

**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA  
LICENCIATURA EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA**



**TEMA  
COBERTURA DE LAS OBRAS SOCIALES  
EN LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR**

**AUTOR  
MUÑOZ, CARLOS ALBERTO**

**TUTORA  
LIC. SILVIA BERGIA**

**OCTUBRE 2005**

## **Resumen**

Si tomamos como cierto que, entre otras medidas, las personas con cardiopatías deben realizar actividad física programada de por vida, puesto que los factores de riesgo sí lo son, nos preguntamos por qué las obras sociales no cubren una cobertura kinésica adecuada.

Para responder esta problemática, se detallan los conceptos de salud, estilo de vida, fitness, actividad física y ejercicio físico con sus objetivos y resultados.

Se desarrollan además los cambios producidos en el hombre y la sociedad después de la revolución industrial, como así también los producidos en la rehabilitación cardiovascular y las obras sociales, que nos permitió conocer sus historias, evoluciones y antecedentes, cuya comparación nos permitió llegar a una conclusión.

Para lograr esto, nos acercamos a los pacientes de distintos centros de rehabilitación cardiovascular para conocer sus diagnósticos y las coberturas que les eran otorgadas para tratar sus manifestaciones clínicas. Esto nos permitió puntualizar la problemática.

Posteriormente fueron consultados los médicos y kinesiólogos especialistas para discernir entre la necesidad de los pacientes y la realidad vivida por estos en función de si la cobertura otorgada es la idónea.

Se citan las distintas leyes, decretos y programas que se dictaron para cubrir las distintas necesidades.

Consecuentemente, tomamos contacto con las voces de las obras sociales, sus auditores, para conocer cual es el pensamiento y las políticas sanitarias que los guían en la aplicación de dichas medidas, que según los médicos, kinesiólogos y pacientes es incorrecta.

Así mismo y para lograr un conocimiento profundo del modelo rector de las obras sociales, nos acercamos a una Docente-Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

El Banco Mundial y el Estado Nacional, en un intento de reforma del sistema de salud, llegaron a establecer la normativa de Desregulación de las Obras Sociales, que no incluye a la rehabilitación cardiovascular, a causa de falta de datos estadísticos oficiales que requieran la necesidad de su intervención.

## **Indice**

Resumen	2
Introducción	4
Problemática	5
Objetivos	5
Marco Teórico	6
• Historia de la Rehabilitación Cardiovascular	6
• Rehabilitación Cardiovascular	8
• Indicaciones de la actividad física	8
• Fases de la Rehabilitación	10
• Objetivos del Entrenamiento	11
• Resultados que Pueden Obtenerse	12
• Actividad Física y Ejercicio Físico	12
• Fitness Total y Calidad de vida	13
• Salud. Visión Holística	13
• Estilo de Vida	14
• Actividad Física y Salud	15
• Realidad Social Post-Revolución Industrial	16
• Pensamiento Mecanicista	16
• Dicotomía del Ser Humano	17
• Estudios Framingham	17
• Ley 24.901	18
• Ley 23.660	20
• Administración de Programas Especiales	21
• Programa Médico Obligatorio	23
• Obras Sociales	25
1. Antecedentes Históricos	25
2. Administración y Gobierno	27
3. Estructura de las Obras Sociales	28
4. División de los Subsistemas	28
5. Proceso de la Reforma	29
6. Escenario Donde Emergió la Reforma	29
7. Regulación	30
8. Nomenclador de Prestaciones Médicas	31
9. Prestación Kinésica	31
10. Modelo Organizativo Actual	31
11. Desregulación	31
12. Modelo Médico Hegemónico	33
• Desarrollo	34
• Métodos y Procedimientos	40
• Conclusiones	41
• Anexos	45
• Citas Bibliográficas	49
• Bibliografía	51

## **Introducción**

“Según estadísticas parciales de distintos centros de salud en Argentina, a penas un mínimo de quienes necesitan Rehabilitación Cardiovascular, la reciben.”

Mientras el Presidente de la Asociación de Cardiología de Santa Fe, se pregunta por qué las obras sociales la cubren solo por 6 meses, un reciente estudio realizado por la Fundación Favaloro, verifica una gran cantidad de muertes por enfermedades cardíacas. Entre Abril de 1999 y Diciembre de 2002, periodo en que el estrés y la depresión sin contención social, provocaron 20.000 muertes cardíacas y 10.000 infartos no fatales, superando así el promedio habitual.<sup>1</sup>

Así lo demuestra el primer estudio que relaciona crisis y mortalidad, realizado por investigadores de la Fundación Favaloro y de la Universidad de Massachussets, EEUU. Esta es la primera información epidemiológica oficial mundial de una crisis financiera, social y económica, que respalda la imperiosa necesidad de una actividad de prevención.

Según la OMS, en el país mueren 50.000 personas por cardiopatías.

Según el Médico Cardiólogo Enrique Gurfinkel, jefe de la Unidad Coronaria de la Fundación Favaloro y principal autor del estudio, “lo que no se sabe con certeza es si las autoridades advirtieron o no, que los números iban variando. Tengo la impresión de que veían que las cosas se deterioraban, pero que no tomaron idea de la magnitud de lo que estaba pasando” Agrego además que “el mal manejo de la cosa pública, mata o infarta a la población. Tengo la impresión de que los datos obtenidos indican que esto puede volver a ocurrir”.<sup>5</sup>

Según la OMS, la actividad física es recomendada hace más de 35 años, no solo para mejorar la calidad de vida, sino también para disminuir la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares, principal causa de muerte en el mundo occidental.

Es de destacar el hecho que disminuye además los costos invertidos en salud, tanto para el Estado como para el paciente, reduciendo la cantidad de estudios complementarios, internaciones, medicamentos y cirugías.<sup>3</sup>

En nuestro país existen unas pocas estructuras de RHCV a nivel estatal y privado.

La falta de concurrencia tiene que ver con diversos motivos ya conocidos, como la falta de prescripción médica<sup>4</sup>, dificultad cultural de cambiar los hábitos sedentarios propios de una sociedad consumista y el abandono de los tratamientos.

Considerando que las enfermedades coronarias son muy amplias, abarcando la Insuficiencia Cardíaca, Infartos, Hipertensión Arterial, Arterioesclerosis, etc., y que los

factores de riesgo son de por vida, existen leyes y decretos que regulan tanto la prevención como el tratamiento.

El inconveniente que surge a la luz de esta investigación, es la limitación impuesta por las obras sociales a la rehabilitación cardiovascular, a un periodo de tiempo que no se adecua a las necesidades de los pacientes.

### **Problema**

Los pacientes coronarios necesitan irrevocablemente tanto del tratamiento farmacológico como de un plan de actividad física permanente.

Considerando que el primero es cubierto sin inconvenientes, nos concentraremos en averiguar: ¿cual es la causa por la cual las obras sociales limitan a un período de 6 meses la cobertura de actividad física programada?

### **Objetivo General**

Considerando que la actividad física controlada para pacientes cardíopatas es tan indispensable como el tratamiento farmacológico, y que las leyes y decretos amparan dicha actividad, nuestro objetivo se centrará en determinar cual es la causa de una cobertura de 6 meses que otorgan las obras sociales a la rehabilitación cardiovascular

### **Objetivos Específicos**

- Conocer las distintas coberturas que le otorgan las obras sociales a los pacientes cardíopatas.
- Indagar cual es el criterio médico y kinésico, respecto de la cobertura otorgada por las obras sociales.
- Indagar cual es el criterio económico y sanitario de las obras sociales.
- Conocer la causa por el cual las obras sociales otorgan dicha cobertura.

---

## **Marco Teórico**

### **Historia de la Rehabilitación Cardiovascular**

El principio de la rehabilitación comienza ya en el año 1800, cuando William Heberden hace ilusión a un paciente que sufría de angor.

En 1929 se aconsejaba “la enfermera debe ser la que haga todo lo que está a su alcance, para ayudar al paciente en cualquier actividad física de modo de evitar todos los movimientos...”

Diez años después, Mallory y Saucedo, escribían: “...nuestros hallazgos sustentan un mes de reposo en cama, las dos primeras en absoluto reposo para el IAM sin complicaciones, seguida de un mes de convalecencia graduada con cuidado y con un tercer mes para consolidar la recuperación, reestablecer la buena salud del cuerpo y la mente. Es imprudente aconsejar menos de tres semanas de inmovilización como así también es imprudente aconsejar el reposo prolongado si no hay complicaciones...”

Durante los 40 años siguientes, se ha intentado permanecer al margen de las limitaciones mencionadas.

Solo recientemente la pregunta central ha cambiado de ¿Es Segura la Actividad? a ¿ayuda la Actividad?

En 1944, Levine, aducía ciertos efectos desfavorables del decúbito prolongado de las enfermedades cardiacas, no así la posición de sentado, que reduce los efectos psicológicos.

Desde 1945, se ha propuesto que la rehabilitación cardiaca debe interesarse también por la condición psicológica y social del paciente y que no debe limitarse solo a la condición física.

Los primeros artículos de los años 50, 60 y 70 compartieron un tema común: un grupo de pacientes había sido sometido a índices de movilización considerados como inseguros, a pesar de ello, los pacientes no sufrieron consecuencias indeseables.

En 1952, Lown y Levin, demuestran que el descanso en sillón desde la primera semana del ataque, no tenía más que efectos beneficiosos y además que no provocaba riesgos. Fue así como se empezó a reducir los tiempos del decúbito y la inmovilización, como también el periodo de internación hospitalaria.

En 1968, Tobis y Zobman, informaron que un programa hospitalario de entrenamiento físico era seguro.

---

En 1969, después de la reunión de Frigburg in Breisgan, en Alemania Federal, la OMS propuso un programa de rehabilitación de entre los varios propuestos.

En 1974, Bloch y col, demostraron la seguridad de la movilización temprana con ensayos controlados. Markiewics y De Busk y Hsskell, demostraron que los pacientes podían ser evaluados para capacidad de trabajo físico apenas 21 días después de un IAM.

En 1976, un informe publicado en el American Journal of Cardiology, concluye que para los infartos no complicados, el reposo en cama no debe exceder de cuatro días y que una interacción de entre nueve a catorce días es casi suficiente.

En 1986, De Busk y col, comunicaron normas para la identificación de pacientes de bajo riesgo y de pacientes que podrían beneficiados con revascularizaciones. En el mismo año, Van Camp y Peterson, informaron sobre la experiencia de 167 programas de rehabilitación ambulatoria.

Mas de 50.000 pacientes efectuaron ejercicios durante mas de 2,3 millones de horas y se registraron solo 3 muertes, 18 paros cardiacos reanimados y 8 infartos no fatales.

Si bien fue bastante fácil demostrar la seguridad de los programas de ejercicio, no fue lo mismo para demostrar la reducción de incidencia de muerte.

Los objetivos de esta rehabilitación se centra primordialmente en que la persona vuelva encontrar un lugar lo mas normal posible en la sociedad.

En algunos lugares, como en EEUU (ver estudios framingham), Canadá y la mayoría de los estados europeos, la rehabilitación cardiaca se halla definitivamente asentada y ofrece sus ventajas a un número creciente de pacientes.

