthet Dent* 1996; 76: 1-3.
3. Karras SC, Sexton J.J. Cervicofacial and mediastinal emphysema as the result of a dental procedure. *J Emerg Med* 1996; 14: 9-13.
4. Wright KJ, Derkson GD, Riding KH. Tissue-space emphysema, tissue necrosis, and infection following use of compressed air during pulp therapy: case report. *Pediatr Dent* 1991; 13: 110-3.
5. Aragon SB, Dolwick MF, Buckley S. Pneumomediastinum and subcutaneous cervical emphysema during third molar extraction under general anesthesia. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 44: 141-4.
6. Pynn BR, Amato D, Walker DA. Subcutaneous emphysema following dental treatment: a report of two cases and review of the literature. *J Can Dent Assoc* 1992; 58: 496-9.
7. Wilson GA, Galle S, Greene C. Subcutaneous emphysema after extraction of maxillary teeth: report of a case. *J Am Dent Assoc* 1983; 106: 836-7.
8. Finlayson RS, Stevens FD. Subcutaneous facial emphysema secondary to use of Cavi-jet. *J Periodontol* 1988; 59: 315-7.
9. Sivaloganathan K, Wear NM. Surgical emphysema during restorative dentistry. *Br Dent J* 1990; 169: 93-4.
10. Reznick JB, Ardary WC. Cervicofacial subcutaneous air emphysema after dental extraction. *J Am Dent Assoc* 1990; 120: 417-9.
11. Demas PN, Braun TW. Infection associated with orbital subcutaneous emphysema. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 1239-42.
12. Horowitz I, Hirshberg A, Freedman A. Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema following surgical extraction of mandibular third molars: three case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63: 25-8.

"Insuficiencia Hepática. Técnicas de soporte" Prefacio

Este número de Nexo Revista del Hospital Italiano abre una nueva sección. La misma llena un espacio que no era contemplado en forma regular. Nos referimos a los aspectos de lo que se ha dado en llamar investigación básica, la cual muchas veces ha sido confinada a publicaciones especializadas. Sin embargo, los lectores de revistas como el *New England Journal of Medicine* pueden apreciar la presencia de una columna como "*Molecular Medicine*", que llena este espacio específico.

Todos conocemos que nuestra Institución, a través del Departamento de Docencia e Investigación, ha impulsado el crecimiento de la Unidad de Medicina Experimental, la cual nos ha dado grandes satisfacciones en varios campos, con un desarrollo propio y novedoso como es el programa de sostén artificial en insuficiencia hepática, motivo del artículo con el cual se inicia la sección.

La investigación básica en medicina denota el intento de comprender los procesos biológicos y moleculares que subyacen tanto en la salud como en la enfermedad, mientras que la investigación clínico-epidemiológica evalúa los estados de salud y enfermedad como resultados en grupos de seres humanos expuestos a factores que pueden incrementar o reducir la probabilidad de salud o enfermedad, y determinar la relación causal entre el resultado y la exposición.

La pregunta que se hace un investigador básico podría simplificarse así: ¿cómo funciona?, dado que el mayor énfasis está puesto sobre el mecanismo y la manipulación experimental (ej. evaluación causal a "micro" nivel). La investigación clínico epidemiológica se pregunta: ¿realmente funciona? y si lo hace ¿qué tan bien lo hace? (ej. evaluación a "macro" nivel, determinando cuánto y cuándo una exposición a un determinado agente, comportamiento o tratamiento influye en el resultado bajo estudio).

Estas dos posturas no son ni deben ser antagónicas, sino complementarias. El propósito de realizar un esfuerzo al incluir esta sección tiende a permitir un acercamiento a este campo de la investigación, muchas veces relegado en las publicaciones realizadas predominantemente por clínicos.

Creemos que urge hacer un enfoque integrado de ambas vertientes y este primer artículo nos parece que confirma nuestras expectativas.

Dr. Carlos A. Fustiñana
Director
Nexo Revista del Hospital Italiano

Insuficiencia hepática. Técnicas de soporte.

