



7° Coloquio: Buscando
el Acercamiento de
los Jueces a las Ciencias



universal
assistance

Médicos

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

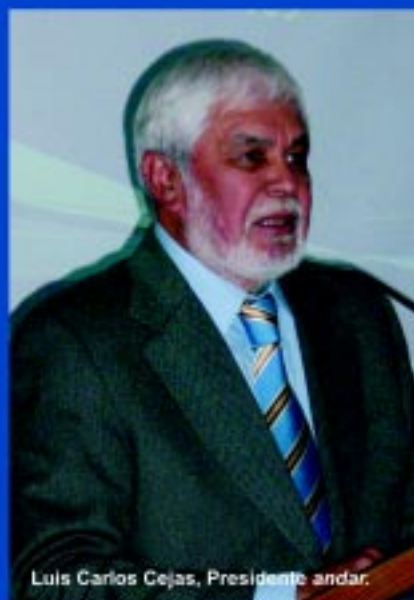
AÑO XI - N° 55 - 2009 - \$15

Medicina Global

andar
10 años

Su salud, nuestro compromiso.

1999-2009



Luis Carlos Cejas, Presidente andar.



El nuevo Ministro de Salud, Dr. Juan Luis Manzur, al tomar juramento en el Salón Blanco de la Casa de Gobierno.

Destinan mil millones de pesos para combatir la gripe A

El Dr. Juan Luis Manzur asumió en el Salón Blanco de Casa de Gobierno como ministro de Salud de la Nación en reemplazo de la renunciante Graciela Ocaña. Tras el juramento tomado por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, el titular de la cartera sanitaria anunció una serie de medidas para luchar contra la influenza A H1N1, entre las cuales sobresale la creación de una cuenta de 1.000 millones de pesos para paliar la epidemia en todo el país. El médico tucumano señaló que la epidemia en la Argentina todavía está en una curva ascendente y que para frenar el avance de la enfermedad convocará a los mejores hombres, mujeres y científicos.



220



330



440

Planes de Salud



GALENO

0800 777 4253 | www.e-galeno.com.ar

Panorama político actual y futuro

Disertación a cargo del Dr. Nelson Castro | Martes 2 de Junio
Gracias a Clientes y Amigos de universal assistance por su participación

**universal
assistance**



- 1 - José María Triviño Valdez, Dr. Gustavo Criscuolo (Medical 's), Diego Álvarez 2 - José María Triviño Valdez, José Luis Bologna, Fabiana Navarro y Dr. Juan Carlos Laccasagne (Hominis-Sanatorio Güemes), Diego Álvarez 3 - José María Triviño Valdez, Aldo Favia (Gte. Gral. W. Hope), Lic. Diego Tillous (Staff Médico) Diego Álvarez, Ariel Di Bartolomeo 4 - José María Triviño Valdez, Diego Álvarez, Dra. María Teresa Jordán y Cecilia Pueyrredón (Servosalud) / Ariel Di Bartolomeo 5 - José María Triviño Valdez, Liliana Elbinger, Lic. Roberto Miskolczi (Swiss Medical Group) 6 - Liliana Elbinger, Arq. Mosches (AMSCA) 7 - Dr. Oscar Castillo, Dr. Oscar Aguilar, Dr. Fortunato Benaim y Dr. Raúl Valli (Academia Nacional de Medicina), José María Triviño Valdez. 8 - Dr. Anibal Funes (Gte. Gral.), Liliana Elbinger, Dr. Jorge Lagos (Presidentel) (Osmecon Esteban Echeverría) 9 - José María Triviño Valdez, Diego Álvarez, Lic. Sebastián Díaz (Osdel), Ariel Di Bartolomeo 10 - José María Triviño Valdez, Miguel Prieto (Sama), Dr. Oscar Civile 11 - Stella Maris Cepurbeda, Ana Arcidiacone (Citi), José María Triviño Valdez, Marta Saenz, Verónica Galtieri, Natalia Márquez y Luciano Torre Arregui (Citi) 12 - Diego Álvarez, Esteban Gentile (Accord Salud), José María Triviño Valdez 13 - José María Triviño Valdez, Liliana Elbinger, Eduardo Repetto (Consolidar Salud-Omint), Diego Álvarez 14 - Nelson Castro. 15 - Audiencia. 16 - Lic. Diego Tillous (Staff Médico), Dr. Osvaldo Calvani, Dr. Oscar Civile, Dr. Nelson Castro, Pancho Ibáñez.



*Algunos momentos fueron difíciles.
Juntos pudimos superarlos.*



Su salud, nuestro compromiso.

1999-2009

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

0800-345-26327 - www.andar.org.ar

Más de un millón de personas en todo el país
confían en nosotros.



OSDE

GRUPO **OSDE**. UN GRUPO DE PERSONAS.



0810 555 OSDE (6733)

Av. Leandro N. Alem 1067 - Piso 9
C1001AAF - Buenos Aires - www.osde.com.ar

ASSIST-CARD LE BRINDA LA TRANQUILIDAD
Y EXPERIENCIA EN ASISTENCIA AL VIAJERO
QUE USTED NECESITA

DIVISIÓN SA+UD



Con un simple llamado telefónico a nuestra central más cercana, las
24 horas, recibirá en su idioma la ayuda necesaria para solucionar
cualquier imprevisto.



ASSIST-CARD®

Lejos... la mejor compañía

Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**
Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:
www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:
gerencia@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar

Nuevos E-Mails:
revistamedicos@ciudad.com.ar
editorialmedicos@ciudad.com.ar

Colaboran en esta edición:
Ricardo Llosa y Yamila Bêgné
(Redacción),
Pablo González (Fotografía),
Esteban Portela (diseño) y
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLOS
TECNOLOGICOS
EN INTERNET:**

SFANET, Av. J. B. Alberdi 1233,
2 Piso Of. 6 (1406)
Tel/fax.: 4433-2398 y rotativas
E-mail: info@sfanet.com.ar
www.sfanet.com.ar

ASESORES LEGALES:

López Delgado & Asociados
Estudio Jurídico
Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792 - Fax: 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada Nº 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual Nº 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Preimpresión e impresión: Artes Gráficas Buschi S.A., Ferré 2250/52, (1437) Buenos Aires.

SUMARIO

8 Actualidad

Asumió el nuevo Ministro de Salud, Juan Luis Manzur.

El gobierno nacional destinó 1.000 millones de pesos para enfrentar la pandemia de influenza.



10 Lanzamientos

Importantes avances en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica.

12 Opinión

Salud Corporativa: Las empresas no tienen planeado producir cambios en el beneficio médico.

14 Columna

Integración regional y políticas de salud.

16 Encuentros

VII Jornadas federales y VI Internacionales de política, economía y gestión de medicamentos "Medicamentos y salud: Impacto de la crisis global".

18 Grageas

24 Columna

La necesidad de legislar.

Primera Plana



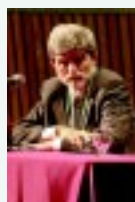
26 10 años de andar.

27 La realidad es la única verdad.

28 Festejos por el 10º aniversario.

30 Jornadas de Capacitación

Del discurso a la acción.



7º Coloquio

34 El desafío de construir la interacción.



36 El problema de la incertidumbre normativa en salud.

38 La influencia de las decisiones judiciales en el financiamiento de la salud.

40 La litigiosidad indebida y sus efectos sobre el ámbito de la salud.

42 Valor probatorio de la Historia Clínica

Errores de registración más frecuentes.



44 Reportes

Altas tasas de utilización alertan sobre la necesidad de hacer uso responsable de los recursos de salud.

46 Voces

Apostillas sobre la Cadena de Responsabilidad Civil Médica.

48 Columna

Remedios para las epidemias.

50 Columna

¿Daño directo o pérdida de chance?
¿Estamos pagando de más?

52 Opinión

Crisis mundial... Crisis social...
Crisis sanitaria...

54 Elecciones en la AMM

Experiencia a la hora de la gestión.



El target de la Revista Médicos, Medicina Global es: Empresas de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Hospitales Públicos y Privados, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios Clínicos y de especialidades medicinales, Prestadores de servicios y Proveedores (Tecnología y Productos), Ministerios y Secretarías de Salud Pública (Nacionales y Provinciales), Empresas de Seguros ART, AFJP, y demás empresas e instituciones vinculadas al sistema de salud.



Siempre cuidamos a las personas.

Hoy elegimos seguir haciéndolo.

Bienvenida SMG ART al grupo Swiss Medical.



Para ser grandes hay que crecer

Asumió el nuevo Ministro de Salud, Juan Luis Manzur

El gobierno nacional destinó 1.000 millones de pesos para enfrentar la pandemia de influenza

El doctor Juan Luis Manzur asumió en la Casa de Gobierno como Ministro de Salud de la Nación. Tras el juramento tomado por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, el flamante funcionario anunció una serie de medidas para luchar contra la influenza A H1N1, entre las cuales sobresale la creación de una cuenta de 1.000 millones de pesos para paliar la epidemia en todo el país.

"La situación de la pandemia en nuestro país es seria, difícil y delicada", declaró Manzur en la conferencia de prensa que dio tras su asunción.

"Por indicación de la Presidenta, pondremos en marcha una serie de medidas concretas ahora, y continuaremos monitoreando la evolución de la enfermedad para tomar las acciones que sean necesarias en cada momento", agregó el sanitarista y vicegobernador de la provincia de Tucumán en uso de licencia.

Asimismo, voceros de la cartera sanitaria afirmaron que el recién designado ministro convocará a todos los ministros de salud de las provincias para evaluar la situación de la gripe en sus jurisdicciones y escuchar sus necesidades.

Las medidas que anunció el ministro Manzur para enfrentar la pandemia en el país:

- Creación de una cuenta especial en el Ministerio de Salud de la Nación con una asignación de 1.000 millones de pesos. Este presupuesto será destinado a paliar la situación sanitaria en todo el país. Se manejará con criterios estrictamente técnico-sanitarios y con la participación de los ministros de salud de todas las provincias.
- Suspensión de clases en todos los niveles de educación del país desde el lunes 6 de julio. Junto con el ministro de Educación Jorge Tedesco, el ministro de Salud aconsejó a las autoridades provinciales suspender las actividades educativas. También se extiende esta recomendación a todas las universidades del país.
- Otorgamiento de licencias preventivas a los grupos más vulnerables de la población. Junto con el minis-



tro de Trabajo Carlos Tomada, el ministro de Salud definió implementar por un lapso inicial de 15 días, licencias para mujeres embarazadas, personas inmunodeprimidas y pacientes oncológicos, tanto en el ámbito público como en el privado.

- Utilización de toda la infraestructura sanitaria del país -del sector público, del sector privado y de la seguridad social- para atender a pacientes con gripe. En este sentido, el Estado se hará cargo de la cobertura del tratamiento de pacientes internados en sanatorios privados que no tengan obra social.
- Convocatoria a los principales expertos del país para monitorear el curso de la enfermedad y aconsejar medidas adecuadas durante la evolución de la epidemia.

Durante la asunción del ministro Manzur estuvo presente todo el gabinete nacional, además de gobernadores provinciales, autoridades de salud de distintas partes del país, legisladores nacionales y provinciales, así como representantes de la cultura.

También estuvieron en la Casa Rosada los gobernadores Daniel Scioli (Buenos Aires), José Alperovich (Tucumán), Juan Manuel Urtubey (Salta), Gerardo Zamora (Santiago del Estero), Jorge Capitanich (Chaco), Maurice Closs

(Misiones), Luis Beder Herrera (La Rioja), José Luis Gioja (San Juan), Walter Barrionuevo (Jujuy), Jorge Sapag (Neuquén), Miguel Saiz (Río Negro), Sergio Uribarri (Entre Ríos), Oscar Jorge (La Pampa) y Gildo Insfrán (Formosa).

Además, participaron del acto Antonio Pagés, representante de OPS en la Argentina; Hugo Moyano, titular de la CGT; Ginés González García, embajador de Argentina en Chile; Charbel Merhi, obispo de la Iglesia Maronita en la Argentina; y los legisladores Juan Sylvestre Begnis, Carlos Kunkel, José María Díaz Bancalari, Héctor Recalde y Beatriz Rojkes de Alperovich, entre otros.

Por su parte, Mirta Roses, directora de la Organización Panamericana de la Salud, envió una carta al flamante ministro Jorge Manzur expresándole su apoyo al frente de la cartera sanitaria. ■

¿Quién es el nuevo Ministro de Salud?

Juan Luis Manzur, vicegobernador de la provincia de Tucumán (en uso de licencia) y designado ministro de Salud de la Nación en reemplazo de Graciela Ocaña, es un médico con estudios desarrollados en la Universidad Nacional de esa provincia. Ocupó funciones de responsabilidad en distintas áreas sanitarias. Fue titular de epidemiología en la provincia de San Luis. En 2002 se desempeñó como secretario de salud de La Matanza, en la Provincia de Buenos Aires. Como ministro de Salud de Tucumán, entre los años 2003 y 2007, se destacó, según palabras del propio jefe de Gabinete, Sergio Massa, por sus políticas que lograron "reducir a la mitad la mortalidad infantil en la provincia". En 2007 fue elegido como vicegobernador tucumano para acompañar el segundo período del gobernador José Alperovich. Manzur nació el 8 de enero de 1969 en San Miguel de Tucumán donde se formó como médico con especialidad sanitarista. Tiene 40 años y es discípulo del exministro y actual embajador en Chile Ginés González García. ■





Queremos estar cada vez más cerca

En OSPe brindamos una sólida cobertura prestacional integrada por redes propias y asociadas, sin restricciones ni complicaciones.