No sucede lo mismo en Argentina.

La OMS, a través de su oficina regional para Europa, creo en 1958 en ginebra su Unidad de Enfermedades Cardiovasculares<sup>6</sup> y 1964 publico las primeras conclusiones del comité de Expertos d Rehabilitación.<sup>7</sup>

Después de varias reuniones, la OMS puso en marcha el Estudio de rehabilitación y Prevención Secundaria del Infarto Agudo de Miocardio.<sup>8</sup> En este, inicialmente formaron parte 23 centros europeos y uno Israelí. Se reunieron anualmente en Turku (1974), Opatija (1976), Valencia (1977) y Berlin Oriental (1978), para controlar la marcha de los estudios y modificar algunos detalles del protocolo. La Conclusión y decisión mas importante de estas, fue la de poner de manifiesto que el ejercicio físico era una parte importante de la rehabilitación.

---

Olbridge y cols <sup>9</sup> incluyen en un trabajo, 20 estudios randomizados con un total de 4347 pacientes, donde se muestran las tasas de mortalidad total y mortalidad cardiaca fueron significativamente menor en el grupo de la rehabilitación. Las diferencias encontradas representaron una reducción de mortalidad del 25 % en el grupo de la rehabilitación.

### **Rehabilitación Cardiovascular**

En 1964, la OMS se refirió por primera vez a la Rehabilitación Cardiovascular como: “...conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental y social optima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad”

La rehabilitación Cardiovascular fue lentamente, creando una gran variedad de criterios entre los médicos cardiólogos y lo médicos en general.

El primer programa creado en Europa estuvo destinado a los pacientes que sufrieran IAM, y debido a las complicaciones psicológicas que presentaban estos pacientes, se fueron agregando programas psicológicos. Además se procuro desarrollar programas orientados a evitar recidiva, pasando a ser un trabajo interdisciplinario.

Posteriormente se fueron incluyendo otras afecciones y hoy día la realizan también personas sanas con por lo menos tres factores de riesgo.<sup>10</sup>

### **Indicaciones y Contraindicaciones<sup>11</sup>**

Todo paciente debe participar en dicha rehabilitación, incluso el que tiene contraindicada la actividad física, ya que es importante la participación en los programas de prevención secundaria y psicológica.

#### **Indicaciones de Actividad Física:**

- Cardiopatías congénitas
- Cardiopatías reumáticas
- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión arterial esencial

- 
- Transplante cardiaco
  - Astenia neurocirculatoria
  - Individuos sanos con al menos tres factores de riesgo
  - Pacientes de edad avanzada que inician practica deportiva

### **Contraindicaciones a la Actividad Física:**

#### **Absolutas**

- Insuficiencia cardiaca no controlada
- IAM, en lo primeros días
- Angina inestable
- Aneurisma disecante de la aorta
- Taquicardia ventricular y otras arritmias
- Estenosis aórtica severa
- Embolismo reciente, sistémico o pulmonar
- Tromboflebitis activa o reciente
- Enfermedades infecciosas agudas
- Tensión diastolica mayor a 115 mmHg

#### **Relativas**

- Arritmias o taquicardias supraventriculares no controladas
- Actividad ectopicas ventricular repetida o frecuente
- Hipertensión moderada sistémica o pulmonar no tratada
- Aneurisma ventricular
- Estenosis aórtica moderada
- DBT no controlada, tirotoxicosis, mixedema, insuficiencia hepática o renal y otras insuficiencias metabólicas
- Cardiomegalia
- Bloqueos: A-V completo, de la rama izquierda, síndrome de Wolf-Parkinson-White
- Marcapasos de frecuencia fija

- 
- Anemia severa
  - Trastornos psiconeuróticos
  - Trastornos neuromusculares, musculoesqueléticos y artríticos que podrían limitar la actividad

### **Fases de la rehabilitación cardiovascular**<sup>12</sup>

Movilización temprana o fase I: en esta fase el paciente se encuentra en la unidad de cuidados intensivos. Se debe iniciar a las 48 hs de un episodio de IAM sin complicaciones, o a los 7 días del último episodio angoroide en una angina inestable. Se busca en esta etapa evitar los inconvenientes de un reposo prolongado, principalmente el tromboembolismo.

En los pacientes quirúrgicos, la inclusión en esta fase debería realizarse incluso antes de la intervención quirúrgica, cuya finalidad es aprender precozmente a realizar movimientos que posteriormente por las heridas pueden causar limitaciones, además se le enseña a eliminar las secreciones y toser con el menor dolor.

Rehabilitación propiamente dicha o fase II: se realiza en el medio hospitalario. Dura aproximadamente 3 meses para después pasar al domicilio. A los 15 días se realiza una prueba de esfuerzo precoz para evaluar el tratamiento médico utilizado, establecer riesgos y determinar pronósticos.

En esta fase, también llamada de convalecencia, se deben tener en cuenta los 4 siguientes factores:

- Frecuencia del entrenamiento
- Duración de cada sesión
- Intensidad
- Especificidad

Post convalecencia o fase III: los pacientes realizan el programa de entrenamiento en su domicilio o en gimnasios especializados. **Esta fase debe durar toda la vida del paciente** y es donde el paciente se incorpora totalmente a su actividad diaria. El objetivo de esta fase es mantener todo lo adquirido en la fase anterior, evitar las recidivas o incluso tratar de mejorarla. Es llamada también fase de mantenimiento. Al

---

paciente se le permitirá que practique según sus posibilidades, deportes como la natación, remo, trote, ciclismo o caminatas.

### **Objetivos del entrenamiento**<sup>13</sup>

#### Area motriz:

- Incremento del rendimiento físico
- Compensación de la carencia de movimientos
- Desarrollo de las capacidades motoras
- Desarrollo de la coordinación
- Coordinación entre la respiración y la actividad física
- Aumento de tolerancia a estrés físico

#### Area afectiva:

- Aumento del bienestar general
- Perdida del miedo
- Aumento de la seguridad en si mismo
- Conocimiento de las propias limitaciones
- Capacidad de disfrutar del movimiento y juego al aire libre
- Aumento de la tolerancia al estrés psíquico

#### Area cognitiva:

- Adquisición de conocimientos médicos/biológicos básicos de su enfermedad
- Valorar la necesidad y la dosificación de la actividad física
- Adquirir conocimientos de los deportes, reglas, conceptos, etc

#### Area social:

- Resolución de problemas ante un grupo
- Aumento de la capacidad para exteriorizar los propios problemas
- Aumento de la sociabilidad
- Mejorar la adaptación a las alteraciones de la edad
- Disminución de la agresión
- Disminución al estrés psico-social

---

## **Resultados que pueden obtenerse<sup>19</sup>**

- Disminución de la FC en reposo y durante esfuerzos.
- Descenso de la presión arterial sistólica.
- Aumento de la capacidad física de trabajo.
- Mejoría del índice aeróbico.
- Disminución de los lípidos en suero.
- Aumento de la capacidad fibrinolítica.
- Disminución a la vulnerabilidad de las disritmias.
- Aumento de la tolerancia al Stress.
- Aumento de los mecanismos periféricos.
- Disminución de los estados de ansiedad.
- Regulación de trastornos simpáticos.
- Disminución o control de los factores de riesgo.
- Aumento del Vo2 máximo

### **Actividad Física y Ejercicio Físico.**

Según Devis Devis, J.<sup>14</sup> “...*actividad física es cualquier movimiento corporal intencional realizado con los músculos esqueléticos, que resulta de un gasto de energía y es una experiencia personal que nos permite interactuar con los seres y el medio ambiente que nos rodea...*” Esta debería ser la forma más difundida y por sobre todo entendida desde su concepción. A pesar de eso, es muy conocido que al hablar de actividad física solo se considera su dimensión biológica y se deja de lado su dimensión personal y socio-cultural. Así pues, algunos autores como Howley Don Franks<sup>15</sup> (1996) declaran que “...es cualquier movimiento corporal realizado con los músculos esqueléticos que lleva asociado un gasto de energía.” Por lo tanto, existe la necesidad de establecer diferencias entre conceptos que se consideran iguales pero que abarcan cada uno una perspectiva distinta, sobre todo para tener una visión más crítica a la hora de hablar en salud. Hablar de *ejercicio físico* se sabe que se está haciendo referencia a “la actividad cuyo propósito es la mejora de algún componente del fitness”<sup>16</sup>, para lograr una calidad de vida óptima proporcionando un riesgo mínimo de desarrollar problemas de salud.

---

### **Fitness Total y Calidad de Vida**

Hablar de fitness total es lo mismo que hablar de calidad de vida óptima. Se tienen en cuenta componentes intelectuales, sociales, mentales y físicos. La curiosidad, emotividad, relaciones con otros seres humanos y no humanos, la participación de los problemas sociales son elementos esenciales para una vida sana. Una mejora en algunas de estas áreas, sugiere una mejora en alguna de las otras.

### **Salud. Visión Holística.**

*Holismo* significa un todo. El cuerpo humano se concibe como un sistema viviente cuyos componentes están relacionados entre sí y que además son interdependientes unos de otros. La concepción oolítica también da cuenta de que este sistema es parte de otro mayor. Así, cada organismo tiene una continua interacción con su entorno físico y social, que constantemente se ve influido por el ambiente, pero que también puede actuar sobre él y modificarlo.<sup>17</sup> (Capra, F. 1982)

Salud, es algo más que un estado, es un proceso dinámico en el que se está más o menos sano, más o menos enfermo. Es algo más que la ausencia de enfermedad y el completo bienestar, como forma subjetiva de entenderla.

*Salud*, es la óptima capacidad de rendimiento, es la capacidad psicofísica para superar las exigencias diarias, manteniendo un óptimo equilibrio interno y externo, logrando una adaptación constante, no resultado del instinto, sino de una reacción autónoma moldeada culturalmente ante la realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, dependiendo de la capacidad individual, laboral, familiar y social, es decir, de todo el entorno que rodea al individuo.( Illich, I. 1984)<sup>18</sup>.

La Salud es entonces una tarea, como éxito del resultado del conocimiento de uno mismo, de autodisciplina y de los recursos mediante los cuales cada persona regula su propio ritmo de vida.

La Salud esta sujeta al libre albedrío, pero su relación con la enfermedad esta sujeta al contexto cultural. Las medidas terapéuticas ofrecidas por los profesionales de la salud se ven afectadas por nuestra cultura y sociedad.

La concepción mecanicista de nuestra cultura, toma el cuerpo humano como una sumatoria de sus partes, separando la mente del cuerpo y tomando la enfermedad como una falla mecánicamente biológica.

---

Hoy, esta visión esta siendo reemplazada por una visión mas holística, humana y ecológica que supone al mundo como un sistema viviente, relacionando las estructuras y los procesos que los subyacen.

### **Actividad Física. Visión Holística.**

La actividad física se refiere al movimiento, pero también comporta la interacción entre el cuerpo y la práctica humana. Por eso cualquier intento por conceptualizarla debe integrarla en tres dimensiones.