*Sung Ho Hyon**

La falla hepática fulminante (FHF) es una condición patológica que puede afectar a personas previamente sanas, y que en un periodo menor a 8 semanas puede desarrollar encefalopatía y coagulopatía severas¹. Se asocia a altos índices de morbilidad y mortalidad, ya que con la terapéutica médica convencional la sobrevida alcanza apenas al 20%. El único tratamiento que hasta el momento ha logrado cifras de sobrevida entre el 55% y el 75% ha sido el trasplante ortotópico de hígado (TxH). Lamentablemente, debido a la escasez de órganos para trasplante, muchos de estos pacientes mueren antes de la llegada de un hígado. Esta crítica situación ha impulsado el desarrollo de nuevas modalidades de sostén hepático, que sean capaces de mantener con vida a pacientes en FHF y que sirvan como "puentes" hacia el TxH.

Por otro lado, se ha observado que un grupo reducido de pacientes en FHF, pero con medidas de sostén adecuadas, logra restituir la función hepática casi "ad integrum" aun sin la necesidad de un TxH. Para estos casos, los métodos de soporte hepáticos constituirían la terapéutica definitiva².

De esta manera, los métodos utilizados para sostén de la función hepática deberían poder:

- a) revertir o estabilizar las funciones habitualmente afectadas por la falla hepática (hipoglucemias, trastornos ácido-base, desbalances hidroelectrolíticos, coagulopatías, etc.),
- b) cumplir con funciones de detoxificación, no sólo de los productos de degradación metabólica, sino también de los mediadores de inflamación liberados por el hígado enfermo, y
- c) cumplir con funciones de síntesis hepática.

Dos son los métodos probados hasta el momento y que han dado resultados positivos: por un lado el hígado bioartificial (BAL, por sus siglas en inglés)³, que consiste básicamente en un circuito en el cual la función hepática la cumplen hepatocitos aisla-

dos y colocados en un cartucho, y por otro lado los dispositivos de perfusión hepática extracorpórea (ECLP, por sus siglas en inglés)⁴, que utilizan un hígado entero para los mismos fines.

Los hígados utilizados para cualquiera de estas modalidades provienen actualmente de cerdos. El empleo de órganos humanos no sería viable, ya que en el caso de contar con el mismo, éste debería ser destinado a trasplante.

Con el objetivo de evitar el rechazo hiperagudo contra un hígado de otra especie, los avances de la terapia génica han logrado desarrollar cerdos transgénicos tanto para DAF (decay accelerating factor), como para CD59, que prevendrían la actividad del complemento humano, evitando la consiguiente formación de trombosis vascular masiva. Sin embargo, es aún materia de investigación si estas estrategias serían suficientes para prevenir completamente al rechazo hiperagudo. Por otra parte, la tecnología existente para la producción de cerdos transgénicos tiene por el momento las desventajas de ser de muy baja eficiencia y de muy alto costo.

Una alternativa para hacer factible la utilización de hígados porcinos no transgénicos y evitar la interacción antígeno-anticuerpo entre individuos de diferentes especies fue investigada en nuestro laboratorio y consiste en la creación de dos circuitos separados, uno porcino y otro, por ejemplo, humano, a través de un filtro de diálisis. Este es el concepto de xeno-hemodiafiltración hepática extracorpórea⁵. Es decir, ambos circuitos quedan separados por una membrana de diálisis, que de acuerdo al tamaño del poro sólo permite el pasaje de agua y moléculas pequeñas y medianas (tales como electrolitos, citoquinas, etc.), y no permiten el intercambio de complemento, anticuerpos y antígenos proteicos de mayor peso molecular.

En uno de nuestros primeros trabajos experimentales utilizamos hígados caninos para sostén extracorpóreo de la función hepática en un modelo porcino de FHF (con shunt portocava y ligadura de la arteria hepática), (fig. 1).

El otro método mencionado, el BAL, es un bio-reactor en el que se colocan hepatocitos aislados

* Unidad de Medicina Experimental y Serv. de Cirugía General.