Contamos con 26 delegaciones y trabajamos día a día para seguir inaugurando nuevas en diferentes puntos del país.

0-800-444-OSPe (6773)
www.ospesalud.com.ar



Comprometidos con la
salud y el bienestar

Importantes avances en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica



En la Argentina se detectan anualmente aproximadamente 600 casos de personas que desarrollan Leucemia Mieloide Crónica (LMC).

Bristol-Myers Squibb acaba de lanzar al mercado una nueva presentación, en comprimidos de 100 mg acorde a la última aprobación del producto para el tratamiento de la LMC en fase crónica que disminuye la dosis inicial de 140 mg a 100 mg, conservando la eficacia y con menor incidencia de efectos adversos.

La aprobación se basó en los resultados de un estudio abierto randomizado de Fase 3 de optimización de dosis que enroló 670 pacientes con LMC en fase crónica que presentaban resistencia o intolerancia a imatinib. El criterio de valoración primario de este estudio fue la principal respuesta citogenética (MCyR) (0-35% de meta-fases Ph+, que combina tanto la respuesta completa como la parcial), en pacientes resistentes a imatinib. Los datos incluyeron un mínimo de dos años de seguimiento luego de iniciado el tratamiento con SPRYCEL® 100 mg una vez por día, que es la dosis inicial recomendada de SPRYCEL® para los pacientes con LMC en fase crónica que son resistentes o intolerantes a imatinib. Una síntesis de los resultados de los 167 pacientes que recibieron SPRYCEL® 100 mg una vez por día incluyen:

- ✓ Un índice estimado de supervivencia libre de progresión del 80% (IC 95%: 73%-87%) a los dos años, basado en estimaciones de Kaplan-Meier;
- ✓ Un índice estimado de supervivencia global del 91% (IC 95%: 86%-96%) a los dos años, basado en estimaciones de Kaplan-Meier;
- ✓ El 63% de los pacientes alcanzaron MCyR (IC 95%: 56%-71%;

la mediana de la duración del tratamiento fue de 22 meses);

- ✓ El 93% de los pacientes que alcanzaron MCyR mantuvieron esa respuesta durante 18 meses (IC 95%: 88%-98%), basado en estimaciones de Kaplan-Meier.

SPRYCEL® es el primer inhibidor oral de la tirosina quinasa aprobado que, reduce la actividad de una o varias proteínas responsables del desarrollo incontrolado de las células de leucemia de los pacientes con LMC o LLA Ph+.

El principio activo de SPRYCEL® es el dasatinib. SPRYCEL® fue aprobado en 2006 por la FDA (Food and Drug Administration) primero y por ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) poco después, para el tratamiento de los pacientes con LMC resistentes o intolerantes al tratamiento previo con Imatinib, a una dosis de 140 mg repartido en dos tomas diarias.

"SPRYCEL® ayuda a satisfacer una necesidad de tratamientos para los pacientes con LMC que presentan resistencia o intolerancia a imatinib. Los datos de seguimiento de dos años además respaldan el uso de SPRYCEL® como una importante opción terapéutica para esta población de pacientes", dijo el Dr. Hagop Kantarjian, Presidente y Profesor, Departamento de Leucemia, MD Anderson Cancer Center.

Las reacciones adversas informadas con más frecuencia (informadas en ≥20% de los pacientes) incluyeron eventos de retención de líquido, diarrea, cefalea, erupción cutánea, náuseas, hemorra-

gia, fatiga, y disnea. Las reacciones adversas graves informadas con más frecuencia incluyeron derrame pleural (9%), pirexia (3%), neumonía (3%), infección (2%), neutropenia febril (4%), hemorragia gastrointestinal (4%), disnea (3%), sepsis (1%), diarrea (2%), insuficiencia cardíaca congestiva (2%), y derrame pericárdico (1%).

La información completa sobre prescripción se encuentra disponible en www.sprycel.com. □

Acerca de la Leucemia

En la leucemia, los glóbulos blancos se multiplican de manera descontrolada, ocupando el espacio medular y se envían al torrente sanguíneo. En consecuencia, se compromete la producción de glóbulos rojos normales (células que transportan oxígeno), glóbulos blancos (células que combaten las infecciones), y plaquetas (células que ayudan a la coagulación de la sangre). Por lo tanto, los pacientes con leucemia están en riesgo de contraer anemia, infecciones, y hemorragias serias.

La leucemia mieloide crónica o LMC es una de las formas de esta enfermedad. El progreso de la LMC puede llevar años porque es una enfermedad de crecimiento lento o crónico. A medida que la LMC progresa, los pacientes atraviesan tres fases: la fase crónica, la fase acelerada, y la fase de crisis blástica.





NUESTRA RECETA PARA SER LA MEJOR COMPAÑÍA DE PRAXIS PROFESIONAL.

Compromiso, experiencia, innovación, profesionalismo y solvencia son sólo algunos de los ingredientes que nos convierten en la compañía de seguros líder de Praxis Profesional Médica. Contamos con un equipo de especialistas con trayectoria profesional de excelencia y tenemos el mejor respaldo de reaseguro. Llámenos y compruebe que para estar bien asegurado no hay nada mejor que una buena receta.



ESPECIALISTAS EN PRAXIS PROFESIONAL, RESPONSABILIDAD CIVIL Y CAUCIÓN.

TPC Compañía de Seguros S.A. Av. Belgrano 634, Piso 9 (011) 4876-5300 (1092AATT) Buenos Aires, Argentina.

WWW.WEBTPC.COM • INFO@WEBTPC.COM



Salud Corporativa: Las empresas no tienen planeado producir cambios en el beneficio médico

Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Watson Wyatt Argentina

Mientras la *Revista Médicos* del mes de julio se preparaba, el equipo de Salud Corporativa de Watson Wyatt Argentina completaba una encuesta sobre la cobertura de salud corporativa, solicitada por dos empresas internacionales de primera línea.

Con la participación de 14 compañías que nuclean más de 40.000 empleados y que facturan en conjunto más de \$60 mil millones, el proyecto estaba orientado a realizar un análisis comparativo del beneficio médico, así como también a conocer las políticas y los cambios que esas empresas esperan implementar en lo que resta del año.

Las conclusiones, analizando el conjunto de las respuestas, señalan claramente que no debería esperarse una reducción de los alcances del beneficio incluyendo la decisión de mantener dichos Planes exentos de copagos.

Ahora bien, ¿Qué es lo que ha llevado a las compañías a esta decisión? En nuestra opinión, el impacto de la crisis se ha hecho evidente en otras políticas de las empresas y esta situación ha traído como efecto, la decisión de no introducir cambios en los beneficios médicos del personal, como sabemos, uno de los temas más sensibles en materia de política de compensaciones.

Otra importante encuesta de Watson Wyatt realizada por el área de Compensaciones y Beneficios -de la cual participaron casi 600 empresas, 250 de los EE.UU., 245 de Latinoamérica y 80 de la Argentina-, nos muestra resultados sumamente interesantes que pueden ayudarnos a entender el concepto comentado.

Pasemos a su análisis. A nivel regional, los resultados señalan a la Argentina como el país con mayor porcentual de empresas que han sentido un fuerte impacto por la crisis mundial -90%-, seguida por las empresas de México 85% y finalmente Brasil con el 75%. Podría inferirse en una primera lectura que, así como la crisis política argentina ha contribuido a este indicador, de la misma manera la integración industrial de México con el mercado de consumo de los EE.UU. probablemente lo ha hecho con el suyo.

Sin embargo, en Latinoamérica del total de empresas que informan que llevarán a cabo una reducción del presupuesto de RRHH (6% planea incrementarlo, 59% mantenerlo y 35% reducirlo) la Argentina es el país donde la menor cantidad de empresas planea esta reducción -31%-, seguido por Brasil -37%- y finalmente por México con el 40%.

	ARGENTINA	MEXICO	BRASIL
Porcentual de empresas con fuerte impacto por la crisis financiera mundial	90%	85%	75%
Porcentual de empresas que estiman reducción presupuestaria en RRHH	31%	37%	40%

Fuente: Watson Wyatt 2009. Encuesta de Tendencias de Compensaciones y Beneficios en el marco de la crisis económica

Si combinamos la información de los dos indicadores -empresas con alto impacto por la crisis financiera mundial y reducción presupuestaria del área de RRHH- resulta interesante ver que la Argentina, a pesar de ser el país de la región

con mayor proporción de empresas que han sentido un fuerte impacto de la crisis, resulta también el país que más ha "resistido" la reducción presupuestaria en RRHH.

En nuestra opinión, esta particular combinación está fuertemente influida por lo que podríamos denominar "efecto crisis 2001".

En los últimos dos meses, con motivo de la encuesta que realizamos y nuestros trabajos de consultoría cotidianos hemos mantenido largas charlas con cerca de treinta Directores de Recursos Humanos o Gerentes de Compensaciones de empresas de primera línea. La visión ha sido prácticamente unánime: cuando el mercado comenzó a salir de la crisis del 2001, "reconstruir" el plantel de empleados y recuperar su motivación, fue una tarea lo suficientemente difícil, como para que ahora los actores agreguen un nivel de cautela adicional en la toma de decisiones por la crisis financiera mundial.

Podemos destacar incluso, los casos de algunas empresas que recibieron instrucciones de sus casas matrices de reducir salarios -que fueron cumplidas en Brasil y en México- y que fueron resistidas exitosamente a nivel local. Y esto último está en relación directa con otro indicador cuya importancia no resulta menor, como es el porcentual de empresas de la encuesta que han reforzado acciones para la retención de personal clave: las empresas argentinas se ubican en primer lugar con el 44% respecto de las de Brasil y México que lo han hecho en el 39% de los casos.

Marcela Angeli, Directora del área de Compensaciones y Beneficios de Watson Wyatt Argentina, y principal referente del mercado en la materia, nos señalaba que *"Tenemos dos indicadores importantes que arroja la encuesta respecto del planeamiento salarial 2009. Por un lado mientras un 72% de las empresas realizó o realizará ajustes salariales a lo largo del corriente año, un 14% ha resuelto no realizar ajuste alguno, en tanto que otro 14% de las compañías tiene la decisión bajo revisión. Por el otro, los ajustes a lo largo del año se encontrarán en promedio entre el 13% y el 16% para el personal fuera de convenio de las empresas"*.

Es decir, no se planifican ajustes salariales en porcentajes tan importantes como otros años sobre los sueldos. Por lo tanto, con el recuerdo presente de la crisis del 2001, podemos decir que hay un especial cuidado en afectar lo menos posible el clima y la motivación con políticas que puedan ser evitables. En este marco se comprende la inexistencia de planes de reducciones en materia de cobertura médica.

En cambio, y en el marco de otros Programas de Beneficios, aparecen ítems que han sido afectados: la asistencia educacional, la enseñanza de idiomas y el reconocimiento de gastos por telefonía celular.

Por último, donde hemos visto que las empresas se encuentran haciendo foco es en la generación de ahorros por el control financiero de los aportes y contribuciones del personal. Nuestra experiencia muestra que se trata de un excelente objetivo ya que las cifras son lo suficientemente significativas para ayudar a financiar una parte substancial de los incrementos de precios de la medicina prepaga y de las obras sociales, que se avecinan en los próximos meses. Pero esa...ya es otra historia. □



La misión de Bristol-Myers Squibb
es prolongar y mejorar
la vida humana, proporcionando
productos farmacéuticos
y productos relacionados
con el cuidado de la salud
de la más alta calidad.

Somos una empresa orientada
a la investigación y desarrollo de
productos innovadores en áreas
terapéuticas claves.



Cáncer



Diabetes



Hepatitis



HIV/SIDA



Aterosclerosis
y trombosis



Transplantes



Trastornos
afectivos



Alzheimer



Obesidad



Artritis



Bristol-Myers Squibb Argentina

Para mayor información acerca de nuestros productos
sírvase contactar a nuestro representante o al departamento médico
de Bristol-Myers Squibb Argentina S.R.L.

Martín 801(C) 4280KCO - Tel.: (5411) 4789-8400 - Fax: (5411) 4789-8559 - www.bms.com.ar



Integración regional y políticas de salud

Por Carlos Vassallo - Consultor Internacional Economía y Gestión de la Salud y de los medicamentos

El complejo económico del sector salud además de su impacto en la capacidad de desarrollo humano y la dinamización de la economía influencia en forma importante los abordajes de cuestiones claves referidas a la integración regional y formación de bloques económicos en la medida en que involucra un conjunto amplio de actividades que deben ser objeto de negociación entre los diferentes países.

Entre dichas cuestiones podemos mencionar desde la lucha conjunta a las epidemias hasta la circulación de productos y servicios de salud. Los temas de integración regional han estado cada vez más presentes en la agenda económica y política de los países de la región en la medida que en el marco de una globalización asimétrica, se buscan fortalecer sus vínculos para obtener una posición más favorable en las negociaciones internacionales.

