

Monografía para el Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán 2015

# UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL PLAN MÉDICO OBLIGATORIO DESDE LA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Autor: Dr. Horacio Herrera



## **Introducción:**

La presente monografía tiene por objeto analizar los contrastes e inconsistencias del Sistema de Salud Público estructurado sobre la base del Plan Médico Obligatorio y su impacto en la actividad de los auditores sanitarios.

En efecto a poco de leer los considerandos del PMO, surge claramente que el sistema que se pretende estructurar se inspira en principios elevados de

eficiencia, protección y cuidado del paciente, teniendo en consideración los más altos estándares y experiencias de otros sistemas de salud, pero siempre considerando la optimización del uso de los recursos.

Sin embargo, a continuación, la normativa que resulta inspirada por tan altos ideales, construye un sistema imperfecto e ineficaz que muchas veces trunca el aspirado nivel de atención de la salud.

Para probar mi hipótesis, comencare analizando los principios que inspiran el PMO y los contrastare con algunos casos concretos que han sido verificados en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Alemán de Buenos Aires en el que me desempeñé como médico Traumatólogo.

De dicho contraste surgirán las inconsistencias señaladas, que serán reunidas en las conclusiones de este trabajo. Para su mejoramiento nos aventuraremos tal vez, también, a proponer algunas soluciones o reformas.

Para comenzar entonces transcribiré algunos de los considerandos de la resolución 939/00<sup>2</sup> del Ministerio de Salud y que constituyen el prólogo al PMO y sus conceptos básicos:

"Que el **Programa Médico Obligatorio** aprobado por la Resolución citada en el visto, es **el conjunto de prestaciones a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social**".

"La **experiencia acumulada desde su implementación**, permite advertir la necesidad de **efectuar correcciones y ajustar su contenido** no solo orientado a dar mayores precisiones..."

"Que lo dicho obliga a una tarea de **normatización que asegure el mejor rendimiento de cada recurso**".

"Que debe quedar garantizado el mecanismo para la **actualización del Programa Médico Obligatorio en virtud del carácter dinámico del conocimiento científico**, estableciendo una metodología de análisis para la incorporación de tecnologías que asegure la probada eficacia de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico a financiar por la Seguridad Social".

"Que el considerar a la salud como una inversión y no como un gasto no habilita a desentenderse del problema del financiamiento".

"La **medicina basada en la evidencia introduce una metodología en el análisis de costo-efectividad y costo-beneficio** permitiendo tomar decisiones que impliquen el mejor balance entre beneficios, costos y consecuencias".

"Que resulta conveniente establecer el mecanismo de evaluación y actualización permanentes del Programa Médico Obligatorio, a través de la conformación de una **Comisión Asesora**, integrada por representantes de los Agentes del Seguro y el Ministerio de Salud, que efectúe las consultas necesarias a las Sociedades Científicas,

Agrupaciones Profesionales y reconocidos Expertos, para valorar la evidencia que respalde la incorporación o eliminación de una determinada tecnología del Programa".

Queda claro que tal como fue concebido, el PMO debiese ser un órgano en permanente revisión y que dicha revisión debiese ser efectuada por comisiones constituidas por gente idónea en la materia. Esas personas además deben fundamentar científica y metodológicamente cada una de sus determinaciones y no basarlas en ideologías políticas, preferencias personales o cualquier otro fundamento cargado de subjetividad. Además el prólogo es enfáticamente reiterativo respecto al concepto costo-efectividad de los recursos, sean estos económicos o humanos.

El objetivo de la presente monografía no es determinar acabadamente si todos estos preceptos se cumplen o no, sino simplemente reflejar la realidad de la práctica cotidiana de mi actividad como cirujano ortopédico que interactúa con el PMO. Intentare graficar con ejemplos concretos los inconvenientes que la implementación del mismo pueden generar a pacientes, profesionales médicos, financiadores, prestadores y al sistema de salud en general y si se ha logrado cumplir con la optimización del recursos.

## **DEFINICIONES Y ALCANCES DEL PMO EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA:**

**PMO:** Es el Programa de Salud de cumplimiento obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y aquellos que en el futuro adhieran al mismo.