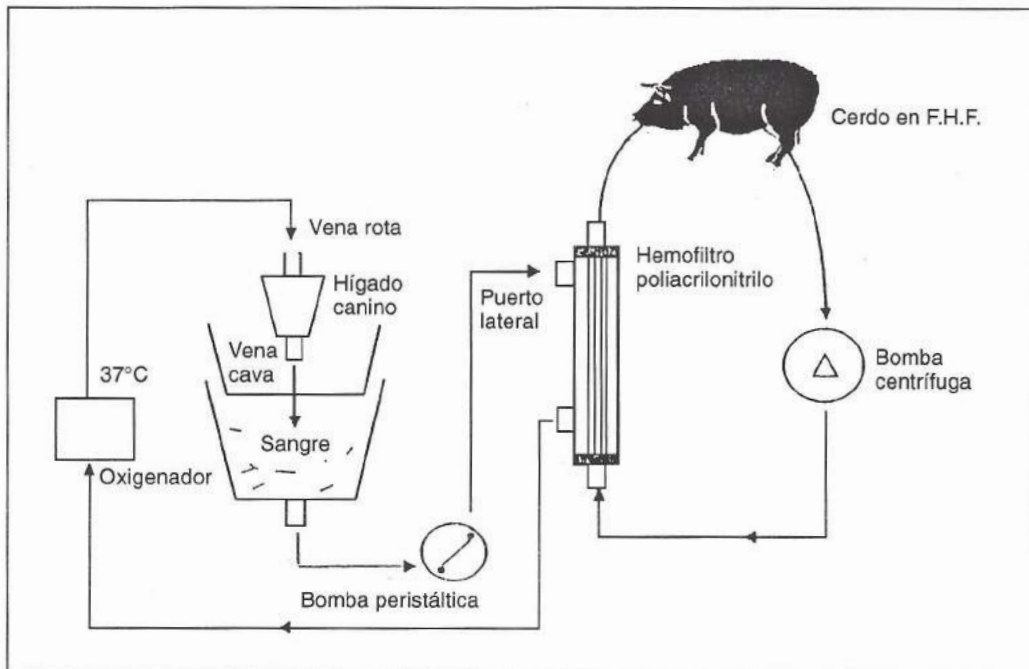


Fig 1.: Cerdo en falla hepática fulminante (F.H.F.). Sostén con hígado auxiliar canino e interposición de un hemofiltro.

por digestión enzimática con colagenasa. Estos hepatocitos pueden utilizarse incorporándolos a microcarriers, colocándolos dentro de filtros de fibra hueca, en cultivos de capas múltiples, etc. El plasma del paciente en FHF se hace circular a través del dispositivo que contiene los hepatocitos para

hacerlo regresar al paciente luego de haber sido detoxificado y filtrado de macromoléculas (fig. 2). En estudios recientes, llevados a cabo en la Unidad de Medicina Experimental, se ha podido observar evidencias de función de hepatocitos de rata en cultivo. Estas células sintetizaron albúmina y produ-