Airasca, D.<sup>20</sup> comenta que nuestra condición de seres vivos con capacidad de movimiento e interacción con las cosas y otros seres vivos, permite que dicha actividad se encuentre en cualquier ámbito de la vida. Desde la infancia a nuestra vejez. Difícilmente podremos llevar una vida sana, plena y feliz sin la posibilidad del movimiento y la capacidad que esto nos permite de interactuar con el mundo.

El hombre es un ser que siente, dice y piensa, como hacedor de cambios culturales, sociales, biológicos, ecológicos y sociales. Construye activamente sus ideas , su comunicación, su gestualidad y su relación con el mundo.

Por todo esto es que la actividad física debe ser sustentada tanto desde lo fisiológico como desde lo psico-social.

### **Estilo de vida.**

La búsqueda del estilo de vida no puede separarse de la toma de conciencia sobre los temas cotidianos y de todo aquello que se trata de dominar como puede ser la salud o la enfermedad. Las necesidades y aspiraciones individuales utiliza recursos de su ambiente. Cada persona se ocupa y preocupa de su propio equilibrio entre el diario vivir y el medio. Esta forma de elegir vivir la vida, impulsa a cada uno a establecer *jerarquías* en todas sus actividades.

El Libre Albedrío, entonces, nos permite concientemente elegir las alternativas de organizar nuestra vida, acomodándolas a nuestras necesidades.

Según la OMS (1996),”...el estilo de vida esta determinado por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante el proceso de socialización. Estas pautas se aprenden con los compañeros, amigos, hermanos, television , etc.”

---

### **Actividad Física y Salud.**

La relación entre actividad física y salud tienen una larga historia de relación. Actualmente podemos identificar tres perspectivas <sup>21</sup> que las unen:

1. Perspectiva Rehabilitadora: considera a la actividad física como si de un medicamento se tratara, o sea, un instrumento por el cual se recupera la función corporal enferma.
2. Perspectiva Preventiva: para reducir el riesgo de que aparezcan nuevas enfermedades.
3. Perspectiva Orientada al Bienestar: contribuye al desarrollo personal y social, de manera independiente de las dos anteriores, y solo por el hecho de realizar alguna actividad donde pueda conquistar logros individuales que a uno le permite crecer interiormente para sentirse mejor con uno mismo, al mismo tiempo que interactuó con otros.

De esta manera, si una persona con patología cardíaca comienza con un plan de actividades físicas programadas y supervisadas, al mismo tiempo logra mejoras sus funciones corporales, mentales, espirituales, sociales y previniendo otras complicaciones futuras.

“La actividad física debe adaptarse a la persona y no a la inversa.”<sup>22</sup> (Devis Devis, 2000). Los beneficios los obtiene con carácter habitual, cuando dicha actividad pasa a ser parte de nuestra vida misma.

Devis Devis (2000), indica a modo general las características que debe poseer:

- ◆ Adaptada a las características personales
- ◆ De intensidad moderada a vigorosa
- ◆ Realizada de manera habitual
- ◆ Orientada a la practica en si misma mas que a lo deportivo
- ◆ Satisfactoria
- ◆ Que permita relación con otros seres
- ◆ Respetuosa con el medio ambiente

---

## **Realidad Social Post Revolución Industrial**

Después de la revolución industrial, la sociedad se adaptó a la nueva forma de vivir a un alto precio. Se condicionó al facilismo. Se educó para consumir más que para actuar, restringiendo su movimiento. Cambió el caminar y la bicicleta por automóvil. El pararse, por el control remoto. El buscar alimento, correr y luchar por él, por la góndola con variedades de marcas y calidad.

Cambio a la su propia biología por la tecnología.

Pero este enriquecimiento de oportunidades trajo aparejado trastornos y disminución funcional. La vida moderna se caracteriza por la disminución progresiva del esfuerzo físico y la voluntad de hacer cosas con sus propias manos. EL esfuerzo ya no es necesario ante el reemplazo de la mecanización y automatización.

En el paradigma de salud-enfermedad, el mantenerse sano deja de ser una actitud y el curarse a si mismo deja de ser una tarea del enfermo se convierte en el deber del médico. El enfermo se niega a considerar la posibilidad de que su actuación puede ser la causa de su enfermedad y por ende pocas posibilidades de curarse, dejando en manos de los tecnólogos, lo que la tecnología apenas puede remediar.

Esta problemática podría ser obviada, en parte, gracias a la actividad física, en reemplazo del trabajo físico de antaño propio para subsistencia. Se considera el medio fundamental en esta lucha contra el sistema sedentario e hipoquinético, que nos inmoviliza cada vez más, sumergiéndonos en una bola de nieve creciente a la que llamamos enfermedades de la civilización.<sup>23</sup>

## **¿Actitud Mecanicista?**

La máquina es el nuevo modelo del mundo post-revolución industrial. La diferencia entre las máquinas hechas por el hombre y el hombre mismo, ¿está dada por el perfeccionamiento y la complejidad? Cada máquina está programada para una tarea específica y que no puede alterarse por ideales políticos o emocionales o espirituales.<sup>24</sup>

¿El cuerpo es como una realidad solo biológica y la salud no es más que el silencio de los órganos, donde se observa un correcto funcionamiento de sus órganos?

El cuerpo solo se valora por la capacidad de producir movimiento.

Pero esto no aclara por qué vivimos nuestro cuerpo de manera distinta. A veces nos vemos feos o nos sentimos mal con nosotros mismos. Los recuerdos dejan huellas en el rostro y en la mirada.

---

La medicina occidental alopática, se basa en lo anatómico y fisiológico. Aunque es una tendencia que empieza a declinar por sus limitaciones y la divulgación de nuevos conocimiento a través de los medios de comunicación, aun todavía es la base de enseñanza de nuestro sistema educativo.

### **Dicotomía del Ser Humano: Cuerpo y Alma**

EL hombre siempre necesito dividir las cosas y separarlas, para poder entenderlas y manejarlas. Sin embargo esta capacidad lo ha llevado a un campo de resultados negativos y destructores. El hombre ha perdido la conciencia de lo que esta haciendo, extendiendo el proceso de división mas allá de los limites manejables y correctos. Esta división es una manera útil de pensar las cosas de una forma practica, fácil y entendible, *“lo importante seria que el hombre pudiera recordar que recorta, reduce y simplifica por razones practicas y no para extraer la quintaesencia de la realidad. Pensar al hombre como la suma de sus partes, es un reduccionismo peligroso cuando no insatisfactorio”*<sup>24</sup>

*“...lo cierto es que somos un todo modesto e inconcluso, único e irrepitable, no sumable que lucha lleno de angustia por trascender”* (Guridi, J. 1994)

Otro punto a considerar es la idea que el hombre no separe tanto el alma del cuerpo. La gran dicotomía de su existencia, es lo que mas le cuesta entender.

La necesidad de encontrar soluciones para sus contradicciones de su existencia, de encontrar formas cada vez mas elevadas de unidad con la naturaleza, con sus pares y con el mismo, es la fuente de todas las pasiones, afectos y ansiedades. (Fromm, E. 1956)

### **Estudios Framingham**

El Framingham Herat Study o Estudio Framingham del Corazón, es la investigación de mayor duración sobre el corazón humano.

Desde 1948, los habitantes de una ciudad de Boston llamada Framingham, están bajo control. Y es que desde hace casi 50 años la población de esta ciudad americana esta participando voluntariamente en la elaboración de uno de los estudios epidemiológicos mas importantes de la historia de la medicina moderna.

---

Debido a la amplia muestra que abarca, tres generaciones, así como a la exhaustividad y rigor de los métodos utilizados, se ha convertido en el patrón de base para multitud de estudios posteriores.

Desde la época de los 40, en dicho lugar han tenido en cuenta los factores de riesgo cardiovascular prestando especial atención al estilo de vida, la dieta, actividad física, consumo de tabaco y alcohol.

Los resultados de la última actualización del estudio se presentaron en el Séptimo Congreso de Medicina Interna Catalana, celebrado en Palma de Mallorca. En este encuentro, el máximo responsable, el doctor William Bernard Kannel, hablo de los factores de riesgo que influyen en el riesgo de sufrir algún proceso cardiovascular así como de los últimos datos que se pueden extraer del seguimiento.

La principal conclusión a la que han podido llegar, ha sido el carácter multifactorial de los factores de riesgo. Los pacientes con procesos cardiovasculares presentan siempre un mínimo de dos o tres factores asociados. Además, si bien es cierto que existen circunstancias ambientales o casos de predisposición genética que no se pueden evitar y solo tienen solución con fármacos, hay otros relacionados con nuestro estilo de vida que dependen exclusivamente de nuestra voluntad para eliminarlos.

A raíz de esto, la prevención realizada, logro que la sanidad se ahorre millones de dólares en tratamientos que ahora se invierten en campañas de formación y prevención para evitar enfermedades coronarias...

### **Ley 24901**

Sancionada: 5 de Noviembre de 1997

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, sancionan con fuerza de Ley:

Sistema de Prestaciones Básicas en Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

#### Capitulo I

Articulo 1º: Institúyase por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

#### Capitulo II

---

Artículo 2º: Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en la Ley 23660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas, que necesiten los discapacitados afiliados a las mismas.

### Capítulo III

Artículo 9º: Entiéndase por persona con discapacidad, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas a su entorno.

Artículo 11º: Las personas con discapacidad afiliadas a obras sociales, accederán a través de las mismas, por medios de equipos interdisciplinarios capacitados a tal efecto, a acciones de evaluación y orientación individual, programas preventivos-promocionales de carácter comunitario y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

Artículo 12º: La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado, deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario.

### Capítulo IV

Artículo 15º: Prestaciones de Rehabilitación. Se entiende por estas, a las que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo interdisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico adecuado, a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas congénitas o adquiridas (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas o de otra índole) utilizando todos los recursos necesarios.

En todos los casos se deberá brindar cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

### Capítulo V

Artículo 27º: Entiéndase por rehabilitación motora, al servicio que tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de origen motor.

- 
- A) Las personas con discapacidad ocasionada por afecciones traumática, neurológicas, infecciosas, vasculares o de otra causa, tendrán derecho a recibir atención especializada con la duración y alcances que así se determine.

## Capítulo VII

Artículo 33º: Se otorgará cobertura económica con el fin de ayudar a una persona con discapacidad. El carácter transitorio del subsidio otorgado lo determinará la superación, mejoramiento o agravamiento de la contingencia que lo motivo y no plazos prefijados previamente en forma taxativa.

### **Ley 23.660**

#### **Funcionamiento de las Obras Sociales**

Las Obras Sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud. Son beneficiarios de las mismas, los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, privado o público. Quedan incluidos en calidad de beneficiarios los grupos familiares primarios y las personas que conviven con el afiliado titular.

Deberán destinar como mínimo el 80% de sus recursos brutos deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución.

Se establecen los siguientes aportes y contribuciones para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar, según la presente ley:

- Contribución a cargo del empleador del 6 % de la remuneración del trabajador en relación de dependencia.
- Contribución de los trabajadores del 3% de su remuneración, más el 1,5% por cada beneficiario.