El Mercado Común del Sur (Mercosur) formado por la Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay y más recientemente por Venezuela representa una importante iniciativa en este sentido. Si bien el proceso de integración regional de Mercosur ha cambiado de ritmo, intensidad y orientación en función de los cambios de gobierno y la existencia de alianzas o conflictos puntuales entre países es innegable que ha tenido avances, especialmente en el caso de políticas comerciales, aduaneras, industriales, etc.

Sin embargo, no podemos decir que el mismo avance se haya registrado en el sector de las políticas sociales, incluida la política de salud. De hecho algunos autores llaman la atención al hecho que las políticas sociales, están en un estadio embrionario en los procesos constitutivos del Mercosur a pesar de la trayectoria y de la construcción de instituciones dedicadas a esa finalidad desde mediados de la década pasada.

En el caso de la política de salud se puede señalar una falta de definición de un modelo de integración regional en salud en el ámbito del Mercosur que sea capaz de orientar los procesos de discusión entorno a la salud. No se sabe, por ejemplo, si el modelo a ser construido incluye simples espacios de coordinación de servicios en

las zonas de frontera o la integración de esos servicios, o el libre tránsito (profesionales, usuarios de sistemas de salud) constituyen una de las metas de integración regional o cómo se dará el libre tránsito de productos o servicios de salud entre los países que integran el bloque regional.

No se trata de una tarea trivial, y es posible destacar una serie de grandes dificultades de carácter estructural en el proceso de integración regional en salud en el Mercosur: necesidades de niveles elevados de estabilidad política y de mantención de reglas de juego claras, independientemente de los gobernantes, existencia de estructura demográfica, y condición socioeconómica con grandes diferencias interregionales, situación de salud de la población y estructura del sistema de salud bastante desigual entre un país y otro de la región, o la convivencia de estados centralizados y federativos dentro de una misma región.

Draibe (2007) señala en el caso de la Unión Europea cómo las dificultades de esa experiencia, sólo pudo ser superada cuando se abandonó la estrategia de convergencia fuerte (modelo unificado de protección) siendo sustituida por un mayor énfasis en el campo del reconocimiento de los derechos, de equivalencias y de transferencias. Es por ello que la unificación de políticas sociales representa un objetivo clave en el ámbito del MERCOSUR como condición para la creación de una nueva ciudadanía social, siendo más importante buscar un nuevo y virtuoso modo de articulación entre la política económica y la política social, en una estrategia común que viabilice y concretice desde un nuevo modelo de desarrollo social hasta la propia integración social y regional.

Un aspecto importante de este proceso de integración regional y que merece especial atención en el futuro es darle mayor importancia a las políticas de ciencia, tecnología e innovación para el desarrollo. En este sentido gana espacio el área de salud por ser uno de los ejes estructurales de las políticas de protección social y al mismo tiempo uno de los sectores con mayor importancia económica mundial. □

PROTECCIÓN

PARA QUIENES NOS PROTEGEN



“RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA”

PRUDENCIA
Seguros





Encuentros

VII Jornadas federales y VI Internacionales de política, economía y gestión de medicamentos “Medicamentos y Salud: Impacto de la crisis global”

Por el Farmacéutico Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA

Las Jornadas de Política, Economía y Gestión del Medicamento organizadas por la Federación Farmacéutica (FEFARA) y los Colegios que la integran se han convertido en un encuentro anual de carácter Federal. Por ello, la cita será los días 17 y 18 de septiembre en el Complejo Hotel de la Cañada, Marcelo T. de Alvear 580, de la ciudad de Córdoba.

En esta edición, Córdoba, una provincia innovadora y en intenso crecimiento en el área de Salud, recibirá a un importante contingente de profesionales interesados en distintas perspectivas del medicamento y la realidad sanitaria. Durante dos días se debatirá, presentará e intercambiarán contenidos y análisis respecto a esos bienes esenciales que motivan este encuentro interdisciplinario.

Las Jornadas de este año contarán con la presencia de los Ministros de Salud: Miguel Angel Cappiello de Santa Fe, Oscar González, de Córdoba y Juan Carlos Ferreyra, de Catamarca quienes nos traerán la perspectiva de la agenda sanitaria actual, según su visión y las demandas de las poblaciones.

Además, nos visitan destacados especialistas extranjeros como el Dr. Joan Rovira, catedrático de la Universidad de Barcelona, quien abordará el tema del acceso al medicamento y las implicaciones que tienen las patentes, las innovaciones, los precios y la regulación sobre el mismo. Las Jornadas organizadas por FEFARA incluyen en su agenda los temas más importantes de la actualidad del país, por eso el segundo día se analizará la crisis económica y su impacto sanitario en la Argentina.

También se debatirá la situación de los laboratorios farmacéuticos ante los cambios económicos y sociales y el desafío de los financiadores para continuar sosteniendo el acceso de los medicamentos a todos los que los necesitan.

Otra visión internacional y experta la dará el Dr. Augusto Guerra, actual Superintendente de Asistencia Farmacéutica de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais (Brasil), quien expondrá el Programa que están llevando adelante denominado Farmacia de Minas. Este programa público está convirtiendo a la farmacia de las pequeñas poblaciones con menos de 10.000 habitantes en el centro sanitario desde donde monitorear y realizar el seguimiento de la salud poblacional y en particular de los pacientes crónicos del sistema único.

En nuestro país la Organización Mundial de la Salud elevó al nivel 6 de pandemia al virus A H1N1, aconsejando reforzar la atención en los centros sanitarios y extremar las medidas de prevención. El director de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, Dr. Juan Carlos Bossio explicará cuáles son los cambios en el abordaje de los casos y la manera en que se los clasificará de acuerdo con las nuevas categorías que dio la Organización Mundial de la Salud.

También por parte de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), el tema elegido es, el sistema nacional de trazabilidad integral y finalmente el aporte médico y farmacéutico, al uso racional del medicamento.

Una vez más estableceremos un espacio de intercambio y reflexión interdisciplinario, porque consideramos que no existen miradas unilaterales válidas sobre la temática de la salud y en particular sobre la realidad del medicamento.

Desde FEFARA los invitamos a participar y sumar su aporte a esta construcción colectiva de las estrategias y soluciones que la problemática de nuestro sector reclama. □

17 y 18 de Septiembre de 2009

**7^{ma} Jornadas Federales
y 6^{ta}s Internacionales**

**Política, Economía y Gestión de
Medicamentos**

"Medicamentos y Salud: impacto de la crisis global"

Complejo Hotel de la Cañada | Marcelo T. de Alvear 580.

CORDOBA | ARGENTINA

INFORMES E INSCRIPCIÓN

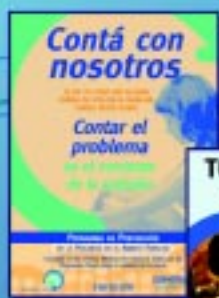
FEFARA
Hipólito Yrigoyen 900 - 5º P - Of. 8 (1088) Capital Federal
Tel/Fax (011) 4342-9473 - fefara@fefara.org.ar - www.fefara.org.ar

ORGANIZA

FEFARA
Federación Farmacéutica



Más cerca de tu Salud



Construir Salud
te ofrece **"Sanus"**,
un conjunto de programas
de promoción y prevención
para el mejor cuidado
de tu salud.

Estos programas están dirigidos a la población beneficiaria y tienen como propósito común la eliminación de riesgos, la mejora de la calidad de vida y también el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra población.

CONSTRUIR 
Obra Social del Personal
de la Construcción **Salud**

Líder en Medicina Familiar
Calidad Médica Administrativa
Sanatorio Propio de Alta Complejidad e Internación
Tecnología de Avanzada y Amplia Cobertura
Centros Médicos Propios en todo el país

0-800-222-0123
www.construirsalud.com.ar





OSDO CONTINUA SUMANDO AFILIADOS

La Obra Social de Dirección que cuenta con más de 35 años de experiencia trabajando ininterrumpidamente para el bienestar de sus afiliados y de la salud, sumó a su importante cartera al personal de Dirección del nuevo Sofitel La Reserva Cardales. Los empleados jerárquicos de Sofitel La Reserva Cardales que se encuentran fuera de convenio, eligieron a OSDO como su Obra Social. De esta forma, los nuevos afiliados contarán con una amplia cobertura de salud a nivel nacional, brindada en conjunto con la empresa de Medicina Prepara MEDICUS, líder en el cuidado de la salud. El continuo crecimiento cualitativo en su cartera de afiliados, ratifica a OSDO por su excelencia en la prestación de servicios médicos y sociales. ■

TRATADO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Este Tratado resume tres décadas de desarrollo doctrinario y judicial de la problemática de los juicios originados en la praxis médica. En él se desarrollan integralmente los temas fundamentales del derecho de daños en relación con ella.

El autor, Dr. Oscar Ernesto Garay -especialista en derecho médico y bioética- aborda, con un enfoque novedoso, la temática de la responsabilidad profesional médica desde el humanismo de la ética y el derecho, que pone al descubierto que lo fundamental es el reconocimiento y respeto de los valores salud, dignidad y libertad referidos al paciente, así como los derechos y la seguridad del profesional de la salud. También, que el derecho a la reparación tiene anclaje constitucional, al igual que el derecho a la seguridad jurídica. ■



LIBROS

LA POLITICA, LA SALUD Y LA GENTE EN AMERICA LATINA



En esta nueva obra, el Dr. Eduardo Filgueira Lima repasa la evolución de los sistemas de salud, contextualizados en las políticas públicas llevadas adelante por diversos Estados, e incluso efectuando comparaciones entre los logros de los países desarrollados y los de nuestra región en América latina.

Desde esta perspectiva, su recorrido nos traslada por el análisis de valores e ideologías que sustentaron posicionamientos diferentes, pero que hoy, aunque sea desde el discurso, es reconocido que el desarrollo y capital humano es el que conduce y es motor del crecimiento sustentable y que para lograrlo es necesario reducir la desigualdad de oportunidades, en una región considerada la más desigual del mundo. Numerosas

comparaciones y cuadros nos demuestran su pensamiento.

No omite, en especial, referirse a las ataduras a las que nos vemos ligados por las debilidades que presentan los sistemas políticos de muchos de los países de nuestra región. Porque es finalmente "la política", la que debe producir las reformas que se requieren y que se encuentran interrelacionadas, en especial en cuanto a bienes sociales se refiere, como en nuestros sistemas de salud para ser más eficientes y equitativos.

El Dr. Eduardo Filgueira Lima es médico cirujano, especializado con posterioridad en Medicina del Deporte. Se desempeñó como Secretario de Salud de la Provincia de La Pampa desde 1994 a 2002, año en el que asumió como Viceministro de Salud de la Nación, cargo en el que se desempeñó desde enero del 2002 hasta junio de 2003. En la actualidad, su actividad se desarrolla en la docencia, como profesor universitario en materias vinculadas a las Políticas y los Sistemas de Salud. Diplomado en Salud Pública. Consultor internacional en el área de Salud Pública, Políticas de Salud, Gestión en diversas áreas de Salud y Seguros de Salud, en organismos nacionales e internacionales. Especialista y Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Gerente Médico de la Obra Social Nacional Sindical (OSPAT), integrante del Centro de Estudios para el Desarrollo del Sector Salud (CEDSS) y autor de numerosos trabajos científicos y libros de la especialidad.

Más detalles sobre la obra. Web: <http://www.cedss.blogspot.com>

UN PROGRAMA INEDITO DE SEGURO Y REASEGURO DE "PRAXIS MEDICA" EN LATINOAMERICA

Mediante un acuerdo de cooperación y colaboración entre TPC y Hannover Re, este Programa ofrece un soporte técnico-profesional y respaldo de reaseguro a aseguradoras de Latinoamérica, para el desarrollo en cada país de Programas de Seguros de Responsabilidad Profesional Médica. TPC, Compañía de Seguros de la Argentina, especialista en Responsabilidad Civil Profesional Médica, se coloca a la vanguardia en materia de colaboración con aseguradoras y profesionales de la salud



de América, en una alianza sin precedentes con un reasegurador de la calidad y solvencia de Hannover RE. Este acuerdo posibilita a la Compañía de Seguros contratante del servicio, posicionarse en un lugar de privilegio para desarrollar esta línea de coberturas, respondiendo a las necesidades generales de la comunidad médica de su país.

El asesoramiento directo de TPC le otorgará capacidad de desarrollo permanente de coberturas de seguros de Praxis Médica, el desarrollo de formularios de solicitud de cobertura para cada tipo de riesgo, por especialidad y complejidad, y según categorías de riesgo, adaptando las pólizas a la legislación de cada país, además de realizar análisis de riesgo, capacitación y/o asesoramiento médico legal, implementación de programas de gestión de riesgo y prevención de daños para asegurados o asegurables, con autoevaluación (localmente o a distancia). ■

NOVARTIS
1996-2006
10 AÑOS



Cuidamos y Curamos

En Novartis, tenemos el compromiso de salvar y mejorar millones de vidas...cada día.

Desde seres humanos hasta mascotas, desde niños hasta adultos, en Novartis nos enorgullecemos por ser la fuerza innovadora que brinda esperanza y optimismo a nuestro mundo. Nadie puede predecir qué deparará el futuro para cada individuo, pero hoy millones de personas tienen la posibilidad de desarrollar una vida más saludable y feliz gracias a nuestra ayuda.