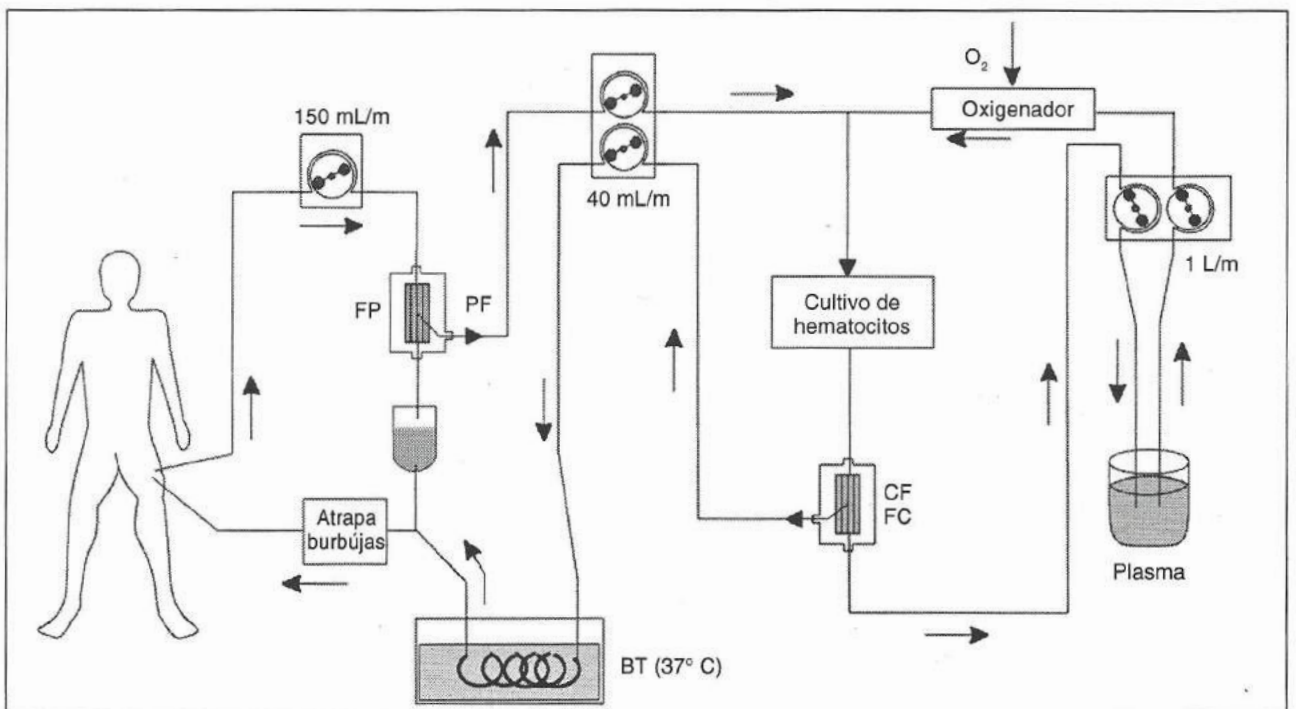


Fig. 2: Hígado bioartificial con biorreactor de hepatocitos en cultivo. FP, filtro de plasmáfesis; FC, filtro celular; BT, baño termorregulador.