---

## **APE – Administración de Programas Especiales**

Ministerio de Salud y Acción Social

Buenos Aires, 10 de Diciembre de 2003

Considerando:

- Que esta administración de Programas Especiales, tiene como objetivo la implementación y administración de los recursos afectados al apoyo financiero de los agentes de salud y a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del sistema, conforme lo establecido en la Ley 23661.
- Que mediante el decreto citado precedentemente se le confiere a la máxima autoridad de esta APE la atribución de elaborar y diseñar normas de otorgamiento de apoyos financieros y programas especiales, determinando los procedimientos e instrumentos administrativos para acceder a los mismos.
- Que mediante la resolución conjunta mencionadas en el VISTO, la Super Intendencia del Servicio de Salud y esta APE aprobaron los programas de Identificaciones de Factores de Riesgo y Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares en la población de beneficiarios de los agentes del Seguro de Salud.
- Que las resoluciones mencionadas en el VISTO esta APE, suscribió convenios con la Federación Argentina de Cardiología y con la Sociedad Argentina de Cardiología, en el marco del programa mencionado precedentemente con el objeto que estas entidades actúen con capacidad científica y operativa prestando asesoramiento.
- Que constituyen fines del programa la detección y diagnóstico de factores de riesgo cardiovasculares, al igual que distintas intervenciones y estrategias para su prevención.
- Que para aquellos agentes del seguro de salud que así lo soliciten, la fuente de financiamiento del citado programa, provendrá del Fondo Solidario de Redistribución, conforme lo establece el apartado 4º del artículo 24 de la ley 23661...
- Que en este marco la APE debe dictar las normas necesarias y requisitos que deben cumplimentar los agentes del seguro de salud a fin de otorgarles el apoyo financiero que estos soliciten.

---

El Interventor de la APE Resuelve:

Artículo 1º: apruébese el modelo de convenio de adhesión que esta APE deberá suscribir con dichos agentes que implementen el programa de identificación de factores de riesgo y prevención primaria de enfermedades cardiovasculares.

Artículo 2º: apruébese las normas de procedimiento para el otorgamiento de apoyo financiero que deberán cumplir los agentes del seguro de salud que implementen el programa de identificación de factores de riesgo y prevención primaria de enfermedades cardiovasculares que como anexo II forma parte de la presente.

Artículo 3º: apruébense las normas operativas para que los agentes del seguro de salud implanten el mencionado programa.

#### Anexo I

##### Acuerdo de Implementación del Programa de Identificación de Factores de Riesgo y Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares en la Población de Beneficiarios.

Cláusula 1º: esta APE por el medio del presente acuerdo se compromete a colaborar con los agentes del seguro que implementen el mencionado programa.

Cláusula 2º: La obra social se compromete a implementar el mencionado programa, con el objetivo de disminuir la carga de morbimortalidad surgida por esta causa, desarrollando campaña de difusión y promoción, bajo las pautas establecidas por la APE y SSS.

Cláusula 5º: la obra social una vez detectado el factor de riesgo deberá continuar con la atención al beneficiario por los mecanismos normales de asistencia, tal como se establece en el apartado II, punto 2 del Anexo 3.

#### Anexo III

##### Apartado II: Encuesta

Punto 2: si se obtienen 3 o mas factores de riesgo, el agente del seguro deberá emitir al beneficiario la Constancia de Patología.

##### Apartado III: Detección del Riesgo

Punto 10: el medico deberá efectuar el examen en consultorio, compuesto de antecedentes familiares de enfermedades cardiacas, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, DBT, tabaquismo y hábitos sedentarios y/o deportivos, peso, obesidad.

---

El medico deberá decidir la asistencia del beneficiario según el nivel de riesgo cardiovascular.

#### Anexo VI

#### Nomina de Códigos de Factores de Riesgo

401-Hipertensión Arterial

305.1-Tabaquismo

278- Sobrepeso y Obesidad

272- Hipercolesterolemia

250-DBT

#### Nomina de Enfermedades Cardiovasculares

390- Enfermedad Cardíaca Reumática

410- IAM

413- Angina de Pecho

420- Pericarditis Aguda

422- Miocarditis Aguda

426- Bloqueo aurículo-ventricular

427- Taquicardia Paroxística Supraventricular

427.3- Fibrilación y aleteo auriculares

428.9- Insuficiencia Cardíaca no especificada

441- Aneurisma Aortico

443- Otra Enfermedad Vascolar Periférica

#### **PMO-Plan Medico Obligatorio**

Es una herramienta de política sanitaria, cuyo objetivo principal es establecer un piso mínimo de prestaciones medico-asistenciales que sean de cobertura obligatoria para las Obras Sociales del régimen de las leyes 23.660 y 23.661 y para las Empresas de Medicina Prepaga. Esta obligatoriedad no incluye a obras sociales de otros regimenes tales como las universitarias, provinciales, FFAA y Seguridad, etc, para las cuales el PMO es de aplicación optativa o facultativa.

Detalla los mínimos de cobertura en atención médica, odontológica, bioquímica, farmacéutica, prótesis, ortesis y otros, en forma individual o programas, que un sector de la seguridad social argentina todas las prepagas, deben ofrecer en forma obligatoria a sus asociados.

---

Lo conforman las leyes: 240455, 23.660, 23.661, 24.474, y los decretos: 492/95, 580/95, y las resoluciones: 247/96, 939/2000.

Entre otros servicios y según la ley 24.901 para la discapacidad, prescribe una asistencia integral a las personas con discapacidad, con una cobertura del 100%, con transporte si es necesario.

La última actualización es en el año 2004.

Este programa se basa en el Marco Estratégico Político para la salud de los Argentinos. Tiende a basar su accionar en la Prevención como solución a los problemas de financiamiento.

Entre los distintos programas que abarca, cuenta con uno específico llamado:

Programa Control de la Persona Sana: se impone el examen clínico anual obligatorio en el cual se hará un control de:

- presión arterial
- talla
- peso
- colesterol
- HDL
- Control de Glucemia
- DBT
- Adicciones como alcohol, cigarrillos, etc.

Diferencia las acciones según las edades, de 20 a 35 años, luego cada 10 años y los mayores de 65 años.

Se establece una fórmula para calcular el peso, según:  $\text{Peso/Talla}^2$  (al cuadrado). Si la masa oscila entre los 25 y 35 Kg./m<sup>2</sup>, se considera sobrepeso. Por encima de 30 es obesidad.

Se deberán elaborar programas de ejercicios regulares para las personas entre 20y 65 años.

Rehabilitación: se dará cobertura al 100% en los casos de rehabilitación motriz, psicomotriz, ortopédica y sensorial con hasta 25 sesiones al año.

Como vemos, no hace referencia a la Rehabilitación Cardiovascular.

### **Antecedentes Históricos**

La actual labor que despliegan las obras sociales en la Argentina como prestadoras y financiadoras de servicios de salud a gran parte de la población, tiene como antecedentes las asociaciones de ayuda y socorros mutuos que se desarrollaron durante el siglo pasado, impulsadas por las diversas nacionalidades europeas que inmigraron al país. Hacia mediados de siglo, también tuvo una expresión destacable la solidaridad gremial a través de instituciones como la Sociedad de Socorros de San Crispin que en 1856 agrupa a los zapateros. Otro precursor más importante fue la sociedad tipográfica bonaerense que fue fundada el 25 de mayo de 1857 en Bs. As. Esta prestaba servicios de asistencia médica por profesionales, medicinas, subsidios por fallecimientos, etc. En 1887, se funda la Fraternidad, pertenecientes a maquinistas y fogueros de locomotoras que aparte de ser el primer sindicato obrero que se organiza a nivel nacional, también tuvo el mérito de ser la primera organización de trabajadores que bregó por la creación de un establecimiento médico-asistencial propio. También el movimiento social cristiano hace sentir su influencia en este terreno con la creación en 1892 del primer círculo católico de obreros, que proporcionaba asistencia social y capacitación a los trabajadores y sus familias.

El elemento diferenciador que marca el origen de las obras sociales en la década del 40, ya en este siglo, es cuando los grupos asalariados logran incorporar, junto al aporte de los beneficiarios directos, la contribución de los respectivos empleadores. Así, con el apoyo y bajo el control del Estado, se desarrolla la solidaridad grupal de las organizaciones gremiales dirigidas hacia la previsión y la asistencia social. En 1944, bajo la supervisión directa del vicepresidente de la nación, coronel D. Peron, se crea la Comisión de Servicio Social, encargada de propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retributivas. La creación de esta comisión es considerada frecuentemente como el punto de partida de la organización gremial de las obras sociales sindicales argentinas. Estas tienen un gran desarrollo en un momento histórico marcado por la necesidad de proveer a la industria de mayores volúmenes de fuerza de trabajo apta para ser incorporada al proceso productivo y el mayor poder de reclamo del sector asalariado. Las diferentes formas y momentos en que se daba la creación de las obras sociales dependía en gran medida de la capacidad de las diferentes organizaciones gremiales de negociación con sus empleadores. Este hecho, junto con las

---

diferenciaciones salariales existentes entre los diversos sectores de la producción, serán también el estigma que acarreará con el transcurso del tiempo el sistema de las obras sociales en Argentina. Se conforma así un mosaico de diferentes organizaciones con variada capacidad financiera y número de afiliados, que se traduciría en el desarrollo de obras sociales ricas y pobres. Las diferencias entre unas y otras están dadas en el presente entre los variados grados de cobertura de asistencia médica que brindan que brindan a sus afiliados y la eficiencia con que esta se cumple. Contrariamente, tenemos la supuesta aceptación histórica del Estado de un derecho igualitario al acceso a la atención oportuna, eficiente e integral de la salud, y su también desentendimiento del problema, dejando en manos de los sindicatos la organización del sistema de cobertura de salud para sus afiliados.

Esto se hace más notorio a partir del derrocamiento de Perón en 1955, lo que se traduce en la paralización de obras emprendidas durante la administración anterior. La acción del Estado había tenido hasta ese momento un importante papel asistencial y de promoción de políticas sociales orientadas hacia la satisfacción de las necesidades de los asalariados y más carenciados de la población. Es recién a partir del movimiento militar del '55 que las organizaciones obreras comienzan a tomar el relevo, en la medida de sus posibilidades, suplantando en buena medida el teórico deber del Estado en el terreno de la salud. Las obras sociales se desarrollan así de manera independiente de la acción estatal.

Junto con la acción negociadora de los sindicatos hacia fines de la década del 60 se suceden una serie de leyes y decretos que van considerando con mayor relevancia la acción que cumplen las obras sociales. Se plasma con la sanción de la ley 18.610 en 1970. Dicha ley no crea las obras sociales, sino que regula la legislación de ellas. Entre sus lineamientos generales, establece como obligación fundamental la de dar prestaciones médico-asistenciales, son beneficiarios todos los trabajadores y sus familias, las dota de un régimen financiero con aportes y contribuciones de base legal, crea el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) y su Fondo de Redistribución que será destinado para incrementar la capacidad instalada que se destine a las prestaciones o para la asistencia financiera de las instituciones que así lo requieran.