ASSIST-CARD INTERNACIONAL

ASSIST-CARD INTERNACIONAL DIVISION SALUD

La Gerencia Comercial ASSIST-CARD División Salud América Latina, sigue en franco crecimiento en los países de la región. El emprendimiento comercial 2009 realizado en la Argentina se está replicando en todos los países de la región, con excelentes resultados, explico su responsable Daniel R.J.Piscicelli.

ASSIST-CARD-BRASIL DIVISION SALUD en creciente expansión por todo el territorio Brasileño, informó que desde el 1 de febrero de 2009 firmó convenio de asistencia al viajero, con UNIMED PAULISTANA importante empresa del sector con presencia en todo el país. Dicho convenio brinda la cobertura para todos sus afiliados en todo el mundo. La campaña realizada por el responsable de la Gerencia Comercial para toda Latinoamérica, Daniel R.J.Piscicelli y el trabajo que realiza la División Salud de Brasil comandada, por Renato Spadafora Ferreira y su Gerente de Salud, Dr. Marcos Bettencourt, hacen que la compañía, ya ocupe un lugar importante en el mercado de la salud de Brasil. Las acciones siguen en forma intensa y sostenida en toda la región, replicando el modelo que posicionó a ASSIST-CARD como empresa líder en el mundo de la asistencia.

Colombia, con clientes como SURAMERICANA, COLPATRIA, COOMEVA una de las EPS más importantes del país, POSITIVA (ARP) aseguradoras de riesgo del profesional entre otras. Desde el 1 de mayo de 2009, la División Salud de ASSIST-CARD Colombia incorporó a su cartera de distinguidos clientes a SANITAS Colombia, con cobertura médica en todo el mundo.

México, ha incorporado a SALUDCOOP con cobertura en todo el mundo.

Paraguay está desarrollando una importante campaña entre las empresas del sector salud, ha incorporado a SANTA CLARA SALUD con asistencia en países de la región y del resto del mundo.

En Perú, el desarrollo ha sido también muy importante, hoy División Salud Perú, cuenta entre sus clientes más importantes, a Clínica Angloamericana, la Clínica Ricardo Palma y Rimac Seguros, todos ellos con cobertura internacional.

Sigue el crecimiento en la región, Venezuela, Ecuador, Panamá, Costa Rica, etc., son algunos de los países que ya han iniciado la gestión comercial por medio de sus respectivos Country Managers de cada país. ASSIST-CARD INTERNACIONAL estima un crecimiento del 25 % en el mercado de la salud. ■



ELECCIONES EN LA ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

El jueves 11 de junio se realizaron, en todos los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, las elecciones para elegir las autoridades, para el período 2009-2013, de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. La AMM es una entidad gremial que agrupa a los médicos que se desempeñan en los hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La Lista Integración, encabezada por el Dr. Jorge Gilardi (actual presidente de la AMM), obtuvo el 75% de los votos frente al 24 % de la oposición.

Con esta victoria, la lista triunfadora continuará al frente de la institución hasta 2013. Las nuevas autoridades asumirán el próximo 10 de diciembre.

La conducta gremial de la conducción de la AMM, combativa en los reclamos, con un accionar responsable y transparente en todas las decisiones y con independencia político-partidaria, se vieron reflejadas en el categórico apoyo que logró la Lista Integración en todos los hospitales. ■

EL HOSPITAL ITALIANO PRESENTO EL NUEVO LIBRO "CONSTIPACION Y COLON IRRITABLE"

El Hospital Italiano de Buenos Aires lanzó su nuevo libro *Constipación y colon irritable* de del hospital ediciones -editorial del Hospital Italiano de



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Buenos Aires- desarrollado por profesionales médicos de la Institución.

La constipación suele ser una condición crónica que acompaña al paciente, afectándolo a lo largo de su vida.

El colon irritable es un trastorno digestivo muy frecuente influenciado por factores como la mala alimentación y el estrés. También, si no es detectado y tratado correctamente, puede constituirse en un problema crónico. El libro brinda la información necesaria para reconocer sus síntomas y describe los hábitos de vida, las medidas dietéticas y los tratamientos necesarios para afrontar este problema.

La obra fue desarrollada por la Dra. Karin Kopitowski, Profesora Titular de Medicina Familiar, Escuela de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires; la Dra. María Andrea Pérez, Especialista en Clínica Médica, Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires; y el Dr. Emilio Varela, Director de la Subsección Hospital Italiano de Buenos Aires de la Carrera Especialistas Universitarios en Gastroenterología y Jefe Honorario del Servicio de Gastroenterología. ■

ASSIST-CARD
Lejos... la mejor compañía



ASSIST-CARD y GALENO

GALENO, empresa líder en medicina privada, renovó su relación comercial, con ASSIST-CARD ARGENTINA, quien continúa brindando en todo el mundo la asistencia integral al viajero a todos los socios de GALENO. La División Salud Argentina, expreso, "nos sentimos orgullosos que nuestros clientes continúen creyendo y confiando la salud de su gente en ASSIST-CARD". ■



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.





De izquierda a derecha: Sr. Raúl Velga (Revista Estrategas), Dr. Fernando Gómez (RP News), Dr. Miguel Secchi (Foro Para el Desarrollo de las Ciencias), Sr. Pablo Gago (Revista Futuro Sustentable) y el Dr. Rafael Acevedo (Argentina Praxis médica - El Periódico de LA MUTUAL).

II ENCUENTRO SOBRE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL - SALUD Y MEDIO AMBIENTE

El pasado 20 de mayo tuvo lugar en el ALVEAR PALACE HOTEL el II ENCUENTRO SOBRE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL - SALUD Y MEDIO AMBIENTE, organizado por RP News, APM- Argentina Praxis Médica (el periódico de LA MUTUAL), revista ESTRATEGAS y FUTURO SUSTENTABLE. Coordinó académicamente el evento el FORO PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS.

Participaron más de 300 asistentes, y el Encuentro contó con la participación de destacados panelistas, entre ellos la presidente del Tribunal Supremo de esta Ciudad, Dra. Ana Conde, y el superintendente de seguros de la nación, Dr. Gustavo Medone. Como epílogo al final de la jornada, los asistentes disfrutaron de una exposición magistral a cargo del politólogo Rosendo Fraga, quien respondió diversas preguntas del auditorio. ■



Universal Assistance felicitó a andar por su 10 ° Aniversario

Universal Assistance participó del acto que celebró la Obra Social de los Viajantes Vendedores de la República Argentina (**andar**) por su décimo aniversario. Al evento, que se realizó el 4 de junio en el auditorio de **andar**, asistió el Director Comercial, José María Triviño Valdez y el Gerente de Negocios Corporativos, Diego Alvarez. Allí entregaron una placa de reconocimiento que recibió el Presidente de la entidad, Luis Cejas acompañado de los directivos Mariano Cejas y el Dr. Guillermo Capuya. ■



Dr. Guillermo Capuya, José María Triviño Valdez, Mariano Cejas, Luis Cejas, y Diego Alvarez.



"IOMA ES LA NAVE INSIGNIA DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA"

El titular del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), Javier Mouriño, dijo estas palabras al celebrar el 52 aniversario de la institución. En la oportunidad, se homenajeó a los empleados que cumplieron 25 años de trabajo. La actividad se realizó en el auditorio de la sede central. "Esta organización tiene tres patas: los afiliados, los prestadores y los trabajadores, pero estos últimos constituyen el alma y el sentido", dijo Mouriño.

En el día de su 52° aniversario, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) rindió homenaje a los em-

pleados que cumplieron 25 años de trabajo en la obra social y a aquellos que se jubilaron en los últimos meses. El acto, realizado en el salón auditorio de la sede central, en 46 entre 12 y 13, estuvo encabezado por el presidente del instituto, doctor Javier Mouriño, y tuvo su broche de oro con la actuación del coro de IOMA, que hoy también celebró sus 15 años de vida. ■

TPC PARTICIPO EN EL 4° SEMINARIO LATINOAMERICANO DE SEGUROS Y REASEGUROS

TPC felicita al Comité Organizador del 4° Seminario Latinoamericano de Seguros y Reaseguros por el éxito del mismo, especialmente por la calidad en las exposiciones y por la excelente organización.

La problemática de la crisis global, sus orígenes e impacto en el mercado de seguros y reaseguros, fue un eje central en todas las exposiciones del Seminario. Resultó ser un foro de intercambio de experiencias e información respecto a esta situación en los países latinoamericanos.

La Compañía participó con especial interés en diferentes actividades, tales como en el taller "Perspectivas de los seguros de Crédito y Caucción en Latinoamérica" en el cual expusieron importantes funcionarios locales, de Brasil y Chile, así como también en la Mesa de Reaseguradores (GenRe-Argentina- / Partner Re-Chile- / Munich Re-Argentina) donde se abordaron cuáles son las tendencias en las políticas que ellos aplicarían en las próximas renovaciones de los contratos de reaseguros. ■



UNIVERSAL ASSISTANCE OFRECIO UN DESAYUNO A SUS CLIENTES JUNTO A NELSON CASTRO



Pancho Ibáñez, Dr. Oscar Civile, Presidente de Universal Assistance; Dr. Nelson Castro y Dr. Osvaldo Calvani, Vicepresidente de Universal Assistance.

ferentes del sector. En los anteriores participaron el periodista Juan Carlos de Pablo y el analista político y periodista Joaquín Morales Solá.

De este modo, Universal Assistance continúa desarrollando acciones para colaborar y apoyar a sus clientes. ■





**CENTRO DE DIAGNOSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**

 **Washington
University in St. Louis**
SCHOOL OF MEDICINE

MIR Mallinckrodt Institute
of Radiology

II Seminario Internacional de Tomografía Computada Multislice, Resonancia Magnética y PET- CT Mallinckrodt Institute & Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi

Curso Agosto

28 – 29, agosto 2009 - Hotel Panamericano - Buenos Aires, Argentina

Directores:

Dr. Santiago E. Rossi (Director Médico CDR)

Dr. Fernando Gutierrez (Mallinckrodt Institute, Washington University, St Louis)

Disertantes:

- **Fernando Gutierrez, MD**
Professor of Radiology
Cardiothoracic Section, Mallinckrodt Institute
- **Dennis Balfe, MD**
Professor of Radiology
Abdominal Section, Mallinckrodt Institute
- **Christine Menias, MD**
Associate Professor of Radiology
Abdominal Section, Co Director of ED Radiology,
Mallinckrodt Institute
- **Franz Wippold, MD**
Professor, Radiology
Head Neuroradiology Section, Mallinckrodt Institute
- **Cylen Javidan MD**
Associate Professor of Radiology,
Cardiothoracic Section, Mallinckrodt Institute
- **Santiago E. Rossi, MD**
Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi
- **Mariano Volpacchio, MD**
Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi
- **Mariano Loureiro, MD**
Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi
- **Antonio Luna, MD**
Madrid, España

Cupos limitados

agustinar@cdrossi.com

Tel: 4011-8043/8003

www.cdrossi.com



La necesidad de legislar

Por el Doctor Ignacio Katz

"Enfrentamos una época en que las relaciones mercantiles tienden a sustituir a cualquier otra relación entre los seres humanos"
Juan Ramón Capella

Hemos reiterado en muchas ocasiones la importancia de que la Argentina cuente, de una vez por todas, con un Sistema Federal Integrado de Salud. Ahora, se han elaborado las bases del proyecto de Ley que posibilitan su creación, lo que constituye una oportunidad única para revertir el atraso sanitario que padece el país. Que sea el Congreso de la Nación el ámbito de discusión de la norma, potencia la pluralidad del debate y enriquece al nuevo modelo que se pretende edificar.

Legislar tiene el significado de terminar con la espontaneidad que ha sido el motor del actual caos, y que ha contribuido a degradar el cuidado de la salud y a los sectores protagonistas de estas áreas. Legislar también significa involucrar a todos estos actores que participan del campo sanitario; además significa regular derechos y obligaciones, que es una manera de reconocer la complejidad del tema y el impacto que sobre él tiene el contexto. De esta manera, se pretenden prever los caminos que los cambios imponen.

Se necesita entonces un instrumento legal, una herramienta que obligue a las jurisdicciones a comprometerse en la construcción de este Sistema Federal Integrado de Salud. Un Sistema que debe ser justo, solidario y eficiente.

Un proyecto de esta envergadura necesita un marco legal nacional, que le de validez y que signifique el compromiso legislativo con el tema. El paso por ambas Cámaras implica abrir el juego a las fuerzas políticas y a la sociedad toda, y la idea es que este procedimiento sea enriquecedor para la norma. Segundo, y siguiendo este razonamiento, el dictado de la Ley será el resultado de un amplio debate y acuerdo nacional.

Por otra parte, la trascendencia de esta reforma exige una normativa superior, que sirva para el largo plazo. Por la importancia de lo que está en juego, por los intereses afectados, por la diversidad de actores, se necesita sí o sí una herramienta legal para darle sustento a este nuevo Sistema.