Se desarrolla sobre la base de las estrategias de Atención Primaria de la Salud, privilegiando las acciones de prevención.

Se encuentra alcanzado por lo establecido en las Leyes 24.455 y 24.901, en los Decretos 1.424/97 y 1.193/98 y en las Resoluciones MSyAS 625/97, 301/99, 542/99 y 791/99. Comprende la modalidad preventiva y asistencial detallada en el presente Anexo I y las prestaciones contenidas en el Catalogo descrito en el Anexo II de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro deberán garantizar a sus beneficiarios mediante servicios propios o contratados el acceso oportuno, libre e igualitario a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud.

## **COBERTURA ESPECÍFICA PARA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA:**

### **PRÓTESIS Y ÓRTESIS**

La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en artesis y prótesis externas, no reconociéndose las prótesis denominadas piogénicas o bioeléctricas. El monto máximo a erogar por el Agente del Seguro será el de la menor cotización de plaza.

Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca o proveedor, los Agentes del Seguro no recibirán ni tramitarán aquellas que no cumplan estrictamente con estos requisitos.

## **REHABILITACIÓN**

Se incluyen todas las practicas Kinesiológicas que se detallan en el Anexo II de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro darán cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Con el siguiente alcance:

Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.

Post-operatorio de traumatología: hasta 30 días, prorrogable por la auditoria del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

Grandes accidentados: hasta seis meses, prorrogable por la Auditoria del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

## **PROTESIS Y ORTESIS DE COLOCACION EXTERNA. ALCANCES DE LA COBERTURA Y PROBLEMAS DEVENIDOS DE LA MISMA.**

**Resolución 247/96 MS y AS: anexo 1, 2.5 :**

**Se sugiere no cubrir fijadores externos tipo Orthofix. En lo referente a ortesis y prótesis externas la cobertura de las obras sociales será hasta 50%, no reconociendo las prótesis denominadas miogénicas o bioelectricas.**

Cuando el PMO hace referencia a las prótesis externas se refiere a la utilización de tutores externos en cualquiera de sus variantes. Los tutores externos constituyen en la actualidad la única opción de tratamiento cuando se trata de fracturas expuestas.

Una fractura expuesta es aquella fractura que se encuentra asociada a una lesión de partes blandas (piel, tejido celular subcutáneo, fascia, músculo), que supone un déficit de cobertura del hueso subyacente. Por otra parte, un hueso sin cobertura es un hueso susceptible de infección y si se encuentra fracturado, la infección es sinónimo de fracaso en la consolidación de la fractura. En la actualidad se acepta que, si el déficit de cobertura es pequeño, puede colocarse una prótesis interna para las fracturas expuestas (placa con tornillos o enclavado endomedular fresado acerrojado). Sin embargo si la lesión de partes blandas es extensa e imposibilita la cobertura primaria del hueso fracturado, la colocación de prótesis internas está contraindicada por el gran riesgo de infección tanto del implante como del hueso. En estos casos la única opción es la colocación de prótesis externas o tutores externos. Los mismos permiten la fijación desde afuera del hueso con lo que se logra reducir el dolor, el edema del trauma (son lesiones producidas por trauma de alta energía que genera gran edema), la cicatrización de partes blandas y así permitir en un segundo tiempo la colocación de una prótesis interna o en ocasiones y en determinado tipo de fracturas pueden constituir el tratamiento definitivo al lograr que la fractura cicatrice.

El primer interrogante que debiese surgirnos luego de entender frente a que problema estamos, es saber por que vamos a cubrir solo el 50% del valor de la prótesis externa si este constituye el único tratamiento lógico y de probada eficacia para esta patología.

Además siguiendo los lineamientos del PMO del uso racional de los recursos, y si consideramos los costos de las complicaciones devenidas de la infección del hueso (OSTEOMIELITIS) o la no consolidación de la fractura (PSEUDOARTROSIS INFECTADA) comparado con el valor del implante no parece tener sentido la no autorización de un tutor externo.