Se suceden leyes posteriores que reglamentan nuevos aspectos de las actividades de estas, aunque el énfasis principal estaba puesto en la ampliación de la cobertura.

La sanción y reglamentación de las sucesivas leyes, han sido el producto de una determinada relación de poder y fuerzas entre los sindicatos y el Estado, y por lo

---

general, han expresado un reconocimiento de las demandas sociales de los sectores asalariados.

La ley 22.269 del año 1980, proclamada en un principio como modificatoria y complementaria de la ley 18.610, avala que las obras sociales queden bajo intervenciones militares, derivando sus fondos a otros fines que se consideran prioritarios.

### **Administración y Gobierno**

El desarrollo histórico de lo que actualmente son las obras sociales, ha sido acompañado durante las últimas décadas por una confrontación política de dos sectores: los sindicatos y el Estado.

Desde la óptica del Estado, los fundamentos que precedieron a la expropiación de las obras sociales se centraban en la naturaleza pública de los fondos por éstas recaudados.

Los sindicatos por su parte, defienden su derecho a reclamar para sí, algo que consideran como un patrimonio de los trabajadores, por una trayectoria histórica que reconoce en ellos, sus fundadores y principales impulsores.

Las obras sociales fueron intervenidas y luego expropiadas por el gobierno de facto que asumió en 1976.

A partir de la Asunción del gobierno constitucional de Diciembre de 1983, la disputa sigue en pie.

Entendiendo que el principal servicio que prestan las obras sociales es el referido a la salud, no es sorprendente que las principales opiniones provengan del Ministerio de Salud y Acción Social. En un importante documento de este ministerio, se señala que la responsabilidad por la conducción general de la salud, es una actividad indelegable del Estado.

Obviamente, nadie podría negar que el resguardo de la salud es un deber del Estado.

No obstante, el Estado ha demostrado históricamente su incapacidad para cumplir ese deber, tarea que contrariamente, han realizado las obras sociales con bastante eficacia. Por ese motivo es que la discusión en torno al manejo y administración de estas, escapa a un enfoque teórico sobre funciones del Estado y de sociedades intermedias de la seguridad social, y pasa a ser un problema político. Dicho enfoque político del Ministerio de Salud está expresado a través de un documento en el que se señalan dos cuestiones esenciales. La primera, es que las obras sociales deberán funcionar separadamente del estado, pero también, esto es lo novedoso, de los sindicatos. En

---

segundo lugar, los beneficiarios se encargaran solamente de la gestión de las obras sociales y tendrán participación minoritaria.

En su contra podrían esgrimirse dos argumentos. Uno, la contradicción política existente entre una proclamada solidaridad de la clase trabajadora y la reproducción de la heterogeneidad del mercado laboral con sus profundas diferencias de las condiciones de vida y trabajo de los sectores asalariados. En la defensa irrestricta que hacen los sindicatos del patrimonio de las obras sociales, se omite señalar las deficiencias y distorsiones en cuanto a la cobertura. En segundo lugar, *se omite también que mientras se defiende la responsabilidad de los sindicatos en la cobertura de la salud de los asalariados a través de las obras sociales, como una fase que podría asociarse con un tipo de medicina curativa, se relega la clave de la cobertura se salud del trabajador: su lugar de trabajo, como medicina de carácter preventivo.*

En la actualidad podemos encontrar una situación similar. La situación ha estado marcada a partir de la asunción del gobierno radical de 1983, por una gran cantidad de conflictos políticos.

De esta manera, intentamos damos dar una explicación aproximada, del como y cuando, la medicina pierde su filosofía preventiva.

## **Estructura de las Obras Sociales**<sup>27</sup>

### **División en Subsistemas**

El análisis del sistema de servicios de salud en la Argentina se ha basado en la diferenciación de 3 subsectores; a saber: el público, el privado y el que atañe a la seguridad social, las obras sociales. Según el modo de financiación, este último es el de seguro obligatorio con provisión de servicios por contrato: los recursos son recogidos y administrados por las instituciones de seguridad social; la provisión se organiza por contrato. El seguro de salud con contribuciones obligatorias que supone pagos directos, bajo contratos, de los aseguradores o terceros pagadores a los proveedores por los servicios prestados. En este modelo, los proveedores son por lo general independientes y los pagos contractuales que reciben tienen la forma de capitación u honorarios por servicio.

---

## **El Proceso de la Reforma**<sup>28</sup>

El proceso histórico de las transformaciones del sistema de salud argentino en los últimos veinte años, proporciona material empírico invaluable para analizar bajo una perspectiva institucional los cambios en las diferentes formas organizacionales y en sus respectivos marcos regulatorios.

La elaboración de una política de cambio debe tener en cuenta las capacidades, tanto de las agencias estatales como de las entidades que serán afectadas.

Ese es un punto clave para evaluar la situación Argentina: el Estado Nacional se propone objetivos que no están al alcance de sus posibilidades, debido a que entre sus funcionarios no hay la suficiente cohesión en torno del proyecto de cambio, dejando de lado aspectos sustanciales de la realidad que se quiere transformar.

En consecuencia, el flujo de transformaciones, adquiere una dinámica propia que el estado solo puede seguir a destiempo.

En el modelo de organización de los años 60, previo al proceso de cambio, la Confederación Médica y la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales comenzarían a controlar el mercado de servicios bajo condiciones de oligopolio de oferta.

La estrategia de intervención consistió en debilitar la relación entre corporaciones y reemplazarla por las relaciones de competencia de un mercado abierto. La reforma se implementó a través de la sanción por decreto de la Desregulación, permitiendo, además de la libre elección del beneficiario de la entidad donde canalizaría sus aportes, la libertad de contratación entre obras sociales y proveedores.

A partir de aquí, los actores protagonistas del mercado de atención médica para la seguridad social, utilizaran sus recursos técnicos, financieros y organizativos, para ganar posición en ese mercado, *sin someterse a una competencia basada en la calidad y precio de los servicios.*

## **Escenario donde emergió la Reforma**<sup>29</sup>

La reforma del Sistema de Servicios de Salud (SSS) en la Argentina se produce como consecuencia de la grave situación económica que el país enfrenta en los años 80. El impacto de la crisis sobre la población puede asimilarse al siguiente diagnóstico: fuerte caída de los niveles de producción, aceleración de los procesos inflacionarios, drástica reducción de la actividad económica y desempleo.

---

El endeudamiento externo impone la necesidad de generar superavit fiscal en la balanza comercial. En el área de políticas sociales y del sector salud en particular, hubo diferencias importantes entre las políticas llevadas a cabo entre los Presidentes Alfonsín y Menem. En el primer caso, las estrategias racionalizadoras y contención del gasto, tuvieron gran presencia estatal, manteniendo las bases solidarias con tendencia a la universalización, respeto a las organizaciones empresarias, sindicatos y corporaciones profesionales de la seguridad social médica. Por el contrario, a partir de la Convertibilidad de 1991, se enfatizaron los componentes de desregulación, sobre la base de acuerdo firmados con el Banco Mundial.

Otro de los componentes críticos es la creciente proporción de beneficiarios del sistema de obras sociales que deben acudir al sector público, en función del desempleo. Esto se relaciona con las dificultades financieras que obligan a éstas a establecer co-seguros para el acceso a distintas prácticas.

### **Regulación del Sistema de Servicios<sup>30</sup>**

Cuando se desarrolló la seguridad social médica, la profesión médica perdió parte de la autonomía en la regulación y control de su ejercicio, particularmente en lo relacionado con las condiciones de trabajo y remuneración, ya que las instituciones financieras quedaron bajo la administración de los sindicatos.

Cuando en 1970 el Estado intentó asumir el control de la seguridad social médica, generalizando la cobertura de obras sociales, las corporaciones profesionales se vieron obligadas a aceptar una instancia de concertación, radicada en el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Las pautas contractuales, las modalidades y plazos de remuneración de los servicios prestados, la especificación de los procedimientos, fueron registrados en el Nomenclador de Prestaciones y sus precios relativos, fueron establecidos por profesionales que se desempeñaban como asesores de las corporaciones profesionales.

Si se consideran los aspectos regulatorios de la organización de servicios, puede señalarse como característica del modelo vigente entre los años 60 y 90, el dominio hegemónico de la profesión médica en casi todos los niveles.

---

## **Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas<sup>31</sup>**

Este es el conjunto de resoluciones del INOS (luego reemplazado por la ANSSAL y ahora por la SSS). Aquí se enumeran las prestaciones de asistencias a que se obligan a brindar las obras sociales, durante el periodo de la Regulación.

### **Prestación Kinésica Nomenclada<sup>32</sup>**

#### **Código 17.01.17. Rehabilitación Cardiovascular.**

Según este código, se brindan de 8 a 12 sesiones mensuales de rehabilitación cardiovascular durante un periodo de 6 meses, especificando además el apoyo humano y técnico.

El escenario cambio con la Desregulación de las obras sociales, restándole valor regulatorio al Nomenclador Nacional, siendo reemplazado por nuevas reglas de juego.

### **Modelo Organizativo Actualmente en Gestión.<sup>33</sup>**

#### **Desregulación de las Obras Sociales**

Los subsistemas que actualmente operan en el sistema de servicios de salud coinciden es sus lineamientos generales con los de los años 1960 al 1990, aunque una diferencia a subrayar es el aumento significativo del modelo voluntario (prepagas).

Los contratos entre las obras sociales y los proveedores has dejado de estar centralizados en las organizaciones que representan a estos últimos.

La *Desregulación* de la oferta ha tenido consecuencias sobre la totalidad del sistema.

En primer lugar, la organización de la oferta se ha visto estimulada a abandonar el paraguas protector dado por el *Oligopolio* conformado por los proveedores. Se conforman las Uniones Transitorias de Empresas (UTE) o Redes de Prestadores, que acuerdan condiciones de contratación con determinadas obras sociales, abandonando la tradicional forma de remuneración por pago *por acto medico* y adoptan la modalidad de pago *capitado*, *capitación* o *cartera fija*. Así las UTE, reciben sumas globales que administran y transforman en honorarios por servicio para remunerar la atención proporcionada por sus socios. Las obras sociales adquieren así mayor manejo sobre los presupuestos, obligando a las Redes a ejercer el control sobre la producción de sus miembros, control de servicios y control de costos, desalentando entre sus miembros las tendencias a la *sobre-oferta* y *sobre-facturación*. Además, la introducción de la

---

modalidad de pago capitado, se produjo en un mercado en condiciones de sobredimensionamiento de la oferta en relación a la capacidad de pago de la demanda. La racionalización así obtenida, ha producido un mejor equilibrio financiero en el interior del sistema en una situación todavía inestable.