Además, la eficacia de la nueva red que se pretende desarrollar necesita del compromiso de todas las jurisdicciones del país. Una ley sancionada por el Congreso de la Nación obliga a las provincias a cumplir la norma. De esta manera, se combate la permanente deriva a la fragmentación que sufre el país.

Y por último, toda declaración de "Derecho" legitima un mandato. Y es potestad del Estado ejercerlo. Y si hablamos del "Derecho a la Salud", las autoridades necesitan un instrumento acorde para poder garantizar

que todos los habitantes del país tengan pleno acceso a aquél. Legislar, entonces, es una necesidad vital.

Hoy nos enfrentamos a un conjunto de piezas dispersas, lo que imposibilita cualquier atención digna y en los tiempos adecuados. El panorama actual del campo sanitario argentino nos muestra una fragmentación de autoridades, planes y jurisdicciones.

Esta situación favorece la autonomización de ciertos sectores que, como si fueran castas, consideran que deben darse sus propios ordenamientos, y no acatar ninguna autoridad constituida. Esta conducta corporativa implica que esa clase de grupos se emancipa de cualquier responsabilidad directa de su accionar, y que tampoco deba rendir cuentas ante nadie. De esa manera, esa casta se considera independiente de cualquier reglamentación, y solamente cree en sus propios códigos y objetivos.

Esta autonomización perjudica notablemente la concreción del principio de subsidiariedad. ¿En qué consiste este? Expliquémoslo. Sabemos que el Estado debe tender a consolidar el bienestar de la sociedad, en todas sus áreas. Entonces, cuando los particulares, o una instancia intermedia, no cumplen ese objetivo, por el motivo que sea, debe ser el Estado el que lleve adelante la tarea. A esta situación se llama "principio de subsidiariedad". Es decir, las autoridades nacionales, "subsidiariamente", deben recoger el guante y solucionar el problema.

En cualquier problemática que afecte a un país, sea dentro del campo sanitario, educativo, cultural, científico o económico, debe regir este principio. Pero más necesaria y perentoria resulta su aplicación en cuestiones relacionadas con la salud. Sabemos de la rapidez con la que se necesitan implementar las medidas para paliar situaciones de emergencia, enfrentar epidemias o prevenir brotes.

No se puede dejar abandonada a su suerte a provincia alguna, si no logra resolver determinada encrucijada. Es lo más alejado de cualquier modelo solidario el planteo que implique desentenderse de lo que sucede en los distritos provinciales, y confinando a las provincias a enfrentar en soledad las amenazas de la coyuntura.

Y este principio de subsidiariedad está relacionado con el federalismo, porque implica que el Estado central, sin reemplazar a las autoridades locales, no debe desentenderse de lo que ocurre con las provincias y tiene que fomentar la equidad sanitaria en todo el país, respetando las particularidades de cada región. Un federalismo bien entendido es aquél en el que las provincias tienen un alto grado de autonomía, pero, al mismo tiempo, también posee una instancia superior a la cual acudir en momentos de crisis y con quien interactuar en forma permanente. Es este principio el principal afectado por aberraciones como la autonomización de la que hablamos con anterioridad.



Estos problemas que afectan a la Argentina nos demuestran que, como condición para la construcción de este nuevo Sistema sanitario, se precisa un Acuerdo entre los principales actores del campo de la salud.

Lo que debemos construir es un Acuerdo que sea una verdadera herramienta para salir del atraso, y que se impone por la urgencia de nuestros tiempos, por una necesidad conceptual y por las características de nuestra realidad sanitaria, protagonizada por múltiples actores. Un Acuerdo como el planteado reconoce la crisis y asume el conflicto recurriendo a la negociación para elaborar una agenda de acción común.

Este marco se construye a partir de la toma de conciencia, del compromiso y de la profunda reflexión que darán lugar a convergencia social real de todos los actores involucrados. Un acuerdo es por definición una propuesta instrumental entre partes, la articulación de una herramienta adecuada para alcanzar un determinado objetivo como es la construcción de un Sistema Integrado de Salud.

Pero reiteramos que el Acuerdo no debe repetir las inconsistentes formalidades del consenso. Porque el elemento central de toda sociedad democrática es el conflicto, cuya resolución depende de una negociación. La sociedad avanza mediante conflictos y su posterior resolución, instancia que siempre será momentánea, ya que inmediatamente nacerán nuevos enfrentamientos que deben ser saldados con nuevas negociaciones, y así el derrotero de la historia social sigue su curso.

Un Acuerdo se apoya en herramientas idóneas, en las que prevalecen los mecanismos de control, el monitoreo constante y ajuste permanente de las políticas. De esta manera, se garantiza la pluralidad de voces, el acceso a la información y la flexibilidad necesaria en toda gestión, para rectificar rumbos. Este Acuerdo, además,

debe definir una agenda de salud y delimitar quiénes y en qué marco deben integrarla.

En suma, necesitamos un compromiso real de todos los actores relevantes del campo sanitario. Compromiso que, desde el vamos, debe implicar la asunción de ciertos costos, y de que no todos las propuestas serán aceptadas. Pero es mucho más idóneo y racional construir este marco de discusión y de establecimiento de pautas, que seguir en este presente de sectores erráticos y emancipados de cualquier articulación con un proyecto sanitario global. Que es lo mismo que decir emancipados de un proyecto de país.

En definitiva, esta nueva Ley propone la creación de un Sistema de Salud que sea resultado de la integración armónica de las partes que lo componen; que esté bajo una coordinación adecuada; y en una red que obedezca a un Plan Nacional, que atienda con racionalidad y eficacia a las demandas de la población potenciando su eficiencia.

Quisiera, para terminar, recordar una frase de François Jacob: "En el mundo científico, la regla consiste en no hacer trampas: ni con las ideas ni con los hechos. Es un compromiso tan lógico como moral; simplemente, el que hace trampas yerra el tiro. No hace más que garantizar su propia derrota". Siguiendo ese camino, y para dejar de hacer trampas, creemos imprescindible la sanción de la Ley que hace nacer al Sistema Federal Integrado de Salud. De esta manera, se asume un compromiso para mejorar la calidad de vida de todos los que habitan este país. □

Ignacio Katz. Doctor en Medicina (UBA) . Autor de: "En busca de la Salud Perdida" (EDULP, 2006). "Argentina Hospital, El rostro oscuro de la salud" (Edhasa, 2004). "La Fórmula Sanitaria" (Eudeba, 2003)



Sabemos cuidarlo.

En OSPAT, la Obra Social del Personal de la Actividad del Turf, brindamos la mejor atención médica a más de 270.000 afiliados en todo el país, respaldados por una cartilla de excelencia que incluye a más de 3000 prestadores a nivel nacional.

Mejorando la calidad de vida de nuestros afiliados a través de:

- Modernos Programas de Prevención y Protección de la Salud
- Subsidio por Fallecimiento para titulares
- Turismo y Actividades Recreativas

GLC
Grupos Lujosos de Clubes

OSPAT CENTRAL
Florida 15 Piso 6° Piso.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires [C1005 AAG]
0 800 999 3656 - www.ospat.com.ar

 **OSPAT**
Obra Social del Personal
de la Actividad del Turf



Se hace camino al andar

10 años de *andar*

La Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina cumplió sus primeros 10 años de vida. Conozca el pasado, el presente y el futuro de una entidad sindical con las características de una verdadera empresa moderna.

OBJETIVOS CLAROS

andar abrió sus puertas el 1 de junio de 1999. La resolución fue emitida en conjunto por la Superintendencia de Servicios de Salud y el

Instituto Nacional de Obras Sociales. Ese día los Viajantes Vendedores recuperaron el derecho a administrar su propia Obra Social.

El objetivo inmediato fue brindar a los beneficiarios una administra-

ción solidaria y eficaz de la salud; donde los aportes de todos se utilizarán en beneficio de quienes en ese momento más lo necesitaran.

En el año 2000 *andar* fue habilitada para la incorporación de monotributistas y autónomos en calidad de adherentes. Ampliando de esta manera los beneficios del sistema a otros sectores.

Las características de una verdadera empresa moderna se fueron incorporando a la entidad sindical. En sus primeros años de vida *andar* creció más de un 300%. Añadió diferentes planes de cobertura y se constituyó en una de las obras sociales más sólidas del mercado.

SOLVENCIA ECONOMICA

Hoy *andar* está compuesta por una red de delegaciones distribuidas a lo largo y a lo ancho de todo el país. Ha alcanzado una solvencia económica. Cuenta con moderna tecnología y recursos humanos capacitados para ofrecer a sus beneficiarios una prestigiosa cobertura prestacional a través de diferentes planes de salud. Concentrando siempre su esfuerzo en la calidad, la eficacia y la eficiencia de su gestión. Brindando servicios de alta calidad médico-asistencial sobre la base de principios universales, equitativos y solidarios.

Lo que viene de cara al futuro de *andar* es ampliar el liderazgo obtenido en el sector de la salud en general y en el de las obras sociales sindicales en particular. Seguir diferenciándose por su servicio, su solidez financiera y su espíritu solidario. Con el compromiso de elevar la calidad de vida de los beneficiarios y de la comunidad en general. Desarrollando acciones destinadas a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. □



La realidad es la única verdad



Por Luis Carlos Cejas (*)

Luego de estos primeros 10 años, nos atrevemos a realizar una reseña histórica sobre la evolución del sector de la salud en nuestro país. Entendiendo que la realidad es la única verdad.

Hasta el año 1945 la salud estaba brindada sólo a una minoría de los argentinos, y con una escasísima participación del Estado. A partir de ese momento el entonces presidente Juan Domingo Perón, junto al ministro de Salud Pública Dr. Ramón Carrillo, comenzó una nueva etapa con un Estado responsable -garante del derecho a la salud-.

Desde entonces hasta 1951 se construyeron 35 policlínicos. Se agregaron más centros de salud. Se triplicó la cantidad de enfermeras en 4 años y se erradicó el paludismo que afectaba a 300.000 argentinos (dentro de una población aproximada de 16.000.000 de habitantes).

Los sindicatos comenzaron a ocuparse de la salud en forma complementaria a las prestaciones que brindaba el Estado. Lo hicieron a través de Mutuales, Asociaciones Profesionales y Asociaciones Sindicales.

El surgimiento del sindicato como actor del sistema político fue un hecho significativo. Representó una gran diferencia con las condiciones de salud conocidas bajo el Estado liberal y constituyó a su vez un dato sustantivo entre los hombres de las organizaciones. Coexistían en la Argentina de entonces hospitales privados con instituciones de beneficiarios y unas pocas clínicas privadas.

Con los regímenes autoritarios posteriores a 1955 sobrevino el cambio del rol distributivista del Estado. Con esto no sólo se paralizó el crecimiento del sector públi-

co. Sino que además comenzó su deterioro. Se produjo el colapso del hospital público y las organizaciones sindicales fueron el sostén de la salud de los trabajadores.

En la década del 70 las organizaciones sindicales se perfeccionaron. Lograron expandirse en la atención de los trabajadores y pasaron de ser entidades de base solidaria a obras sociales con un marco jurídico. Este nuevo cuadro hizo que una gran mayoría de argentinos pasaran a ser beneficiarios del derecho a la salud. Mientras que el Estado reapareció (sólo en los papeles) con el seguro público por medio de la ley 23.661.

Por eso quienes asumimos la representación de los trabajadores Viajantes Vendedores -por mandato de los congresos de la Federación Unica de Viajantes Vendedores de la Argentina (FUVA)- queremos celebrar estos primeros 10 años junto al resto de las obras sociales sindicales que son ejemplo en el mundo entero. Brindando protección a más de 13.000.000 de trabajadores en todo el país.

En el mes de febrero de 1998 se firmó el acuerdo con el gremio hermano de la FAECyS y OSECAC. En ese momento nuestra Obra Social recuperó la operatividad y la responsabilidad del cuidado de la salud de nuestros compañeros y colegas Viajantes Vendedores. Convirtiendo el sueño en realidad y haciendo camino al andar.

El 1 de junio de 1999 abrimos nuestras puertas y desde entonces no perdimos nunca la idea de solidaridad e igualdad. Orientada siempre hacia un concepto integral de la salud.

El presente nos encuentra comprometidos con el cuidado de la salud de más de 120.000 beneficiarios en todo el país. Con 29 delegaciones -7 con edificio propio-, 2 centros médicos (Morón y Capital Federal) y más de 180 empleados (personal técnico y profesional).

Esto es simplemente una muestra del trabajo que se ha hecho en estos 10 años.

Desde el primer momento su salud, ha sido nuestro único compromiso. □



(*) Presidente **andar**





Festejos por el 10° aniversario

El evento tuvo como objetivo celebrar un nuevo cumpleaños de **andar** junto a la gente que día a día trabaja para satisfacer las necesidades de sus beneficiarios. Aquéllos con quienes hace 10 años se estableció un pacto de confianza que significó el primer secreto del éxito. Y que tiene como protagonista principal a la salud de los Viajantes Vendedores.

Estas empresas confirman y renuevan año a año el compromiso de **andar** con la salud. Perfeccionando sus procedimientos en pos de otorgar un servicio con altos niveles de calidad y excelencia. Bajo la bandera del sistema solidario de **andar**.

El Dr. Guillermo Capuya, Gerente de Relaciones Institucionales de **andar**, fue el encargado de oficializar la ceremonia dándole la bienvenida a todos los invitados.