Buscare con el siguiente ejemplo graficar mejor el problema. **La figura** ... muestra la extremidad inferior izquierda de un paciente con una fractura expuesta de tibia con extensa lesión de partes blandas producida por la explosión de una caldera. El paciente fue recibido en nuestro servicio y se realizó una limpieza quirúrgica (se limpiaron esquirlas metálicas y tejidos desvitalizados) dentro de las primeras 6 hs del accidente y se estabilizó la fractura con un tutor externo, propiedad del Hospital Alemán, por lo que no requirió autorización. Para lograr la cobertura del hueso, que bajo ningún concepto puede quedar en contacto con el aire, se colocaron gasas con antibióticos. Para el manejo final de la lesión de partes blandas solicitamos al financiador (QBE Seguros) la provisión de un sistema VAC (Vacío Aspiración Continuo). el VAC funciona generando presión negativa la cual tiene 2 efectos. Primero reduce el edema postraumático mejorando la vitalidad tegumentaria y en segundo lugar estimula el tejido de granulación. Finalmente cuando se logró cubrir satisfactoriamente todo el hueso se confeccionó un injerto libre de piel. Como el paciente evolucionó sin signos clínicos ni parámetros de laboratorio de infección se retiró el tutor y se realizó la colocación de un clavo endomedular fresado acerrojado de tibia logrando la consolidación de la fractura y la cicatrización de partes blandas en un lapso de 4 meses. Ahora bien, de no haber contado con un tutor externo o haber tenido que esperar su autorización diferida se hubiesen logrado los mismos resultados, de no haber contado con el sistema VAC hubiésemos logrado cubrir el hueso. La respuesta es que no. Esta misma patología tenía un índice de amputaciones cercano al 40% en la década del 60 o 70 cuando estas técnicas aun no existían. Sin embargo las obras sociales retrasan su autorización sistemáticamente por tratarse de insumos caros y de autorizarlas lo hacen por periodos de 15 días y hay que estar solicitando permanentemente la renovación del sistema VAC lo cual resulta engorroso para la familia del paciente y el médico tratante.

En lo que respecta al tutor Orthopix específicamente coincido con los creadores del PMO que se trata de un implante costoso pero quisiese destacar que raramente se necesita, pero cuando es el caso, es técnicamente muy difícil suplirlo con otro tipo de tutor. El tutor Orthopix se utiliza en técnicas de elongación ósea, en casos de enanismo o fracturas expuestas con déficit de stock óseo. En estos casos se realizan técnicas de transporte óseo que permiten elongar el hueso. Si bien la misma cirugía puede realizarse con otro tipo de tutores llamados Ilizarov (Figura ...) el montaje del mismo es extraordinariamente dificultoso y los pacientes difícilmente lo toleran por periodos prolongados de tiempo como su patología lo amerita. Por otro lado no existe en nuestro país una escuela en la utilización de ese tipo de tutores por lo que los resultados son en general desalentadores. Finalmente quisiese mencionar que según mis conocimientos, en el país existe una sola empresa que produce y comercializa esos

tutores con lo que con el tiempo he notado que los valores de ambos tipos de tutores se terminaron equiparando, creo que este debiese ser otro punto a rever del PMO.

## **PROTESIS Y ORTESIS DE COLOCACION INTERNA. ALCANCES DE LA COBERTURA Y PROBLEMAS DEVENIDOS DE LA MISMA.**

**Resolución 247/96 MS y AS: anexo 1, 2.5:**

**La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en órtesis y prótesis externas, no reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas. El monto máximo a erogar por el Agente del Seguro será el de la menor cotización de plaza.**

**Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca o proveedor, los Agentes del Seguro no recibirán ni tramitarán aquellas que no cumplan estrictamente con estos requisitos.**

De lo expuesto surge que Obras Sociales y Prepagas solo estarán obligadas a cubrir la prótesis nacional de menor valor, pero existen en el mercado prótesis nacionales que permitan resolver todos los casos cumpliendo con el precepto del PMO "utilización racional de los recursos". En realidad no. Tomemos por ejemplo las prótesis de remplazo articular (cadera o rodilla). Una prótesis de origen nacional cementada solo será eficaz en el tratamiento de un paciente con bajas demandas funcionales, esto obedece al hecho de que dichos pacientes no serán capaces de desgastar sus implantes. Pero que sucede si por el contrario nos encontramos frente a un paciente joven, con altas demandas funcionales, que necesita una artroplastia. Sería razonable colocar una prótesis que empíricamente se sabe se desgastara en pocos años.