La estrategia, designada como *Desregulación de las Obras Sociales*, se puso en marcha en el año 1997, fuertemente respaldada por el *Banco Mundial*. Dicha estrategia de desregulación se basa en primer lugar en la generación de condiciones de competencia que estimulen una mayor eficiencia en el manejo de los recursos por cada obra social. También, en la expectativa de estimular fusiones entre las obras sociales con menor número de beneficiarios de manera de reducir el número de instituciones y aumentar el número de beneficiarios por institución para obtener un adecuado pool de riesgo. El principal obstáculo reside en la enorme dispersión de los montos de contribución por beneficiarios. Para enfrentar este problema se ha dispuesto que la cobertura que cada obra social está obligada a proporcionar se limite a una canasta de servicios integrada en un *Programa Médico Obligatorio (PMO)*. Aquellos que deseen acceder a un nivel de servicios de mayor costo, o tener menores costos por co-pago en el momento de recibir atención, deberán realizar contribuciones suplementarias. Este, consiste en un paquete básico de beneficios de salud que garantice una cobertura mínima en función de las respuestas presupuestarias y clínicamente apropiadas. En esa época, el banco mundial estaba realizando ensayos de elaboración de paquetes básicos de cobertura. Este paquete estaría conformado por un listado de intervenciones costo-efectivas destinadas a las principales enfermedades, daños y factores de riesgo para satisfacer la demanda por síntomas comunes de enfermedad de la población a la que se aplicaría.

La Desregulación, se trata de un mercado oscuro, muy poco transparente, ante la falencia o retroceso voluntario del Estado que pueda asumir la defensa del interés público. La transferencia del riesgo económico desde las instituciones financieras a las proveedoras de servicio en función del pago capitado, identifica una nueva función reguladora ubicada en la conducción de la red de prestaciones. El interés empresario, en administrar la oferta de modo que no supere la capacidad efectiva de pago de la demanda, se enfrenta con la tradicionalmente aceptada autonomía del profesional en las decisiones relativas al vínculo hegemónico.

---

### **Modelo Medico Hegemónico. Némesis Médica**<sup>26</sup>

Presenta los siguientes rasgos: biologismo, concepción positivista, individualismo y eficiencia pragmática. Considera la salud como una mercancía, relación asimétrica entre el médico y el paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores de la salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio de exclusión de otros modelos de atención, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que medicaliza, normatización de salud-enfermedad en sentido médico, tendencia al consumismo médico, tendencia de la cantidad sobre la cualidad.

Durante las últimas generaciones el monopolio médico sobre la asistencia a la salud se ha expandido sin freno y coartando nuestra libertad con respecto a nuestro propio cuerpo. La sociedad ha transferido a los médicos el derecho de determinar que constituye la enfermedad, quien está enfermo y que se hará con los enfermos.

El sistema médico amenaza con destruir las condiciones ambientales y culturales necesarias para que la gente viva una vida autónoma y saludable. Tiende a expropiar el poder del individuo para sanarse a sí mismo y modelar su ambiente. Los sistemas médicos sobre la metodología y la tecnología de la higiene son un notorio ejemplo del mal uso político que fortalece el crecimiento industrial más que el personal.

La medicina produce asistencia médica. Estos productos de consumo general tienen todas las características de mercancías. Sus costos de producción pueden añadirse al Producto Bruto Interno (PBI) y su costo establecerse en equivalentes monetarios. Los más dañados no son los más pobres, sino los que no tienen poder. Cuando la percepción de las necesidades personales es el resultado del diagnóstico profesional, la dependencia se convierte en una incapacidad dolorosa, convirtiéndose en una forma específica de negación a la salud.

La ley exige que la profesión médica establezca normas para el diagnóstico y tratamiento de una larga lista de lesiones e instaura así el programa más costoso del mundo para la medicalización de la producción de la salud. La ley garantiza las normas que la industria impone a la mercancía, pero no pregunta si su distribución influye.

---

## Desarrollo

Del total de preguntas, se seleccionaron las más relevantes. Se realizaron de manera sistemática para obtener los datos que nos permitieron llegar a una conclusión.

### **A Pacientes:**

- ¿Notó alguna mejoría desde que comenzó con un plan de actividad física programada?

*“ al poco de empezar, empecé a sentirme mejor ”*

*“ al principio tenía miedo de esforzarme, pero tenía que hacerle caso a mi médico. Con el tiempo fui ganando seguridad al ver que había mas personas como yo que estaban ejercitando desde hacia mucho mas tiempo ”*

- ¿Su Obra Social le cubre el Tto kinésico de RHCV?

A esta pregunta todos los pacientes respondieron afirmativamente.

- ¿Que tiempos de cobertura le brinda su obra social?

*“me cubre solo 6 meses”*

*“me cubre 6 meses al año”*

*“me cubre siempre “*

*“me cubrió solo cuando estuve internado en coronaria y hasta los 6 meses”*

*“me cubrió casi todo el año pasado, pero éste solo 6 meses”*

- ¿Siente que el tratamiento kinésico es tan importante como el tratamiento farmacológico?

*“ si, seguro. Tomo menos medicamentos ”*

*“ cuando supe que la rehabilitación estaba a cargo de especialistas y que de vez en cuando elevaban informes a los distintos cardiólogos, me sentí mas protegido y confié en que las cosas se estaban haciendo como se deben hacer ”*

- ¿Vio interrumpido su plan de actividades físicas programadas, debido a la falta de cobertura total?

*“al principio sí, hasta que decidí pagármela yo mismo para no tener que dejar”*

*“no interrumpí nunca la gimnasia, pero me lo tuve que pagar yo mismo de mi bolsillo”*

*“hace unos años si. Ahora me lo pago yo, cuando no me cubre”*

- ¿Debió recurrir a trámites burocráticos o legales para su obtención?

*“si. Tengo que insistirle al auditor”*

---

*“si. Mi médico a veces tiene que poner que tengo mas presión arterial de la que realmente tengo y de esa manera si me autorizan la orden”*

*“para autorizarme la orden me mandaron a hacer unos estudios carísimos de Ecocardiograma y Cámara Gama, cuando sabían que igualmente tenía que seguir entrenando porque mi medico me lo dijo”*

#### **A Médicos:**

- *¿Verifico la variación de la dosis medicamentosa mientras el paciente estaba bajo un plan de actividad física programada?*

*“en algunos pacientes la disminución de la dosis suele ser realmente importante”*

*“cuando se interrumpió el plan de actividad física, se debió aumentar la dosis y además se observó retrocesos en la fisiopatología”*

- *¿Considera que las OOSS deberían cubrir en forma permanente el Tto. kinésico, de la misma manera que lo hace con el Tto. farmacológico?*

*“ muchos pacientes interrumpen la actividad física porque sus obras sociales no los cubren y estos no lo pueden pagar o no quieren hacerlo. Estos pacientes retroceden en su patología.”*

*“si, el plan de actividad física debe tomarse en serio, como si fuera un medicamento”*

*“ si esto fuera posible, seria realmente beneficioso para el paciente”*

*“ las obras sociales deberían cubrir el tratamiento al igual que el farmacológico y se ahorrarían mucho dinero”*

- *¿Considera necesaria la actividad física controlada en forma permanente en pacientes con factores de riesgo?*

*“ hay estudios serios de que la actividad física es objetivamente demostrable como buena, efectiva y necesaria. Pero no han tenido la difusión necesaria mas que dentro de un reducido circulo de médicos”*

*“ la actividad física controlada no es un tratamiento secundario. Para quienes derivamos a rehabilitación, lo hacemos porque consideramos que es tan fundamental como el farmacológico”*

*“ la actividad física es absolutamente necesaria, de la misma manera que un paciente hipertenso debe dejar de consumir sal y fumar”*

---

*“sin dudas, ya sea como prevención primaria o secundaria, deben realizar actividad física de por vida”*

*“especialmente los pacientes después de un evento coronario, deben quedar en manos de especialistas, que tengan experiencia con estos pacientes, tienen que saber realizar RCP y tener contacto fluido con el médico”*

- *¿Tuvo que evitar cirugías gracias a la intervención de la actividad física controlada?*

*“es difícil de comprobar, pero estimo que es muy probable que sea así”*

*“epidemiológicamente no lo podemos evaluar a ciencia cierta, porque el sistema hace que sea muy difícil...es una deuda pendiente que tenemos con la sociedad”*

#### **A Kinesiólogos:**

- *¿En que porcentaje considera que se realiza RHCV?*

*“es muy poco el porcentaje en que se realiza la actividad. Los médicos están llenos de pacientes, pero acá solo vienen algunos”*

*“el área de la rehabilitación cardiovascular no esta explotada. Hace falta mas de todo, sobre todo pacientes que vengan, y los que vienen que no se vayan”*

- *¿Ve limitada la posibilidad de realizar prevención de las patologías cardiovasculares?*

*“las obras sociales pagan muy poco y con atraso. Esto perjudica la actividad”*

*“ estamos muy limitados por culpa de las obras sociales y del Estado porque no se hacen cargo de un problema serio”*

- *¿Observa deserción en el Tto, debido a la falta de cobertura social?*

*“muchos pacientes abandonan el tratamiento por diversas causas, pero una de ellas es porque sus obras sociales no los cubren y vuelven al año siguiente,...son los pacientes golondrinas”*

*“hay aproximadamente un 40 % de deserción”*

*“ muchas obras sociales no solo no cubren el tratamiento de forma permanente, sino que algunas solo cubren el 80% o hasta el 30% y el paciente debe pagar un co-seguro que algunos no pueden y otros no quieren”*

- 
- ¿Cómo es la cobertura que brindan las distintas obras sociales?

Para responder la pregunta, se tomaron aleatoriamente 9 obras sociales:

1. **Cobertura Completa:**

PAMI

CAJA FORENSE

CIENCIAS ECONOMICAS

2. **Cobertura de 6 meses por año, con algunas excepcionales adiciones:**

OSECAC

IAPOS

OSPAC

3. **Cobertura 6 Meses de por vida:**

OSDE

TIM

AMSA

**A Auditores de OOSS:**

- ¿En que perspectiva ubicaría al Tto. kinésico: preventivo, rehabilitador?

*“no hay una política de prevención, por eso es que la kinesiología es básicamente rehabilitadora”*

*“no existe auditoria kinésica y no hay trabajo multidisciplinario que logre un consenso para hacer prevención”*

- ¿Cuáles son las objeciones para no otorgar la cobertura de manera anual a primera instancia?

*“ninguna. Simplemente se le dice que no. Pero si el paciente recurre a la justicia, seguro que se lo cubren porque las leyes lo amparan”*

- ¿Es de interés a la obra social lograr disminuir sus costos haciendo prevención?

*“se sabe que se ahorra dinero, pero pareciera que no les interesa saber en que se está gastando, porque están gobernadas por Abogados y Contadores que poco se interesan por el sistema de salud”*

- 
- ¿Cómo se determina la cantidad de sesiones?

*“el tema de la cobertura es un embrollo, no solo para la rehabilitación cardiovascular. Esta todo dicho, pero todo por hacer”*

*“ en lo referente a cobertura se cumple lo estipulado en el PMO”*

Sin embargo, como ya esta fundamentado, observamos que no esta cubierta la RHCV.

- ¿Han verificado la perdida de dinero realizando planes de prevención?