A continuación tomó la palabra el Presidente de **andar**, Luis Carlos Cejas, quien agradeció la presencia de todos y recordó los comienzos de la institución. Remarcando la importancia del sentimiento de confianza sostenido a través del tiempo.

Finalmente **andar** recibió distintos premios por su trayectoria, y los invitados se quedaron disfrutando y celebrando el nuevo cumpleaños de la Obra Social.

Estas son algunas de las empresas que se hicieron presentes: Visitar, Bioseguridad, Alpha Omega, Diagnóstico Maipú, Scienza, Bristol Park, Consulmed, Hospital Austral, Clínica Bazterrica, Universal Assistance, Vittal, Vitas, Sanatorio Itoiz, FEFARA, Pewman, Plus Services, Grupo Middle (ASMED). □

Dr. Guillermo Capuya (Relaciones Institucionales **andar**), **José María Triviño Valdez** (Gerente Comercial Universal Assistance), **Mariano Cejas** (Tesorero **andar**), **Luis Carlos Cejas** (Presidente **andar**) y **Diego Alvarez** (Gerente Negocios Corporativos Salud de Universal Assistance).



Dr. Guillermo Capuya, Lic. Sebastián Adaro (Visitar), Luis Carlos Cejas (Presidente andar), Mariano Cejas (Tesorero andar) y Dr. Jorge Adaro (Visitar).



Virginia Trevisani de Federación Farmacéutica (FEFARA), Mariano Cejas (Tesorero andar), Luis Carlos Cejas (Presidente andar).





Comprometidos con la Mejora Continua
de la Calidad del Servicio Farmacéutico.

Hipólito Yrigoyen 900 Piso 5 Of B 1086 Capital Federal
Te. 011 4342 9473 - email: federacionfarmaceutica@infovia.com.ar
www.fefara.org.ar



Praxis | Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales
gozan de nuestros beneficios

Nuestro Valor

- La Prevención y Gestión del Riesgo Médico Legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora.

Tucumán 1668 3º piso (C1050AAH) • Ciudad de Buenos Aires • Tel.: (011) 4371-9856 (Rotativas) • lamutual@lamutual.org.ar

www.lamutual.org.ar



Del discurso a la acción

EL CAMINO HACIA LA PREVENCIÓN

La Obra Social Ferroviaria organizó la segunda edición de estas jornadas que brindan herramientas centrales para desarrollar el camino de la prevención, tanto para enfermedades y afecciones cardiovasculares como para las problemáticas del sobrepeso y las adicciones. Así, OSFE crece en su objetivo de formar agentes sanitarios capaces de difundir hábitos de vida saludables entre sus miembros.

El 29 de abril pasado tuvieron lugar, en la Sala Jorge Luis Borges de la Biblioteca Nacional, las II° Jornadas de Capacitación en Prevención de Salud para Agentes Sanitarios Ferroviarios. Organizadas y gestionadas por la Obra Social Ferroviaria (OSFE), las Jornadas tuvieron como objeto la capacitación de los agentes sanitarios de la entidad en materia de prevención de enfermedades cardiovasculares, trastornos de la alimentación y adicciones. Así, la apuesta de OSFE a la prevención como herramienta eficaz para la calidad de vida y la salud de los trabajadores y sus familias se fortalece y reafirma.

Para el acto de apertura, prestaron su palabra el Dr. Antonio Guidazio, Presidente de OSFE, y José Pedraza, Secretario General de la Unión Ferroviaria. Mientras que el primero recalcó los beneficios de trabajar para la prevención de la salud y la importancia que, en este accionar, poseen los agentes sanitarios de la Obra Social que encabeza, el segundo destacó la importancia que la salud debe tener en la agenda de toda organización gremial.

Las Jornadas contaron también con la participación del Dr. Juan Cifre, Gerente de Prestaciones de la entidad, quien estuvo a cargo de brindar las esta-

dísticas y las recomendaciones de la Obra Social en materia de prevención de enfermedades cardiovasculares. Además, la Lic. Cristina Maceira presentó algunas nociones básicas sobre nutrición y alimentación saludable, mientras que Javier Pueyrredón, consejero de Alcohólicos Anónimos, y Claudia Faiglase, del SEDRONAR, expusieron acerca de prevención de adicciones.

Fue el doctor Guidazio, Presidente de OSFE, quien dio inicio a las Jornadas. Para entrar directamente en el tema convocante del evento, revisó el tratamiento que la prevención ha recibido en el pasado: "La prevención ha sido siempre un tema presente en el discurso, aunque se registraba una gran distancia entre el discurso y la acción; más allá de algunas charlas de educación para la salud, nadie se comprometía demasiado con el tema". Es por eso que OSFE, destacó, se ha planteado como objetivo pasar de las palabras a los hechos en lo que compete a la desafiante tarea de la prevención en salud.

Por otra parte, dispuesto a evitar caer en los mitos que se han ido formando en esta materia, Guidazio se animó a afirmar: "Circula un mito según el cual la prevención ahorra costos en los servicios de salud; han tenido que pasar años para saber que esto no es así, que la prevención es un factor importante en la atención médica, que tiene un costo que se agrega al costo de la atención médica, y que su beneficio central es que mejora la calidad de atención y también la calidad de vida, por lo cual tiene un costo adicional". Agregó, sin embargo, que con el correr del tiempo la prevención puede llevar a un ahorro en los costos y que conduce con certeza a una significativa mejora en la calidad de vida de la población. "Nosotros nos conformamos con haber iniciado este proceso", sintetizó.

Teniendo como norte el deseo de pasar del discurso a los hechos en lo que hace a la prevención, OSFE ha desarrollado, comentó su Presidente, un chequeo constante de su población en materia de riesgo cardiovascular y cardiometabólico. "Esto quiere decir que si antes abríamos la puerta y esperábamos a que llegaran los enfermos, ahora abrimos la puerta, salimos nosotros, vamos a los lugares de trabajo, y buscamos, entre la población sana, a aquellos que tienen riesgo de enfermarse". Esta nueva actitud, agregó, implica un fuerte cambio ideológico, que ha llevado a la Obra Social de la cerrazón a la apertura y la búsqueda: "La prevención es una



Antonio Guidazio,
presidente de OSFE.

herramienta que nos permite el acercamiento a la gente”, añadió Guidazio.

Sin embargo, OSFE es consciente de que la mera voluntad de acercamiento muchas veces puede no ser suficiente. Es por eso que ha acudido al nexo de los agentes sanitarios como herramienta clave para que este alcance de manera óptima sus objetivos. “Ese nexo sanitario son los representantes sindicales; este año y medio que ha pasado pudimos acercarnos a la gente gracias al accionar de los representantes sindicales, cuyo rol incrementa su valor cuando asume acciones de prevención”, subrayó Guidazio. “Son ellos los que son conscientes del riesgo que padece la gente y los que pueden acercar a los compañeros a la fuente de atención médica”.

“En estas Jornadas queremos brindarle a nuestra población las herramientas necesarias para el autocuidado, para que aprenda a cuidar su salud; éste es el nuevo perfil que queremos también y éste es el objetivo de esta reunión”, resumió el Presidente de OSFE.

Por su parte, José Pedraza, Secretario General de la Unión Ferroviaria, reafirmó el compromiso de las asociaciones sindicales con el bienestar de la salud: “Hace ya mu-

Nociones básicas sobre nutrición para una alimentación saludable: Lic. Cristina Maceira, NUTRAR.

La charla acerca de alimentación saludable giró sobre un eje clave: el cambio de hábitos hacia pautas más saludables puede mejorar la calidad de vida y la salud. En este sentido, la licenciada Maceira presentó herramientas para aprender a comer sano y para comenzar a incorporar hábitos saludables en el día a día, tanto en el ámbito laboral como en el familiar. “Aunque es difícil generar estos cambios, hay que tratar de empezar a crear hábitos más correctos, que nos van a acompañar para toda la vida”, destacó la licenciada. En este sentido, apuntó, por ejemplo, la importancia que el desayuno tiene para el control del apetito y del tamaño de las porciones. Además, también señaló que es muy recomendable registrar el momento de la comida y no comer automáticamente. La organización de las comidas, a través del preparado de viandas de comida casera, por ejemplo, también contribuye a mejorar la alimentación, subrayó Maceira. Por otra parte, la licenciada recomendó fraccionar la ingesta y consumir alimentos con más frecuencia para que el metabolismo se mantenga activo.

cho tiempo que los sindicatos, o al menos el nuestro, ha dejado de preocuparse solamente por el convenio colectivo, por los salarios, por la estabilidad laboral; las obras sociales se ocupan también de los enfermos, de los beneficiarios que sufren problemas de salud”. Es por

eso que, agregó, es también necesario ocuparse de los problemas que, actualmente, azotan a la sociedad y a la población: “Droga y alcohol son un flagelo que castiga a los más humildes”, explicitó.

Por eso mismo Pedraza felicitó a los trabajadores que, voluntariamen-



Obra Social
de Actividades
Empresarias

la opción de cambio

Montevideo 373, 4º piso
C1019ABG - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(011) 4010-OSIM
(6746)
www.osim.com.ar info@osim.com.ar





José Pedraza, secretario general de Unión Ferroviaria.

te, se capacitan para convertirse en agentes promotores de la salud y la prevención: "No será una tarea fácil de abordar, pero es cierto también que es nuestra responsabilidad ocuparnos de la calidad de vida de nuestros compañeros y también de la de su familia", aseveró.

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

La disertación acerca de pautas para la prevención de enfermedades cardiovasculares estuvo a cargo del doctor Juan Cifre, Gerente de Prestaciones de OSFE, quien, además, expuso el programa que la Obra Social ha puesto en marcha para detectar entre su población a las personas con riesgo de padecer afecciones cardiovasculares. Dado que las enfermedades de este tipo son, tanto en la población de OSFE como en todo el país, la mayor causa de muerte en adultos jóvenes, el doctor destacó que "no queremos esperar sentados en el consultorio: cambiamos la lógica y vamos a buscar a los lugares de trabajo a aquellos que tengan alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares para tratar de prevenirlas; lo bueno de estas afecciones es que se pueden prevenir".

Puntualizó también que los factores que inciden en la predisposición a estas enfermedades se dividen en dos

grupos: los factores contra los que no es posible actuar, como el sexo, la edad y la herencia, y los factores contra los que se puede llevar a cabo una acción preventiva. Sobre este segundo grupo se concentró más tarde Cifre, apuntando algunas pautas dirigidas a la prevención. Entre los factores de este segundo grupo, enumeró el doctor, se encuentran la diabetes, la hipertensión arterial, el tabaquismo, las dislipemias, el sedentarismo, los trastornos del peso, y el estrés. En su intención de promover la prevención, OSFE ha desarrollado un software que identifica cada uno de estos factores de riesgo al realizar un análisis personal de cada miembro de su población. Tomando como medida a un paciente ideal con riesgo cero, el software adjudica a cada examinado el riesgo que tiene de sufrir enfermedades cardiovasculares: "Esto sirve para

que las personas vean el riesgo que tienen comparado con el riesgo que tendrían si cuidaran mejor su salud", afirmó Cifre.

Con este sistema, la Obra Social pretende llegar a la población que habitualmente no concurre al médico. En el esfuerzo de transmitir información valiosa en referencia a la prevención, el doctor remarcó el importante rol de los agentes de salud que, esa mañana, se estaban capacitando durante las Jornadas: "Intentamos llegar a los trabajadores con información; y en eso han sido muy importantes ustedes, los que se capacitaron para transmitir la información a los compañeros de trabajo porque, claramente, los médicos hemos fracasado en la transmisión de esa información tan importante".

Pasando revista a algunas de las cifras obtenidas a partir de los estudios realizados, Cifre señaló que el 33% de la población de la Obra Social presenta niveles de colesterol aumentados. Por otra parte, un 11% tiene cantidades de azúcar en sangre mayores a la media; el 5,2% de ese monto son ya diabéticos, aunque la mitad de ellos no estaban al tanto de su enfermedad. En cuanto a la relación entre altura y peso, surgió de los estudios que dos tercios de la población tiene alteraciones del peso en más, y que, mientras que el porcentaje de población con sobrepeso es similar a los niveles nacionales, el de población con obesidad llega a casi el doble de la media del país. "Esto nos preocupa porque la obesidad y el sobrepeso son los principales factores que están impulsando el aumento de la diabetes como enfermedad, que tiene una incidencia en la enfermedad vascular", señaló, Cifre. En cuanto a la presión arterial, los estudios arrojaron que la mitad de la población presenta alta la presión sistólica y que un 27% presenta elevada la diastólica. Además, el 39% de la población de OSFE fuma y muchos fuman más de diez cigarrillos al día.

Ante estos datos tan alarmantes, Cifre aportó algunas reflexiones orientadas a la



Juan Cifre, gerente de prestaciones de OSFE.

Prevención de adicciones

ALCOHOLISMO. DETECCION Y PREVENCION: JAVIER PUEYRREDON – ALCOHOLICOS ANONIMOS.