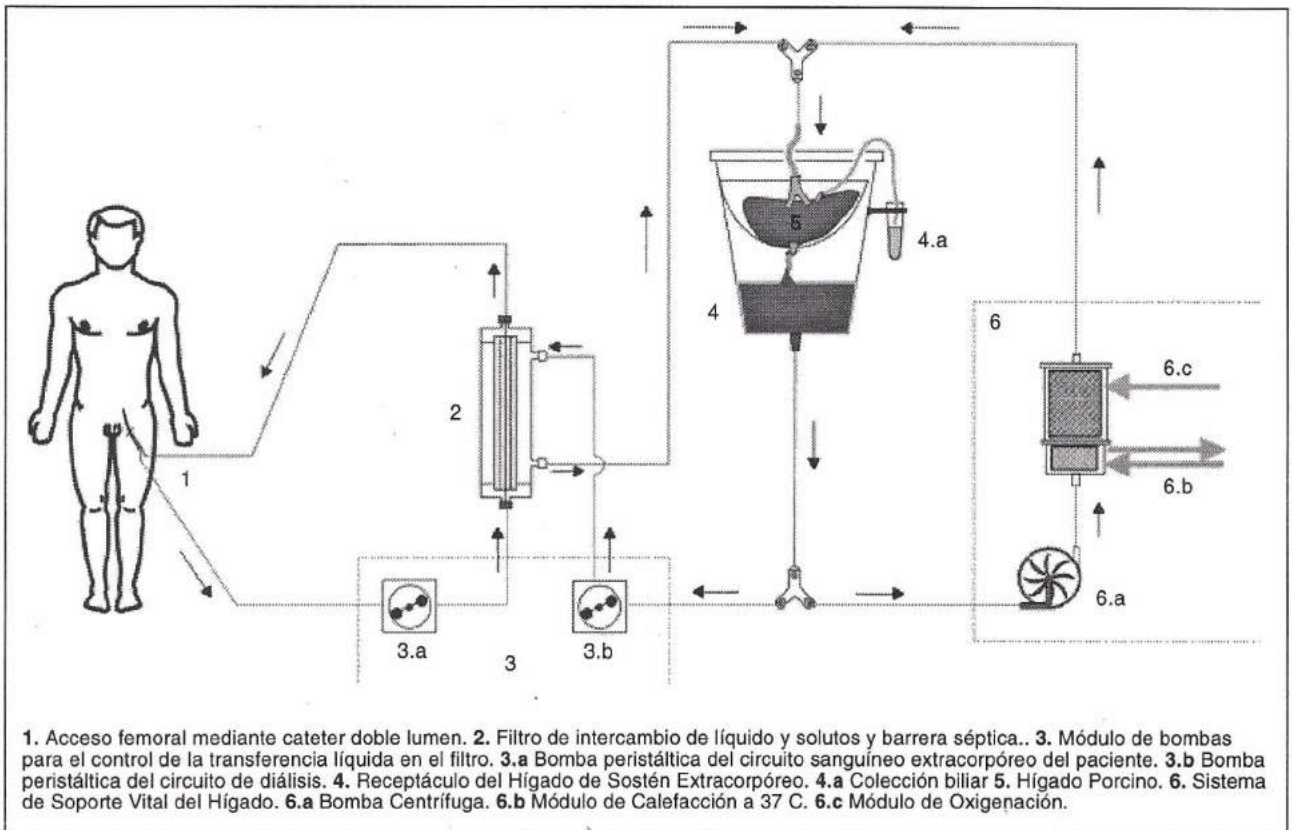


Figura 3. Sistema de xenohemodiafiltración hepática extracorpórea con utilización de un hígado porcino, en un paciente con hepatitis fulminante.

jerón MEGX (monoetilglicilixilidida), como producto de la metabolización de la lidocaína (dependiente de citocromo P450).

En la clínica, todos estos métodos han logrado mejorar, con porcentajes variables, algunos de los parámetros que se encuentran alterados en la FHF, tales como la coagulopatía, la hipoglucemia, la hipotensión, el desequilibrio hidroelectrolítico y el status mental, incluyendo reversión de encefalopatías grado IV.

La aplicación de estos procedimientos en pacientes con FHF permitió que muchos lleguen al trasplante de hígado en condiciones estables, con disminución de la presión intracraneana, aumento de la presión de perfusión cerebral y mejoría de parámetros metabólicos tales como el amonio, la bilirrubina y el tiempo de protrombina^{3,6}.

Recientemente, en nuestro hospital pudo utilizarse un sistema de hemodiafiltración hepática extracorpórea con un hígado porcino en una paciente con hepatitis fulminante en estado crítico, quien finalmente fue transplantada con un hígado humano (Fig.3).

En conclusión, para pacientes en estado crítico

por falla hepática fulminante, en quienes se han agotado las medidas terapéuticas convencionales, los métodos de sostén extracorpóreo pueden constituir un recurso útil durante el tiempo de espera para un trasplante hepático. No son sustitutos de éste.

BIBLIOGRAFIA

1. Riegler JL, Lake JR. Fulminant hepatic failure. *Med Clin North Am* 1993; 77: 1057-1083.
2. Tygstrup N, Buch Andreasen PB, Ranek L. Liver failure and quantitative liver function. En: Williams R, Murray-Lyon IM, eds. *Artificial liver support*. England: Turnbridge, 1975. p. 286-305.
3. Chen SC, Hewitt WR, Watanabe FD y col. Clinical experience with a porcine hepatocyte-based liver support system. *Int J Artif Organs* 1996; 19: 664-9, 1996.
4. Fristoe LW, Merrill JH, Kangas JA y col. Extracorporeal support with a cadaver liver as a bridge to transplantation. *J Extra-Corpor Technol* 1993; 25: 133-9.
5. Argibay PF, Vázquez JC, Hyon SH y col. Polyacrylonitrile membrane interposition between a xenograft and an animal in fulminant liver failure. *ASAIO J* 1996; 42: M411-6.
6. Sussman NL, Gislason GT, Conlin CA y col. The hepatic extracorporeal liver assist device: initial clinical experience. *Artif Organs* 1994; 18: 390-6.