Es relevante en este punto diferenciar las distintas prótesis de cadera, sus indicaciones y causas de aflojamiento.

En un paciente añoso, con bajas demandas funcionales, se colocara una prótesis cementada. Las prótesis cementadas se fijan al hueso mediante cemento. La fijación funciona de la siguiente manera. Durante el fraguado del cemento, el mismo se expande, aumenta de volumen y rellena el espacio comprendido entre la prótesis y el hueso que la aloja, de modo que cuando el fraguado del cemento finalizo quedo una capa de cemento que fija la prótesis al hueso mediante la interdigitación del cemento al hueso. El problema es que si el paciente camina demasiado generara micropartículas desde el poliestireno de la prótesis que el organismo reconocerá como extrañas y originara una respuesta inflamatoria a las mismas. Esta respuesta inflamatoria se conoce como Enfermedad del Cemento" e ira generando una zona de declive entre el cemento y el hueso. Conforme este declive aumenta en extensión la prótesis se afloja y en consecuencia deja de funcionar correctamente y reaparece el dolor lo que obliga a una cirugía de recambio protésico. Es de destacar que la Enfermedad del Cemento no solo produce aflojamiento sino también pérdida de hueso generando un segundo

problema a resolver en la cirugía de revisión, cual es recuperar stock óseo necesario para la nueva fijación protésica.

En pacientes jóvenes, por el contrario, se colocaran prótesis no cementadas. Las mismas están revestidas de materiales que estimulan el crecimiento de hueso alrededor de su superficie logrando una fijación luego que la misma se halla osteointegrado. Estas prótesis son más duraderas y en caso de aflojamiento, que también se produce, la gran diferencia radica en el hecho que no se pierde hueso por "Enfermedad del Cemento". Dicho en otras palabras, la revisión protésica se realizara sobre un hueso de características radicalmente superiores pudiéndose optar por la colocación de otra prótesis no cementada o una cementada si el paciente hubiese visto disminuidas sus demandas funcionales.

En el mercado existen prótesis nacionales de ambos tipos. El problema es que los traumatólogos sabemos que las prótesis no cementadas no son buenas y las cementadas solo algunas. Esta apreciación no tiene rigor científico. No existen en nuestro medio trabajos científicos que hayan evaluado los resultados funcionales a corto, mediano o largo plazo de estos implantes. Para la presente monografía solicite a la biblioteca de la Asociación Argentina de ortopedia y Traumatología (AAOT) me realice una búsqueda bibliográfica referente al tema. específicamente solicite se me informase si existe algún trabajo científico publicado en la revista de la AAOT, o presentado en sesiones científicas de la AAOT o congresos nacionales que evalúe el resultado a mediano o largo plazo sobre prótesis articulares o implantes de osteosíntesis (placa con tornillos o clavos endomedulares). El resultado arrojó 11 trabajos de los cuales ninguno hacía referencia a prótesis de origen nacional. Se trataba, en todos los casos, de prótesis importadas implantadas en nuestro medio.

Por otro lado, el PMO en su postulado manifiesta que deberán crearse comisiones para la evaluación de los resultados obtenidos así como guías de tratamiento de las diferentes patologías. Intente buscar información sobre dichas comisiones o guías sin tener éxito..

Entonces que hace un paciente joven, con una enfermedad articular degenerativa, que debe someterse a una cirugía de reemplazo articular. Aceptar con resignación una prótesis nacional que sabemos empíricamente se aflojara rápidamente. Conforme al PMO, la cobertura total de las prótesis se hará tomando en cuenta el precio más bajo del producto en plaza. Esta disposición solo favorece, y a corto y mediano plazo a las empresas de salud. Por esta razón, para que el paciente pueda reclamar que le cubran una prótesis importada, tendrán que darse algunas de estas condiciones:

A: Que no exista una prótesis nacional de ese tipo capaz de competir con la importada.

B: Que el médico desaconseje la colocación de una determinada prótesis nacional, por considerarla de mala calidad para las necesidades del paciente.