Pueyrredón brindó un panorama acerca de las incidencias que la enfermedad del alcoholismo produce sobre la salud física, mental y social de la persona que la padece: "La enfermedad del alcoholismo afecta a todo el organismo, a diferencia de otras drogas; produce hígado graso; hepatitis alcohólica, cirrosis, gastritis, úlceras gástricas, sangrados intestinales, infecciones por deficiencias nutritivas, alteraciones en el sistema nervioso periférico que no permiten caminar o producen ceguera, se pierde la sensibilidad profunda; hay más de 350 diagnósticos que acompañan a esta enfermedad".

PREVENCION DE ADICCIONES EN EL AMBITO LABORAL: CLAUDIA FAIGLASE - SEDRONAR

El SEDRONAR, especificó Faiglase, encara la tarea de prevención por dos vías: la de la disminución de la oferta y la de la disminución de la demanda. "Nuestra secretaría cree firmemente que la prevención es el camino más largo y arduo pero que, sostenidamente, puede ser eficaz y puede brindar una resistencia sostenida al consumo y abuso de drogas". La prevención, continuó, se define por ser un proceso sostenido en el tiempo de una serie de iniciativas políticas que tienden a "reforzar la calidad de vida de las personas, a proponer actividades de vida, a convertir a las personas en líderes preventivos que puedan replicar el efecto sanador sobre la sociedad". La prevención, sintetizó, apuesta a devolver la autonomía al individuo. Es por eso que el ámbito laboral es el espacio ideal para llevar a cabo políticas preventivas: "En el trabajo fabricamos nuestra propia autonomía, canalizamos nuestros deseos y actitudes y, en condiciones favorables, el trabajo se convierte en una herramienta que da autoestima y sentido de pertenencia y nos hace sentir útiles", destacó Faiglase.

reversión de los factores de riesgo: "Lo bueno es que uno puede revertir esta situación tomando medidas de prevención y de cambio de hábitos, de cultura, lo que no es muy sencillo, pero se puede hacer y se puede mejorar mucho". Es por eso que, más tarde, enumeró una serie de consejos para prevenir las enfermedades cardiovasculares: llevar una

alimentación sana y variada, realizar actividad física aeróbica habitualmente, y tener en cuenta los beneficios de dejar de fumar.

Para terminar, Cifre se dirigió nuevamente a los agentes sanitarios que poblaban la sala: "Ustedes deben ser los agentes del cambio, los formadores de opinión para que la gente entienda que no es bueno

estar gordo, que no es bueno fumar, que no es bueno no hacer actividad física, que el colesterol no es un chiste". A la vez, el doctor remarcó la necesidad de extender la información para llegar al trabajador y a su grupo familiar. "Agradecemos mucho su participación porque es lo que va a hacer posible el cambio", concluyó. □



MEDICAL SYSTEM

LA SOLUCIÓN EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

www.medicalsystem.com.ar

Junín 1616 4º piso (C1113AAR) - Bs. As. - Tel: 011-4803-8585 - Cel: 15-5183-5200





El desafío de construir la interacción

El Ciclo de Coloquios que busca producir vínculos productivos entre la justicia y el ámbito científico, estuvo signado por la concurrencia de magistrados seleccionados específicamente para el abordaje de cada temática. Con su nuevo formato, que apunta a intensificar la discusión de todas las problemáticas, el Coloquio supo generar un ámbito propicio para un intercambio académico más que enriquecedor.

La séptima edición del ciclo de coloquios Buscando el Acercamiento de los Jueces a las Ciencias, que tuvo lugar entre el 11 y el 13 de junio en el Howard Johnson Hotel de Pilar, dejó en claro que el camino trazado en años anteriores no hace más que fortalecerse continuamente. Organizado por la Fundación OSDE, por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), por la Academia Judicial Internacional, por la Asociación de Magistrados y Funcionarios de la Justicia Nacional, por la Junta Federal de Cortes y Superiores Tribunales de Justicia de las Provincias Argentinas, y por la Superintendencia de Servicios de Salud de la República Argentina, el Coloquio contó con la presencia de un grupo importante de jueces y de representantes de las sociedades científicas, del sector prestador y financiador y del Estado, quienes participaron activamente en la indagación de los tópicos de interés común que los vinculan.

El acto de apertura estuvo a cargo del doctor Ricardo Li Rosi, Vicepresidente del Comité Académico Latinoamericano de la Academia Judicial Internacional, y del doctor Tomás

Sánchez de Bustamante, Presidente de la Fundación OSDE, que alabaron la continuidad del Ciclo a la vez que se refirieron a la importancia de la circulación de la información para la interacción positiva entre las disciplinas científicas y el ámbito judicial. Los temas elegidos para las mesas de la primera jornada fueron las sociedades científicas y su rol ante la justicia y los temas científicos de interés jurídico, mientras que la segunda versó acerca de la incertidumbre normativa ante el sistema de salud, acerca de cómo las decisiones judiciales influyen en el financiamiento de la salud y acerca de los amparos y medidas judiciales. La última jornada, por su parte, se consagró a la realización de talleres de trabajo y a

la elaboración de conclusiones.

En esta edición le acercamos una síntesis de las mesas temáticas que, en particular, concentraron algunas de las problemáticas más relevantes en lo que hace al vínculo entre la justicia y el quehacer de la salud. La primera mesa sobre incertidumbre normativa estuvo coordinada por el doctor Miguel Angel Secchi y contó con las exposiciones del doctor Fernando Carcavallo, del licenciado Hugo Néstor Magonza, y del doctor Rubén Torres. Más tarde fue el turno de la doctora Gabriela Mariel Sclarici, quien tuvo a cargo la coordinación de la mesa acerca del modo en que las decisiones judiciales influyen en el financiamiento de la salud, donde presentaron sus disertaciones el licenciado Marcelo Mastrángelo y el doctor Gabriel Montero. La última mesa del día, coordinada por el doctor Carlos Salgueiro, se adentró en las problemáticas aparejadas a los amparos y a las medidas judiciales, y contó con presentaciones del doctor Julio Frigerio, del doctor Pablo Giordano y del doctor Ricardo Li Rosi.

PARA UNA UTOPIA DE LA LEGITIMIDAD

Luego de agradecer a las instituciones organiza-



Dr. Tomás Sánchez de Bustamante.

doras y auspiciantes, el Presidente de la Fundación OSDE, Tomás Sánchez de Bustamante, se refirió a la importancia de lograr una continuidad de siete encuentros en el contexto de nuestro país, continuidad que, enfatizó, apunta a construir la utopía de legitimidad: "Muchas veces nos quedamos con la legitimidad de origen, pero lo que nos está haciendo falta es la utopía de la legitimidad de ejercicio, la legitimidad en términos de garantías". En referencia al carácter del Coloquio, el doctor apuntó que se trata de un encuentro auspicioso, que cada año sirve para fortalecer la capacidad de compartir experiencias y conocimientos, lo que constituye un marco novedoso en la Argentina. "La única manera de que salgamos adelante es que la sociedad civil pueda decir algo respecto de los derechos, que podamos compartir las historias y las experiencias que tenemos todos, para quedarnos con lo que permita que esta utopía pueda ser vista como algo valioso", sintetizó Sánchez de Bustamante. En relación al imparable crecimiento del acervo tecnológico en el ámbito de la salud, el Presidente de la Fundación OSDE no dejó de recordar la relevancia de no perder de vista la necesidad del



Dr. Ricardo Li Rosi.

vínculo humano: "En la relación médico paciente, es el hecho humano lo que resulta más importante", concluyó.

Por su parte, el doctor Ricardo Li Rosi, Vicepresidente del Comité Académico Latinoamericano de la Academia Judicial Internacional, manifestó que el Ciclo conforma un ver-

dadero ejemplo para el proceso de formación constante de los jueces. "Lo importante son las cosas que se hacen, y esto que venimos realizando son actos concretos que valen más que mil palabras", postuló Li Rosi antes de describir dos de los hechos que distinguieron al séptimo Coloquio de los anteriores: la participación de veinticinco magistrados seleccionados y la reducción del grupo de participantes, medidas pensadas, señaló, "para lograr que, en un ámbito algo más íntimo, pueda favorecerse la interacción entre los panelistas". Con la vista puesta en el desarrollo del Ciclo, Li Rosi enumeró los dos puntales que conformarían los núcleos de discusión más sobresalientes de las jornadas: el rol de las sociedades científicas en los procesos judiciales, por un lado, y las problemáticas ligadas al sistema de salud del país, por el otro. Por último, el doctor se refirió a la necesidad de trabajar para la circulación de la información: "La impronta que le damos a este Ciclo no es la de la confrontación, sino que queremos cubrir un déficit de información; defender esas lagunas de información protegemos, en sentido colaborativo y de fraternidad, la misión fundamental de este Coloquio". □





SOCBUS

Odontología para Sistemas de Salud

- **Respuesta integral en Odontología**
- **para Empresas de Salud.**
- **Seguridad, Idoneidad y Eficiencia**
- **en todos los aspectos de la actividad odontológica.**

Consultorios Propios integrados en una Red de Cobertura a nivel nacional.

> SOCDUS SA
 Av. Belgrano 1683, 3º piso
 Capital Federal, C.P. (1093)
 (011) 4371-1096 (líneas rotativas)
 info@socbus.com.ar www.socbus.com.ar

Consultorios Propios
 Tel.: 4382-5788 (líneas rotativas)

© 1999 Socbus Argentina - todos los derechos reservados





7° Coloquio: Buscando el Acercamiento de los Jueces a las Ciencias

Hacia nuevos marcos legales

El problema de la incertidumbre normativa en salud

Con la coordinación del doctor Miguel A. Secchi, los expositores de la mesa abocada a la exposición de la labilidad de las normas en el sistema de salud reafirmaron la necesidad de actualizar los marcos legales, enumeraron los distintos efectos de la incertidumbre legal sobre el ámbito de la salud, y explicaron los principales rasgos de este déficit normativo.

La segunda jornada del Ciclo de Coloquios Buscando el Acercamiento de los Jueces a las Ciencias comenzó con la mesa dedicada a la Incertidumbre normativa ante el sistema de salud. La mesa estuvo coordinada por el doctor Miguel Angel Secchi, Director Ejecutivo del Foro para el Desarrollo de las Ciencias, y contó con las presentaciones del doctor Fernando Carcavallo, Miembro del Comité Ejecutivo de FLENI, del licenciado Hugo Néstor Magonza, Director General del CEMIC, y del doctor Rubén Torres, Consultor Regional en Seguridad Social OPS-OMS en la República Oriental del Uruguay.

Mientras que Carcavallo se refirió a las figuras profesionales novedosas que quedan por fuera de los marcos legales tradicionales con los que todavía se rige nuestro país, Magonza listó y explicó cinco de los efectos que la incertidumbre normativa tiene sobre el sistema de salud de la Argentina. Por su parte, Torres

dedicó su disertación a los alcances de la incertidumbre normativa en materia de políticas sanitarias.

NUEVAS FIGURAS LABORALES

El doctor Fernando Carcavallo se centró, para su exposición, en la presentación de la problemática que surge de la dificultad de encuadrar las relaciones entre las entidades de salud y algunos profesionales en los marcos normativos vigentes sin que surjan incertidumbres. "El problema que se plantea en la práctica cotidiana es la imposibilidad de encuadrar en forma regular y legal algunas posiciones de profesionales en el marco de una institución de salud", especificó Carcavallo. Este nuevo tipo de relaciones, que se hace patente, por ejemplo, en el vínculo entre profesionales médicos altamente calificados y las instituciones en las que ejercen, explicó el doctor, no cumple con los tres tipos de subordinación que definen a la relación de dependencia en el ámbi-

to laboral: la subordinación jurídica, la económica y la técnica. "Los tribunales, manifestó Carcavallo, han mantenido la idea de que éstas son relaciones de dependencia laboral y no ha habido actividad legislativa que desvirtuara este concepto o que se *aggiornara* a las nuevas relaciones profesionales", subrayó.

La imposibilidad de encuadrar estas nuevas relaciones en las normas existentes, continuó Carcavallo, puede redundar en riesgos crecientes para las instituciones del ramo de la salud: "Estas instituciones quedan expuestas a riesgos graves desde el punto de vista laboral y previsional, que pueden derivar hasta en el planteo de responsabilidades penales para sus directivos", especificó. Los entes de salud se ven, entonces, en una encrucijada: "Las instituciones médicas, en este contexto, están condenadas a lo que se conoce como fraude laboral, cuando la realidad indica que, además de la falta de subordinación, ocurre que en muchos casos ni los profesionales pretenden ser empleados de la institución ni la institución quiere tenerlos como empleados; se da una relación regida por otras pautas, que las normas legislativas no terminan de recoger", puntualizó Carcavallo.

Para el caso específico de las instituciones sin fines de lucro, la situación se agrava, sobre todo en el horizonte de la ley 26.476 que establece el blanqueo fiscal. "En estas instituciones se está discutiendo si se ingresa o no en el blanqueo; la conclusión a la que se arriba es que, más allá del esfuerzo económico que se haga, resulta imposible estar en regla



Dr. Miguel A. Secchi, Dr. Fernando Carcavallo, Lic. Hugo Magonza y Dr. Rubén Torres.

con las pautas legales vigentes, lo que desnuda aún más la necesidad de un *aggiornamento* en materia legislativa", sintetizó el doctor.