OPTICA "DEL SERVICIO"

LABORATORIO OPTICO
LENTE DE CONTACTO
OPTICA DE PRECISIÓN

*Optica de precisión en lentes
monofocales, bifocales y multifocales o
progresivos de última generación.*

*Especialidad en prótesis oculares a
medida, con asesoramiento
profesional previo y atención
personalizada*

**Pringles 486
(1183) Capital Federal**

REMISES "DEL ITALIANO"

**867-0400
982-8619 / 981-7659**

Ezeiza	\$25.-	Lomas	\$14.-
Unicenter	\$13.-	Ramos	\$11.-
Lanús	\$10.-	Morón	\$14.-
Caseros	\$12.-	Castelar	\$18.-
Olivos	\$11.-	Martínez	\$13.-
S. Fernando	\$18.-	Tigre	\$20.-

**LAS 24 HORAS
SERVICIO DE FIORINO - TRAFFIC CARGA**

**Hora de espera \$7.- - Viaje mínimo \$5.-
Recorrido Radio Capital \$10.- la hora
Mensajería - Tarifa \$0,70 el km.
Frente Plan de Salud del Hospital Italiano**

**Pte. Perón 4297
Potosí 4002**

UNITECNA S.R.L.

- Ingeniería Electromecánica
- Personal por administración

**Belén 535 - L. del Mirador
Tel.: 652-7093
Tel/fax: 454-0914**



MUTUAL DE SANIDAD

*Les desea un
muy próspero 1999
a todos los lectores
de la Revista Nexo*

**TTE. GRAL. PERÓN 4288
Capital Federal
Telefax: 958-4141/3631/3622**

Instrucciones para autores

Nexo Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, publica trabajos relevantes a la medicina y áreas estrechamente relacionadas. Los artículos de investigación clínica, revisiones y actualizaciones podrán ser de autores pertenecientes y no pertenecientes al Hospital Italiano de Bs. As.

Estas indicaciones concuerdan con el: "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (El documento completo fue publicado en *N Engl J Med* 1991; 324: 424-28).

Todos los trabajos se presentarán mecanografiados, en hojas de tamaño carta y en un disket con el texto del trabajo generado por un procesador de textos. Los mismos deberán ser enviados con una carta de presentación adjunta dirigida a: Editor Director Dr.: Carlos Fustiñana, Biblioteca Central, Gascón 450 (1181) Cap. Fed. Esta deberá indicar en qué sección de la revista desean que sea publicado el artículo, el nombre, la dirección postal, número de teléfono y fax del autor responsable. Dicha carta deberá estar firmada por todos los autores.

Los trabajos serán sometidos, antes de su publicación, a revisión editorial y/o revisión por pares (peer review). Se considerarán para su publicación las siguientes categorías: **A) TRABAJOS ORIGINALES:** Son comunicaciones de trabajos originales. Estos, en principio, no deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congreso) ni estar considerados para publicación en otra revista. En caso de que parte o todo el trabajo haya sido previamente publicado, junto con la copia presentada, deberá enviarse una copia de la publicación.

Los trabajos originales deberán mantener la siguiente estructura:

1. Página Inicial: incluirá el título del trabajo; y en caso de que el título posea más de cuatro (4) palabras un título abreviado de no más de cuatro (4) palabras para las cabeceras de las páginas; apellido e iniciales nombre (es) del autor (es), cargo académico, servicio e institución a la que pertenecen, institución en la que se realizó el trabajo; nombre y dirección del autor a quien se debe enviar la correspondencia y solicitud de separatas.

2. Resúmenes: en español e inglés. Acompañarán al trabajo por separado y no deberán exceder las 250 palabras. Deberán mantener el siguiente ordenamiento: Introducción/Objetivo, Material y Métodos, Resultados, Conclusiones. Al pie de cada resumen deberán figurar 3 a 10 palabras claves que son términos esenciales dentro del artículo que se destinan a emplearse como coordenadas de búsqueda bibliográfica y para la elaboración de los índices de las propias revistas.

3. Texto: será redactado de acuerdo con la siguiente secuencia: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Se deberán utilizar las unidades de medidas convencionales. Para las drogas se deberán utilizar los nombres genéricos. Las abreviaturas deben definirse la primera vez que se mencionan.