*“ Si. Sabemos que en un tiempo de 3 a 5 años haciendo prevención, se logra disminuir los costos de 4 a 7 veces lo invertido. A pesar de esto, se fijan en el Hoy y no el Mañana”*

*“se gasta el 33% de los recursos en los últimos días de vida del paciente, para que este sobreviva unas pocas semanas. Es mucho gasto inútil, porque no da beneficios al paciente en tiempo y forma”*

- ¿Cuánto dinero cuesta una cirugía cardiaca?

*“ varía según la complejidad, pero están entre \$10.000 y \$20.000. Por ejemplo, una cirugía a cielo abierto con todos los gastos sanatoriales incluidos , excepto las prótesis como válvulas, parches etc. cuesta \$11.000. Es obvio que sale mucho mas barato invertir en prevención, porque a lo mejor esa persona no va a cirugía cardiaca, pero si hay que cubrirla después en el tratamiento por hemiplejía”*

- ¿Porque se cubren solo 6 meses?

*“En realidad no se sabe cuanto se debe dar. Los 6 meses, si bien no esta estipulado en ningún lado actualmente, anteriormente figuraba en el Nomenclador Básico de Prestaciones Medicas. Este, caduco con la Desregulación de las obras sociales y fue implementado el PMO...y como justamente no esta nomencado, pero la atención al paciente hay que dársela, se toma como referencia ese antiguo nomenclador que ya no existe. Por eso es que cada obra social da las autorizaciones según criterio y ganas del auditor”*

Es notable la respuesta que se presenta a continuación del auditor de una importante obra social provincial, cuya especialidad dentro de la medicina es justamente la Cardiología. Interesante combinación y que nos dio un discurso distinto.

Escuchemos lo que dijo:

---

*“es difícil comprobar que la actividad física redunde en beneficios del paciente. Es difícil disociar y determinar la efectividad de la prevención primaria.*

*¿Por qué la sociedad en general debe pagar por el que no se cuida en su momento?*

*Se desconocen los gastos concretos que se utilizan para saber que conviene más, si prevención primaria o el tratamiento farmacológico o cirugías.*

*El problema es cultural y la obra social no se puede hacer cargo porque no tiene nada que ver con eso.*

*Además para que pagarle al paciente un kinesiólogo, si puede hacer actividad física él solo en un gimnasio.”*

---

## **Métodos y Procedimientos**

### **Diseño**

El presente trabajo constituye una investigación de campo.

La misma se realizará en las ciudades de Santa Fe y Rosario, entre los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del año 2005.

Para responder el problema, utilizaremos como técnica de recolección de datos, una encuesta estructurada (ver anexo) de tipo cualitativo, con el fin de obtener datos y referencias acordes a la problemática planteada y a la realidad vivida por los pacientes.

### **Población**

Se incluyeron 43 pacientes con distintas obras sociales, 4 kinesiólogos especialistas en rehabilitación cardiovascular, 4 médicos cardiólogos, 2 auditores y 2 ex auditores, 1 abogado especialista en salud y 1 docente investigadora de la UNR especialista en obras sociales.

### **Muestra**

Refiere particularmente las distintas coberturas de rehabilitación cardiovascular brindadas por las obras sociales.

### **Area de Estudio**

Debido a la diversidad de datos y discursos, nos remitimos a sedes de obras sociales y 3 centros privados de rehabilitación cardiovascular.

---

## **Conclusiones**

Durante el desarrollo de la presente investigación, muchos fueron los interrogantes que se fueron respondiendo a medida que se avanzaba, se investigaba y se preguntaba. Fueron pequeñas demandas a nivel micro que se fueron concatenando para lograr una respuesta a nivel macro.

Si bien existe una problemática planteada que impulsó el desarrollo de la misma, son varios los abordajes que pueden ser explicados, a saber:

- ¿Por qué las obras sociales cubren por 6 meses la rehabilitación cardiovascular?
- ¿Por qué no se realiza prevención de la patología que mas mata a los Argentinos?
- ¿Es mas costoso prevenir?
- ¿Cuál es el paradigma que modula el accionar de las obras sociales?

Todos conducen a entender y responder la problemática.

“La salud y sus cambios se atribuyen históricamente a una mayor o menor asistencia médica. Pero esta última es el resultado de una producción de intereses que poco se interesan por la salud.”<sup>34</sup>

El actual Ministro de Salud de la Nación, Ginés Gonzales García, se pregunta: “¿de que morimos los Argentinos? Dice que los indicadores de la salud son cuatro: el primero es la biología o herencia. El segundo lo constituye el ambiente. El tercero esta dado por los hábitos de vida. Por ultimo, el sistema sanitario, siendo el responsable del 11% de las muertes y enfermedades. Si estos cuatro grandes condicionantes de la salud fueran tenidos en cuenta a la hora de hacer una política de salud y especialmente a la hora de asignar los recursos, los resultados serían mucho mejores. Entonces cabe preguntar ¿por que no se consideran estos condicionantes cuando se asignan los recursos? ¿por que no se evalúa cuales son las principales causas por las que enfermamos y morimos, a la hora de formular políticas de salud? Tal vez porque la mayor parte del gasto mundial en salud y sus políticas no se realizan para mejorar la salud de la gente. Se busca preservar la salud del capital, pero no de las personas.

Además, nadie valora lo que tiene, es decir el sistema valora socialmente y retribuye economicamente al guardavidas que penetra en el río turbulento y rescata solo a algunos de los cientos que están por ahogarse, pero nadie vé ni reconoce al que río arriba impide

---

acercarse a las orillas y evitan que se caigan al río. Las políticas tomadas de salud, obviamente, no pasan por la atención médica.”<sup>35</sup>

Pero hemos visto según los Estudios Framingham y lo escuchado por uno de los auditores que dice que realizando prevención se recupera hasta 7 veces lo invertido, como así también los valores que se adjuntan en el anexo, la prevención es económicamente más reeditable para las obras sociales. Sin embargo siguen ciegos a la hora de ajustar las estrategias sanitarias.

Según Illich, I., “las sociedades occidentales han sufrido cambios dramáticos. Hoy la gente ya no se muere por epidemias de Gripe o Tuberculosis, Sífilis o Infecciones.”

Lo que más nos mata y enferma, son las enfermedades coronarias.

Illich, I. dice también que “la medicina institucionalizada pasó a ser una grave amenaza a la salud, destruyendo las condiciones para que la gente viva su propia vida de manera autónoma y saludable y donde los otros deciden por nosotros.”

En nuestro caso, los otros, son El Banco Mundial.

La ingeniería de la salud constituida por las empresas de las obras sociales, reduce al ser humano con la reparación de sus partes fragmentadas, como producto final se sus decisiones basadas en una materia prima hegemónica y cuya “productividad inversa, en lugar de curar, mata,”<sup>36</sup> dejando en la rama profunda del olvido el ensamble de lo que nunca se debió dividir.

El Banco Mundial a través de sus imposiciones, nos condujo a la Desregulación de las Obras Sociales.

El Estado Nacional, haciendo caso sumiso, dictó las leyes y decretos de transformación del sistema de salud pero sin tener en cuenta de qué es lo que mata a sus soberanos.

Con esto, la nueva cobertura que se debería cubrir, estaría especificada en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Pero en este programa no se incluye en ninguno de sus puntos a la Rehabilitación Cardiovascular, ni la prevención de tales enfermedades coronarias, a diferencia de otras patologías que si son cubiertas.

“El PMO que el Banco Mundial avaló junto con el Estado, se basó en un listado de intervenciones costo-efectivas para satisfacer las demandas de las principales enfermedades de la población a la que se aplicaría.”<sup>37</sup> Al momento de confeccionarse, no existía en poder de las planas mayores, un estudio epidemiológico de enfermedades y muertes cardíacas que indicara su necesidad. Así lo demuestra lo expuesto por el Presidente de la Asociación Cardiológica de Santa Fe y confirmado por lo presentado en el mes de Octubre del corriente año, por el XXXII Congreso de Cardiología Argentina

---

como “Primer Informe Oficial Epidemiológico” a nivel mundial, que relaciona las muertes cardíacas con la crisis socio-política y económica.

Hasta ahora la necesidad de difusión de un informe oficial, sistemático y estructurado, era una deuda pendiente y el Estado no se había dado por enterado.

Aún así faltaba por responder: ¿Por qué 6 meses?

A pesar de lo anteriormente citado, la necesidad existía. Es decir, la necesidad, mas allá de los números oficiales, es real y las obras sociales debían cubrirla de alguna manera.

Como actualmente la rehabilitación cardiovascular no se encuentra nombrada por el simple hecho de que el Nomenclador caducó, y no se incluye en el PMO, las obras sociales siguieron dando una cobertura arbitraria de 6 meses, manteniendo en vigencia los viejos valores que ahí figuraban porque no tenían de donde guiarse. Según palabras de los Auditores “...no sabemos cuanto es lo que corresponde”

Dicho Nomenclador fue confeccionado en un período de hegemonía médica, donde el paciente quedo reducido a un objeto en reparación y donde el proveedor determinaba el tamaño de la mercancía a consumir.

Vivimos bajo la paradoja de que quienes deben curarnos, nos enferman. Quienes deben enseñarnos, nos anulan. Quienes deben guiarnos, nos pierden.<sup>38</sup>

Hemos visto que el desarrollo de la rehabilitación cardiovascular en constante evolución, como ser el XXXII Congreso de Cardiología y esta misma Tesis, no fue acompañada al unísono con la evolución de las obras sociales que se vieron empañadas por situaciones de desencuentros y conflictos permanentes entre sus actores, que no lograron un consenso político y social que se adecúe a las necesidades de los pacientes.

Las obras sociales se apegan a lo establecido, sin discernir entre las normas establecidas y lo que realmente es necesario. ¿Será porque es mas fácil? En lo escuchado por el medico cardiólogo-auditor de la obra social provincial, pudimos notar que aún se mantiene una postura altamente mecanicista y un desinterés por la salud con un desconocimiento que resulta aberrante de escuchar y de creer de un médico que se supone especialista y sobre todo teniendo el poder del auditor de cambiar el sistema. Pudimos entender entonces que no todos los médicos cardiólogos son especialistas en rehabilitación cardíaca. Mucho menos creer en ella.

El “*salga a caminar*” debe quedar completamente erradicado del diccionario médico si queremos empezar a cambiar nuestro pequeño mundo de corazones rotos.

Illich, I. nos dice que la Némesis Médica moderna es el monstruo material nacido del sueño industrial desmesurado, quién nos programa para un comportamiento compulsivo

---

contraintuitivo, donde la euforia científica y política se han combinado para propagar una adicción.

Es la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad, por un servicio de mantenimiento que lo conserva equipado a las órdenes del servicio industrial.<sup>39</sup>

---

## Anexos

### Preguntas

#### **A Pacientes:**

- ¿Noto alguna mejoría desde que comenzó con un plan de actividad física programada?
- ¿Su Obra Social le cubre el Tto kinesico de RHCV?
- ¿Que tiempos de cobertura le brinda su OOSS?
- ¿Siente que el tratamiento kinésico es tan importante como el tratamiento farmacológico?
- ¿Vio interrumpido su Tto debido a la falta de cobertura total?
- ¿Debió recurrir a trámites burocráticos o legales para su obtención?
- ¿A logrado ahorrar dinero en medicamentos?