C: Que la prepaga incluya en las cláusulas del contrato de su plan de salud, la entrega de prótesis de procedencia extranjera o no ponga límites al monto o al origen del material ortopédico.

“Con cualquiera de estas condiciones, el paciente puede iniciar su reclamo intimando a la prepaga por carta documento, para que ésta dé una respuesta en un plazo razonable y reconozca la cobertura de salud”, dijo el abogado civilista, Esteban Otero. El asesor de Defensa del Consumidor (DC) Oscar Bermejo, reconoció que el reclamo por prótesis importadas “es un tema de difícil solución, porque por un lado, el fin último de una obra social o de una prepaga es el de preservar la salud del paciente, pero por otro, si se niega a dar una prótesis importada porque el precio de la nacional es más conveniente y considera que la calidad es la misma, tal decisión se ajusta a la normativa vigente en el PMO, que es una norma de orden público y está por encima de todo”, dijo el funcionario.

Normativamente, el profesional debe recetar o sugerir la prótesis en forma genérica para después la prepaga buscar el mejor precio entre 3 presupuestos presentados por proveedores. Pero hay traumatólogos que se acostumbraron a colocar por años prótesis importadas, comprobaron sus resultados y por eso siguen recomendándolas, a pesar de que las prepagas ya no las cubren.

En esos casos el paciente tiene estas alternativas: -

A: Pedir a su médico que envíe un informe a la prepaga, donde explique con argumentos científicos la recomendación de una prótesis importada de determinadas condiciones que no se hace en el país o que se fabrica aquí pero es de mala calidad. En el caso de un paciente joven, puede tomarse esto como evidencia para favorecer la elección de una prótesis de mayor vida útil.

B: Solicitar una respuesta dentro de los 5 días de enviada la notificación. Este plazo varía de acuerdo con la urgencia que tenga la operación. -Si la prepaga no acepta lo que le pide el médico, solicitar que lo diga por escrito.

C: El paciente puede llevar su reclamo hasta la Dirección de Defensa del Consumidor del lugar donde se celebró el contrato. En materia de medicina prepaga, la autoridad que entiende en la materia es DC, dependiente de la Secretaría de Comercio, y no la Superintendencia de Servicios de Salud, que sólo está a cargo del control de las obras sociales. En DC, primero se reunirá a las partes en una audiencia previa de conciliación para tratar de llegar a un acuerdo que, de realizarse, tiene fuerza de sentencia judicial firme y si no se cumple permite aplicar sanciones. -si el arreglo no sucede, DC estudiará el reclamo para determinar si existió algún tipo de infracción o cláusula abusiva por parte de la empresa. En algunos casos, puede pedir al cuerpo de peritos de la cátedra de traumatología de la UBA, que evalúe la sugerencia propuesta por el traumatólogo.

Si con la vía administrativa no se encuentra solución queda la instancia judicial, que puede hacerse en forma simultánea con el reclamo administrativo o, incluso, evitándose éste. No obstante, antes de iniciar un juicio civil por daños y perjuicios o una acción penal responsabilizando a la empresa por las secuelas ocasionadas al paciente, (cuestiones ambas que habrá que evaluar)

El abogado civilista Esteban Otero propone al paciente seguir una serie de pasos previos:



A: Analizar como primera medida, el contrato firmado con la prepaga, para determinar si existe alguna cláusula en la que se fijen limitaciones respecto del monto o el origen de la prótesis.

B: De no existir tales descripciones preestablecidas, pedir por escrito a la empresa el reconocimiento de la cobertura de salud, bajo apercibimiento de iniciar acciones legales. Acompañar la solicitud con la recomendación médica con el detalle del tipo y modelo de prótesis sugeridos.

C: Si la demora o negativa de la empresa pone en riesgo la salud del paciente, puede pedirse al juez, mediante la vía rápida de la acción de amparo, que dé pronta respuesta a la necesidad del enfermo.

D: También el paciente con recursos para afrontar los costos de la prótesis importada, puede comprarla y operarse y guardar los recibos para, de existir esa posibilidad, reclamar luego el reintegro a la prepaga.