4. Agradecimiento: cuando se lo considere necesario y en relación a personas y/o instituciones.

5. Referencias: deberá contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuer-

do con su orden de aparición en aquél. Las referencias a comunicaciones personales y otros datos no publicados deben colocarse entre paréntesis () en el texto (o en las referencias). Figurarán los apellidos y las iniciales de los nombres de todos los autores (si son hasta seis), sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de seis indicar los seis primeros y agregar "et al", la lista de autores finalizará con punto (.). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado según el *Index Medicus* de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo y año de aparición en aquélla, seguido por punto y coma (;). Volumen en números arábigos seguido por dos puntos (:) y números de la página inicial y final, separados por un guión (-). Tratándose de libros la secuencia será: Apellido e inicial (es) de los nombres de los autores (no utilizar puntos en las abreviaturas y separar uno del otro por coma), dos puntos (:). Título del libro, punto (.). Número de la edición si no es la primera y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una colocar la primera) dos puntos (:). Nombre de la editorial, coma (.). Año de la publicación, dos puntos (:). Número del Volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura "vol.", punto y coma (;). Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro.

6. Material Gráfico: los gráficos, tablas, fotos y figuras irán numerados correlativamente por orden de aparición en el texto y se realizarán en hojas por separado de tamaño carta e impresión de calidad láser o similar. Estos deberá llevar un título y leyenda (las abreviaturas utilizadas deberán aclararse en la leyenda) en hoja separada. Las fotos de observaciones microscópicas llevarán el número de ampliación efectuada y una flecha que indique la orientación (ej.: arriba); para aquellas fotos que hayan sido modificadas de alguna manera con respecto al original deberá incluirse la foto original y una breve explicación de la modificación realizada.

7. Tablas: las tablas deberán estar enumeradas según el orden en que son citadas en el texto. Cada tabla deberá presentarse en una hoja separada, constará de un título y si se utilizan abreviaturas deberán definirse en una nota al pie de la tabla.

B) TRABAJOS DE ACTUALIZACIÓN Y REVISIÓN: son revisiones detalladas y críticas de temas relevantes.

C) CARTAS AL EDITOR: estarán referidas a los artículos publicados, comunicaciones breves de casos clínicos o cualquier otro tópico de interés general médico, incluyendo sugerencias y críticas.