#### **A Médicos:**

- ¿Verifico la variación de la dosis medicamentosa mientras el paciente estaba bajo un plan de actividad física programada?
- ¿Considera que las OOSS deberían cubrir en forma permanente el Tto kinésico, de la misma manera que lo hace con el Tto farmacológico?
- ¿Considera necesaria la actividad física controlada en forma permanente en pacientes con factores de riesgo?
- ¿Qué patologías generan discapacidad y pueden ser tratadas con Actividad física controlada?
- ¿Qué cirugías pueden prevenirse con actividad física controlada ?
- ¿Existen casos de cirugías a pesar de estar tratadas farmacologicamente?

#### **A Kinesiólogos:**

- En que porcentaje considera que se realiza RHCV?
- ¿Ve cooptada la posibilidad de realizar prevención de las patologías cardiovasculares?
- ¿Observa deserción en el Tto, debido a la falta de cobertura social?
- ¿Cuánto le abona la OOSS por cada paciente?

---

**A Auditores de OOSS:**

- ¿Brinda su Obra Social el Tto kinésico anual?
- ¿En que perspectiva ubicaría al Tto kinésico: preventivo, rehabilitador u orientado al bienestar?
- ¿Cuáles son las objeciones para no otorgarla de manera anual a primera instancia?
- ¿Es de interes a la OOSS que el paciente logre disminuir la dosis medicamentosa?
- ¿Han verificado la perdida de dinero entre pacientes que se han sometido a un plan de actividad física programada y los que no, en función del costo del tratamiento farmacológico y las cirugías que pudieron prevenirse?
- ¿Cuáles son los precios de las cirugías cardiacas?
- ¿Cómo se determina la cantidad de sesiones?

**A Abogados:**

- ¿Qué estipula la ley en lo referente a la otorgación del tratamiento kinésico por parte de las obras sociales?

**A la Docente-Investigadora:**

- ¿Cuál es el modelo que gobierna el accionar de las obras sociales?

---

**Listado de Pagos de las Obras Sociales<sup>38</sup>**

25 de junio.....	\$37.7
Asoc. Esp.....	\$27.26
Asoc. Italiana.....	\$35.7
AAPM.....	\$36.7
ACA Salud.....	\$40.5
AMC.....	\$39.55
AMUR.....	\$53.75
AMSA .....	\$51.5
Amecro.....	\$24.25
Amparas.....	\$32
AMR Salud.....	\$31
Bancario.....	\$28.05
Cs. Economicas.....	\$37.7
Caja Forense.....	\$37.7
Caja Ingenieros.....	\$37.7
CUD.....	\$31.75
Diba .....	\$34.35
DIMI.....	\$37.6
Docthos.....	\$38.7
EPE .....	\$45
Esencial.....	\$43
Genesis TIM.....	\$51.5
IAPOS.....	\$28.5
IMA.....	\$35.6
IOSE.....	\$32
ITM.....	\$50
Luz y Fuerza.....	\$44.35
Medicus.....	\$49.55
MITRAR.....	\$36.7
OSACAC.....	\$70
OMINT .....	\$51.5
OSAP .....	\$36.7

---

OSPE .....	\$40
OPDEA.....	\$37.7
OSDE.....	\$45
OSDOP.....	\$30.75
OSPAC.....	\$36.7
OSPSA.....	\$22.8
UNR.....	\$30.75
Poder Judicial.....	\$36.7
SWISS M. ....	\$42.5

---

### **Citas Bibliograficas**

- 1 Dr. Viñuelas, J., Presidente de la Asociación de Cardiología de Santa Fe, 2001
- 2 Kaplan, N., Terapeutica Cardiovascular, editorial Panamericana, Bs. As., 1987
- 3 XXXII Congreso Argentino de Cardiología
- 4 Yuqueri, P., Creencia de los Medicos Cardiólogos Respecto dela Actividad Física, Tesina de grado, UAI, Rosario, 2004
- 5 XXXII Congreso de Cardiología Argentina, 2005
- 6 Lamm, G., The Worl Healt Organitation to the advancement of Rehabilitation, Valencia, 1986
- 7 Report of the WHO expert commite of rehabilitation of patient cardiovascular, Valencia, 1986
- 8 Report of working group, Copenaghen, 1986
- 9 Olbridge NB, Fischer ME, Cardias rehabilitation afther myocardial, Valencia, 1988
- 10 Krusen, Medicina fisica y rehabilitacion, esitorial Panamericana, Madrid, 2000
- 11 Kaplan, N., Terapéutica Cardiovascular, editorial Panamericana, Bs. As., 1987
- 12 Boskis, Lerman, Manual de Ergometria y rehabilitation cardiovaxcular, editorial Científica-tecnica, Bs. As., 1974
- 13 Kaplam, N., Terapeutica Cardiovascular, editorial Panamericana, Bs. As., 1987
- 14 Devis Devis, J., Peiro Velert, C., Actividad Física, deporte y salud
- 15 Howley Don Franks, Manual del tecnico en salud
- 16 Airasca, D., Entrenador personal en salud y fitness, grupo de estudio 757, Rosario, 2002
- 17 Caprra, F., El punto crucial, editorial Estaciones, Bs. As., 1982
- 18 Illich, I., Nemesi Medica, Editorial Joaquin Martiz/Planet, México, 1998
- 19 Kaplam, N., Terapeutica Cardiovascular, editorial Panamericana, Bs. As., 1987
- 20 Airasca, D., La cultura escolar, una aproximación a la cultura sedentaria, Tesis Doctoral, UCSF, 2002
- 21 Airasca, D., Entrenador personal en salud y fitness, Grupo de estudio 757, Rosario, 2002
- 22 Devis Devis, J., Peiro Velert, C., Actividad Física, deporte y salud

- 
- 23 Illich, I., *Nemesis Medica*, Editorial Joaquin Martiz/Planet, México, 1998
- 24 Airasca, D., *Entrenador personal en salud y fitness*, Grupo de estudio 757, Rosario,
- 25 Belmartino, S., *Nuevas reglas de juego para la atención medica argentina*, editorial Lugar, Rosario, 1999
- 26 Illich, I., *Nemesis Medica*, Editorial Joaquin Martiz/Planet, México, 1998
- 27 Gonzales Garcia, G., *La salud de los argentinos*, editorial planeta, Bs. As., 2002
- 28 Belmartino, S., *Nuevas reglas de juego para la atención medica argentina*, editorial Lugar, Rosario, 1999
- 29 Belmartino, S., *Nuevas reglas de juego para la atención medica argentina*, editorial Lugar, Rosario, 1999
- 30 Belmartino, S., *Nuevas reglas de juego para la atención medica argentina*, editorial Lugar, Rosario, 1999
- 31 Feldman, A., *Organización Hospitalaria y centros de rehabilitación*, editorial Costa
- 32 Feldman, A., *Organización Hospitalaria y centros de rehabilitación*, editorial Costa, Bs. As., 2001
- 33 Belmartino, S., *Nuevas reglas de juego en la atención medica argentina*, editorial Lugar, Rosario, 1999
- 34 Illich, I., *Nemesis Medica*, Editorial Joaquin Martiz/Planet, México, 1998
- 35 Gonzales Garcia, G., *La salud de los argentinos*, editorial planeta, Bs. As., 2002
- 36 Illich, I., *Nemesis Medica*, Editorial Joaquin Martiz/Planet, México, 1998
- 37 Belmartino, S., *Nuevas reglas de juego en la atención medica argentina*, editorial Lugar, Rosario, 1999
- 38 Servicio de Rehabilitación Cardiovascular del Htal. Italiano, Rosario, 2005

---

## **Bibliografía**

1. Gonzales Garcia, G., **Salud Para Los Argentinos**, editorial Isalud, Buenos Aires, 2004
2. Belmartino, S., **Nuevas Reglas de Juego en la Atención Medica en la Argentina**, editorial Lugar, Buenos Aires, 1999
3. Neri, A., **La Reforma al Sistema de Salud**, editorial CESS, Buenos Aires, 1998
4. Contradiopoulos, A., **La Salud entre las Ciencias de la Vida y las Ciencias Sociales**, editorial Ruptures, Montreal, 1999
5. Airasca, D. **Entrenador Personal y Fitness**, Grupo de Estudio 757, Rosario
6. Illich, I., **Némesis Medica**, eitorial Joaquin Mortiz / Planeta, Mexico, 1984
7. Fowler, N., **Enfermedades del Miocardio**, editorial Salvat, Buenos Aires, 1977
8. Villalonga, J., **Microcirculación y Acrosindromes**, editorial EDIKAMED, Barcelona, 1994
9. Maurice, M., **Trial de la Terapéutica Cardiovascular**, editorial Ediciones de Estudios Cardiovasculares, Buenos Aires, 2002
10. Feldman, A., **Organización Hospitalaria y Centros de Rehabilitación**, editorial Costa Buero, Buenos Aires, 2001
11. Velazco, J.A., **Rehabilitación del Paciente Cardiaco**, editorial DOYMA, Madrid, 1998
12. Fongi, E., Fusinioni, O., **Tratado de Patología Medica**, editorial DASSEN, Caracas, 1946
13. Kaplan, N., Feldtein, C., **Terapéutica Cardiovascular**, editorial Panamericana, Buenos Aires, 1987
14. Boskis, L, Lerman, J., **Manual de Ergometría y Rehabilitación Cariovascular**, esitorial Cientifico-Tecnica Americana, Buenos Aires, 1974
15. **Cuadernos Medicos Sociales nro.33**, editorial CESS, Rosario, Setiembre 85
16. **Cuadernos Medicos sociales nro. 34**, editorial CESS, Rosario, Diciembre 85
17. **Cuadernos Medicos Sociales nro. 45**, editorial CESS, Rosario, Setiembre 88
18. **Cuadernos Medicos Sociales nro. 72**, editorial CESS, Rosario, Noviembre 1995
19. **Cuadernos Medicos Sociales nro. 79**, editorial CESS, Rosario, Abril 2001

---

### **Material extraído de Internet**

1. [www.Osuner.uner.edu.ar/boletines/boago04](http://www.Osuner.uner.edu.ar/boletines/boago04)
2. [www.asudalud.org.ar/adus/preguntas-salud.htm](http://www.asudalud.org.ar/adus/preguntas-salud.htm)
3. [www.redconfluir.org.ar/juridico/leyes/123661](http://www.redconfluir.org.ar/juridico/leyes/123661)
4. [www.infolegal.mecon.gov.ar/infolegal/anexos/40000-44999/norma.htm](http://www.infolegal.mecon.gov.ar/infolegal/anexos/40000-44999/norma.htm)

---

Dr. Viñuelas, J., Presidente de la Asociación de Cardiología de Santa Fe, 2001  
<sup>1</sup> Kaplan, N., Terapeutica Cardiovascular, editorial Panamericana, Bs. As., 1987  
<sup>1</sup> XXXII Congreso Argentino de Cardiología