E: Exigir a la prepaga compartir los gastos de la prótesis, con el aporte del dinero correspondiente al valor de la prótesis nacional y pagar el paciente la diferencia. Después reclamar por el dinero restante.

En lo referente a osteosíntesis también podemos encontrar problemas similares. Es más, en ocasiones se autorizan placas o clavos que por ser solicitados como genéricos pueden no cumplir con las especificaciones necesarias del problema a resolver. La amplia oferta de osteosíntesis existente en el mercado puede llevar al médico auditor a autorizar materiales que no reúnen las especificaciones necesarias para el caso pudiéndose tomar decisiones que nada tienen que ver con el problema en cuestión. Pongamos por ejemplo las fracturas subtrocantericas. Estas son fracturas que por sus características biomecánicas obligan a la utilización de un clavo cuyas características de bloqueo (debe fijarse proximalmente en la cabeza del fémur) aún no han sido desarrolladas en clavos nacionales. Así, en caso de autorizarse un clavo nacional podríamos asegurar de antemano el fracaso terapéutico.

En la figura ...observamos una fractura subtrocanterica tratada en nuestro servicio. Obsérvese que la calidad de la reducción es excelente, sin embargo se utilizó un clavo cuyo bloqueo proximal no iba a la cabeza femoral como debía sino a la zona del trocánter menor. Las características biomecánicas de la fractura y el clavo llevaron a la pérdida secundaria de la reducción. Es de destacar que el mismo clavo podría haber sido utilizado con éxito en cualquier caso de fractura diafisaria de fémur. Volviendo al caso, la pérdida de reducción obligo al cirujano actuante a reintervenir a la paciente y colocarse una prótesis de cadera no convencional. Nuevamente no parece haberse utilizado racionalmente los recursos ya que el fracaso quedo condicionado en el momento mismo del implante del clavo erróneo. Además si sumamos la derogación de dinero en la reintervención, la reinternación y la prótesis no convencional (es la prótesis de cadera más cara del mercado y de origen importado) es claro que fue una pésima elección.

## **REHABILITACION:**

**Los Agentes del Seguro darán cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Con el siguiente alcance:**

**Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.**

**Post-operatorio de traumatología: hasta 30 días, prorrogable por la auditoría del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.**

**Grandes accidentados: hasta seis meses, prorrogable por la Auditoría del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.**

Nuevamente nos encontramos frente a normativas poco precisas y sin una clara adaptación del PMO a los problemas específicos del paciente. En lo referente a Fisioterapia los plazos nunca serán los mismos para pacientes con diferentes patologías y aun para mismas patologías comprometiendo distintas personas. Si tomamos por ejemplo la rehabilitación postoperatoria en un reemplazo total de rodilla, que podríamos suponer una cirugía de gran envergadura, podríamos suponer la necesidad de grandes cantidades de sesiones distribuidas en largos periodos de tiempo. Por otro lado en una tendinitis de Aquiles pareciese lógico que con apenas algunas sesiones el problema podría solucionarse. Sin embargo no todo es así. La rehabilitación postoperatoria de un reemplazo total de rodilla se reduce a 4 o 5 sesiones en las que se le explica al paciente como caminar con bastones canadienses y el resto lo hace el paciente. Sin embargo en una tendinitis de Aquiles cerca del 30% de los pacientes deberán realizar un tratamiento kinésico que puede llegar al año de duración.

Con el envejecimiento de la población aumenta la incidencia/prevalencia de determinadas patologías traumatológicas degenerativas cuyo único tratamiento es kinesiológico y en la mayoría de los casos a solo efecto de disminuir el dolor. Dicho de otra forma, como traumatólogos sabemos que estamos realizando un tratamiento sintomático en un paciente cuyo problema reapareciera antes o después, y cuando lo haga deberá someterse nuevamente a un ciclo de sesiones de fisioterapia. En otros casos las patologías degenerativas crónicas se resuelven quirúrgicamente pero la indicación quirúrgica se hace exclusivamente luego del fracaso del tratamiento kinésico. En este sentido existen claras pautas ya establecidas por convención de cuando considerar un tratamiento kinésico agotado. Lo llamativo es que los tiempos de tratamiento kinésico, que debiesen cumplirse siempre antes de indicar estas cirugías, superan ampliamente el número de sesiones que contempla la cobertura del PMO.