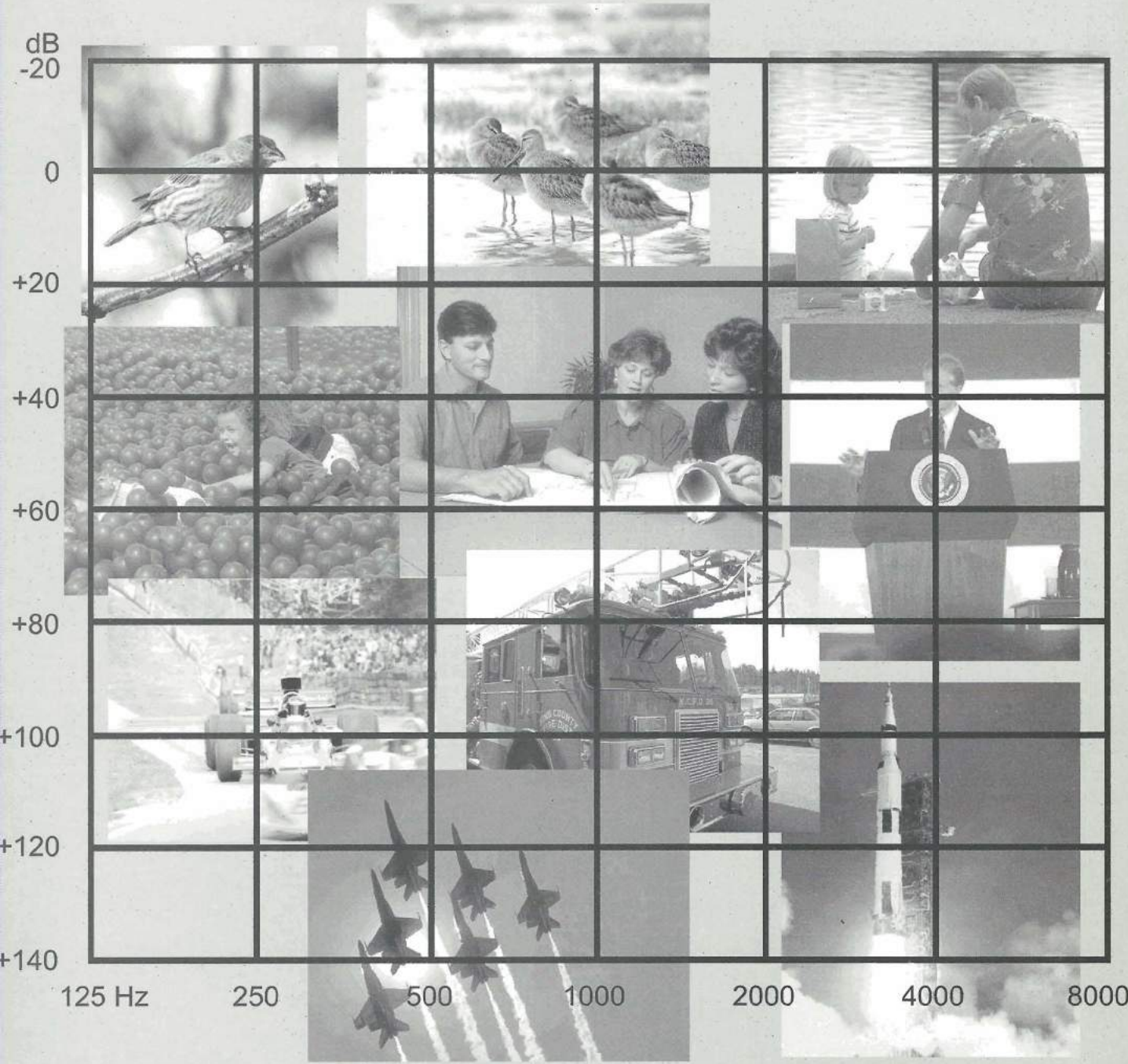
Deben prepararse de la misma forma que los trabajos, procurando que la extensión no exceda las 500 palabras, podrán adjuntarse una tabla y una figura. Deberán incluirse las referencias que no excederán de diez.

D) EDITORIALES: aunque generalmente serán solicitadas, se invita a los autores a discutir posibles tópicos con el editor.

La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. No se devuelven los originales una vez publicados.



AUDIOCITEC



LE DEVUELVE LOS SONIDOS DEL MUNDO

representante exclusivo de audífonos **REXTON**

AUDIOCITEC INTERNACIONAL S.A.

Moreno 1531 Capital Federal 1093 Tel: 373 5944/55/68/96 Fax: 372 9508 audiocit@satlink.com

Instituto de Flebología y Linfología



Director
Prof. Dr. Antonio Pietravallo

Flebología quirúrgica

Flebología estética

Terapia de la úlcera venosa

Clínica del linfodema

Videoscopía subafroneurótica para el tratamiento de las perforantes insuficientes

Atención

Potosí 4032 - Planta Baja

Todos los días de 8 a 20 hs.

Tel. directo: 981-8492 - 958-0529 – Conmutador: 959-0200 Int. 8435

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

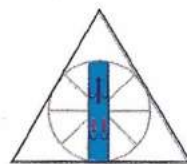


FACULTAD DE MEDICINA

Decano: Dr. Adolfo Lizarraga

Escuela de Post-Grado

Director: Dr. Luis Loviscek



Cátedra de Flebología y Linfología

Director: Prof. Dr. Antonio Pietravallo

Curso Universitario Superior de Flebología y Linfología 1999

El curso se desarrollará en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador: Tucumán 1845. Las clases teóricas comprenden 22 módulos de 4 clases cada uno, a cargo de profesores argentinos invitados, ciclos de actualizaciones terapéuticas y sesión videos con disertación de profesores extranjeros. Los trabajos prácticos y mostraciones quirúrgicas se realizarán en 15 Centros Hospitalarios de Flebología, adscriptos al programa de enseñanza de Post-grado.

Iniciación del Curso: 12 de marzo de 1999

Informes y pre-inscripción: Potosí 4032 - (1199) Capital Federal

Tel. y Fax: 981-8492 / 958-0529

959-0200 int. 8435/8804