La tendinosis del supraespinoso es una patología degenerativa del manguito rotador (supraespinoso, infraespinoso, subescapular) del hombro. Su clínica es de dolor incapacitante que aumenta al elevar y rotar el hombro, por ejemplo al peinarse. En la actualidad el tratamiento indiscutido de esta patología es la Rehabilitación/Fisioterapia mediante ejercicios de fortalecimiento de los músculos agonistas (músculos que cumplen la misma función que el supraespinoso) y la aplicación de medios físicos (Magnetoterapia, Laserterapia, Onda corta, Ultrasonido, etc.) para lograr la desinflamación y el alivio del dolor. El protocolo de rehabilitación supone 6 meses ininterrumpidos de ejercicios y medios físicos para considerar que el tratamiento no fue eficaz. Si transcurridos los 6 meses de Fisioterapia el paciente siguiese con dolor, se indicara una infiltración y se procederá a una nueva tanda de sesiones de Kinesiología. Cumpliendo este protocolo está demostrado científicamente que se reduce en forma significativa el número de intervenciones quirúrgicas por esta patología. Con la primera tanda soluciona el problema cerca del 50% de los pacientes y con la infiltración y la segunda tanda se aliviara el 30% del 50% restante. Ahora bien, que sucedería si a estos pacientes solo le autorizásemos en nuestra tarea de auditores, 25 sesiones. Estaríamos operando innecesariamente a muchísima gente. No estaríamos considerando que es lo mejor para el paciente y mucho menos estaríamos haciendo un uso racional de los recursos ya que es obvio que los costos de un tratamiento kinésico seria muchísimo menores que los de una cirugía y su rehabilitación postoperatoria.

Para terminar, si consideramos a un paciente en el contexto de un politraumatismo con varias fracturas que fueron intervenidas quirúrgicamente, podemos esperar solucionar todo en 30 días, quien determina los avances sostenidos en el tratamiento el auditor acorde a la historia clínica, el prestador mediante los informes que eleva, existe un protocolo sobre tiempos para cada patología específica.

Nuevamente notamos baches en lo establecido por el PMO que no son justos para el paciente ni eficaces para el sistema de salud.

## CONCLUSIONES:

El PMO surgió como una solución lógica y necesaria, en un momento de crisis económica, para asegurar la subsistencia del Sistema de Salud Argentino tal como lo conocemos.

El PMO debiese brindar lineamientos para el mejor manejo de los recursos de salud y es un elemento esencial que valida las decisiones tomadas por auditores. Estos lineamientos o protocolos de tratamiento además deberían estar avalados por publicaciones de medicina basada en la evidencia.

Sin embargo para poder lograr el mayor beneficio del mismo, es mandatorio que nosotros como auditores seamos conscientes que el PMO es un elemento que

invariablemente debe ser revisado, modificado y actualizado, de hecho así lo establece el propio PMO.

El mismo PMO, en su prólogo, establece la necesidad de generar comisiones que revean prácticas y coberturas que deban incluirse o retirarse del nomenclador por haber sido demostrada científicamente sus beneficios o contraindicaciones. Lamentablemente no he logrado corroborar si dichas comisiones existen en la actualidad, pero por otro lado si puedo afirmar que no existe literatura nacional sobre prótesis o implantes nacionales colocados en nuestro medio y evaluados a mediano y largo plazo.

Considero entonces que somos nosotros, los futuros auditores, los que deberemos buscar la manera de actualizar, remodelar y buscar la optimización del uso de esta arma fundamental que permitirá evitar erogaciones innecesarias al tiempo de asegurar a nuestros pacientes el mejor tratamiento acorde a su problema puntual, que se puede ofrecer en la actualidad.

#### Bibliografía

2 [www.colfarn.org.ar/2014/datos/institucional/legal/26\\_0\\_Pmo201.pdf](http://www.colfarn.org.ar/2014/datos/institucional/legal/26_0_Pmo201.pdf)

1 [defiendase.com](http://defiendase.com)