LOS EFECTOS DE LA INCERTIDUMBRE NORMATIVA EN EL SISTEMA DE SALUD

Más tarde fue el turno del licenciado Hugo Magonza, quien explicó detalladamente cinco de las problemáticas que la labilidad en las normas genera en el sistema de salud de nuestro país. Estos cinco efectos, a su entender, son: la litigiosidad indebida, la judicialización de los actos médicos, la proliferación de normativa, la regulación del sector privado financiador, y las especiales formas que asume el vínculo contractual entre los profesionales y las instituciones de salud.

En referencia a la primera de las problemáticas, Magonza recordó la importancia del vínculo humano entre médico y paciente para luego afirmar que la litigiosidad indebida "ha hecho que la relación médico-paciente se deteriore, pues se piensa a los pacientes como posibles demandantes o enemigos". Es también a raíz de esta litigiosidad que, señaló Magonza, "se despliega la medicina defensiva, que es más costosa porque implica el abandono de la evaluación clínica y el paso a la tecnología, que genera menos incertidumbre; esto, a la vez, deshumaniza más el vínculo".

Con respecto a la judicialización de los actos médicos, Magonza comenzó planteando el estado de la cuestión: "La gente acude a los medios y a la justicia, y los jueces se cargan con problemas que deberían ser resueltos, por ejemplo, por los médicos". La toma de decisiones por parte de los jueces, continuó el doctor, está condicionada tanto por la falta de tiempo como por la de información idónea. Es por eso, agregó el licenciado, que "los jueces deberían poder consultar a especialistas en el tema; una Agencia de Evaluación de

Tecnología sería el lugar donde los jueces podrían tener un soporte para las decisiones jurídicas".

La proliferación de las normas está marcadamente presente en el ámbito de la salud. Magonza la ejemplificó con el caso de lo establecido para el tratamiento de residuos peligrosos: "La ley nacional establece que esos residuos deben procesarse en Santa Fe para no dañar el medio ambiente, pero como la ley de la provincia de Buenos Aires dice que esos residuos no pueden circular, surge un equívoco con dobleces en la praxis: hay que llegar con los residuos hasta Santa Fe sólo por las rutas nacionales porque, si no, se está infringiendo la ley provincial". Es por eso que, manifestó, "debería haber una norma general que implique una modificación del sistema de salud, que resulte universal y accesible a todo el mundo".

En relación a la ley de regulación de las empresas de medicina prepaga, después de repasar sus puntos centrales, Magonza postuló que puede llegar a tener un efecto devastador: "Yo creo que en la Cámara de Senadores la van a analizar bien porque, de aplicarse tal cual está, el sistema de salud quedaría trunco". Con respecto a los vínculos entre profesionales e instituciones, Magonza agregó a lo expuesto por Carcavallo que "pasar del sistema actual al modelo de relación de dependencia derivaría en una pérdida del 11.3%; el cambio, además, no redundaría en una mejora desde el punto de vista remunerativo para los profesionales, sino todo lo contrario".

EN POS DE LA EFICIENCIA Y LA EQUITAD

Por último, Torres expuso acerca de la eficiencia y la equidad entendidas como prioritarias para el sistema de salud. "En nuestro país, afirmó, existe mucha posibilidad de acceso al sistema de salud, el problema es a qué nivel de calidad se accede, y esto tiene que ver con el grado de eficiencia y de

equidad que el sistema tiene". Para el tratamiento de las problemáticas que se relacionan con la incertidumbre, continuó el doctor, "es importante tener en cuenta las condiciones del mercado de la salud, que es un mercado diferente al de la compra y venta de cualquier producto ya que en salud hay condiciones que hacen variar el equilibrio del mercado".

Según Torres, el problema de la incertidumbre normativa llega, en la Argentina, hasta el núcleo mismo del establecimiento del PMO: "El PMO no define ni eventos específicos ni tiempos de espera, y esto tiene que estar definido desde lo legal para así poder establecer los derechos que tienen los ciudadanos". La problemática implícita del PMO no termina allí, sin embargo, señaló Torres que en nuestro país hay "15 millones de personas, las más pobres, sin cobertura de seguros, a las que el Estado no garantiza la cobertura del PMO; entonces, cuando el Estado vota una ley para incluir alguna prestación más en el PMO, incurre en dos sinrazones: la primera es que está dando más protección a los más protegidos de la Argentina; la otra, que ya linda con la ética, es que exige a las entidades privadas y a las obras sociales que cumplan con cosas que él mismo no cumple".

Por último, Torres se refirió al crecimiento veloz de la tecnología y a su efecto en el sistema de salud y en las expectativas de los pacientes. "Hoy, con toda la maquinaria de marketing e investigación, todos los días hay innovaciones que ejercen presión sobre el sistema sanitario, más allá de que sirvan o no; además, en el mercado de la tecnología existe un conflicto de intereses que también presiona al sistema sanitario", subrayó. Para finalizar, Torres remarcó que "la tecnología tiene que estar regulada porque adoptar, para ciertos casos, tecnologías de uso no probado impide que otros pacientes reciban tratamiento adecuado; y la falta de regulación es una falta del Estado". □



ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

ACLIBA I: Calle 5 N° 669 La Plata Tel: (0221) 483-9590

ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

ACLIBA IV: Av. Rolón 881 Boulogne Tel: 4766-1060

Av. Callao 449 7° piso Of: A y B Capital Federal Tel: 4373-4102 / 4373-4123
e-mail: info@aclife.com.ar





La influencia de las decisiones judiciales en el financiamiento de la salud

La mesa que trató los efectos de la toma de decisiones judiciales sobre las formas de financiamiento de la salud abordó temáticas que dieron cuenta de la compleja situación del sistema de salud del país y de sus núcleos más críticos, a la vez que rescataron la importancia de trabajar en la calidad de la atención médica.

La segunda mesa de la tarde del Ciclo Buscando el Acercamiento de los Jueces a las Ciencias, que trató el complejo tema de la influencia del ámbito judicial sobre el financiamiento de la salud, estuvo coordinada por la doctora Gabriela Sclarici, Jueza del Juzgado Nacional en lo civil N° 44, y contó con las exposiciones del licenciado Marcelo Mastrángelo, Director de Relaciones Institucionales del Hospital Alemán y Presidente de ACAMI, y del doctor Gabriel Montero, Gerente de Promoción y Comercialización del Hospital Italiano de Buenos Aires.

EL CAMINO HACIA UN PLAN GLOBAL EN SALUD

Luego de la introducción de la coordinadora, que reflexionó sobre la incidencia del gasto en litigiosidad indebida en la baja de la calidad de la atención médica, fue el licenciado Marcelo Mastrángelo el encargado de abrir la mesa. En primer lugar, Mastrángelo se refirió a las características distintivas del sector de la salud como formante de la economía. Luego, manifestó la problemática que el gasto siempre creciente implica en el sector: "El aumento del costo anual en salud es altísimo: 11% aumenta el costo sólo por nuevas tecnologías y nuevas técnicas, a lo que hay que sumarle la inflación". Es por eso que, señaló, el rubro no representa un negocio posible para las empresas, por lo que "las entida-

des sin fines de lucro pasan a tener un rol protagonista: ocupan el lugar donde el Estado está ausente y que, para las empresas, no es redituable".

Más tarde, Mastrángelo pasó a explicar cómo funciona el sistema de salud de nuestro país, y comenzó distinguiendo a los tres agentes que lo conforman: el beneficiario (o paciente o cliente), el profesional (o prestador o efector), y el financiador. Para posicionar a estos actores en el contexto actual, el licenciado dio cuenta de los movimientos económicos que definen el circuito de la salud: "La crisis actual implica una

pérdida en el dinero de bolsillo del paciente, que es quien paga al financiador; éste, a su vez, tiene un costo de estructura y le paga al efector. El efector, además, invierte en innovación, en tecnología, tiene un gasto en litigiosidad, y está conectado, a través del paciente, con los gastos en insumos y en medicamentos", expuso.

Para seguir indagando en los rasgos del sistema sanitario nacional, Mastrángelo listó las características y modos de funcionamiento de los tres subsectores que lo constituyen: el subsector público, el de la seguridad social, y el subsector privado. Además, no dejó de remarcar la existencia de una fracción sumamente importante de ciudadanos que quedan fuera de todo tipo de cobertura de salud: "Se trata de núcleos sociales que quedaron al margen y que engloban a más de 17 millones de personas; esto tendría que ser motivo de preocupación para los legisladores". Es por eso que subrayó la necesidad de una actividad legislativa global: "No lleva a ningún buen puerto tener una ley para cada patología". "La ausencia de un plan, agregó, hace que los caminos se abran demasiado y que surjan las leyes que tratan separadamente cada patología; no hay un plan para saber a dónde queremos llegar, ni en términos de plazos, ni de números, ni de objetivos", concluyó.



Dra. Gabriela Sclarici.

EL VALOR DE LA ATENCION MEDICA

Más tarde fue el doctor Gabriel Montero quien tomó la palabra para plantear las problemáticas que surgen al postular la influencia de las decisiones judiciales en el financiamiento de la salud: el problema de los costos, el de la calidad de la atención médica, y el de la accesibilidad al sistema de salud. Para entrar en el primer punto, y con ánimo de llamar la atención de los concurrentes,



Lic. Marcelo Mastrángelo.

Montero afirmó que "no existe la influencia de las decisiones judiciales en el financiamiento de la salud" ya que, según él, cabe diferenciar el concepto de salud del de atención médica: "No son lo mismo; a veces caemos en el error de medir parámetros de salud y de asociarlos con los procesos de atención médica". Los avances de la medicina, por eso mismo, no siempre se ven reflejados en la calidad de vida de las personas, apuntó el doctor: "La medicina ha hecho progresos muy importantes, pero el grado en que ha logrado impactar en la calidad de vida de la población no ha sido tan significativo como parece; son las condiciones de la atención médica las que hacen a la felicidad o a la infelicidad de las familias concretas, aunque no impacten en las estadísticas duras". Para focalizar en los problemas concretos del sistema de salud argentino, Montero puntualizó que no está del todo de acuerdo con decir que en nuestro país hay más de 15 millones de personas sin cobertura de salud: "Tienen una cobertura exclusiva del sector público, que es otra cosa". La grieta central del sistema sanitario nacional, especi-



Dr. Gabriel Montero.

ficó, pasa por la accesibilidad a la atención primaria: "La falla argentina está en el acceso a la atención primaria: la gente no tiene acceso ni a la medicación elemental ni a la atención simple, la que no sale en la tapa de los diarios". Por último, Montero dejó a la audiencia con una pregunta fundamental en cuanto a las responsabilidades que caben a cada subsector en materia de salud: "¿Por qué afirmar que la cobertura tiene que estar sólo en manos de los sistemas voluntarios?" □

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Seguros
- Capacitación
- Cobro a financiadores
- Defensa en juicio
- Contratos

- Políticas de prevención, desde la primera consulta
- Obligaciones del paciente
- Consentimiento informado
- Responsabilidad Civil y Penal
- Asesoramiento pericial

Jornadas y seminarios en la empresa - Actualización permanente
Cobro a Obras Sociales y Prepagas - Cláusulas que abrevian los litigios
Medidas cautelares

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

Tucumán 978 3er. piso Buenos Aires - Tel. (11) 4326-2102/2792 Fax (11) 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com





7º Coloquio: Buscando el Acercamiento de los Jueces a las Ciencias

Un problema de jueces, médicos y pacientes

La litigiosidad indebida y sus efectos sobre el ámbito de la salud

La mesa consagrada a la problemática de los Amparos y las medidas judiciales incluyó reflexiones acerca de la influencia de las crecientes demandas en el deterioro de los servicios de salud y de la relación médico paciente, a la vez que produjo reflexiones sobre los desajustes históricos que fundan la relación entre los sistemas judiciales modernos y la proliferación de las necesidades entendidas como derechos.

La última mesa de la jornada estuvo dedicada a los Amparos y las medidas judiciales y contó con la coordinación del doctor Carlos Salgueiro, Médico Legista Universitario del Hospital Fernández y Asesor Médico de OSDE. Los expositores, el doctor Ricardo Li Rosi, Juez Sala A de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Miembro del Consejo Académico de la Escuela Judicial del Consejo de la Magistratura y Director Dele-

gado para Sudamérica de la Academia Judicial Internacional, el doctor Pablo Giordano, Presidente de ADEMP y de STAFF Médico, y el doctor Julio Frigerio, Abogado especialista en Derecho Civil y Asesor de Empresas, disertaron acerca de las problemáticas que surgen de la judicialización de la medicina y de los efectos negativos que ésta tiene para los pacientes, para los profesionales, y para el sistema de salud. A la vez, indagaron en las

dificultades que la creciente litigiosidad conlleva para el quehacer judicial.

SISTEMA JUDICIAL Y NECESIDADES DE CONSUMO: UN PROBLEMA DE INCOMPATIBILIDAD

En primer lugar, el coordinador Salgueiro introdujo a los expositores refiriéndose a los efectos que la judicialización de la

medicina tiene en todos los actores del sistema de salud: "La judicialización del acto médico es una enfermedad grave que tiene consecuencias tanto para el sistema de salud, como para el médico y para el paciente", postuló.

Fue el doctor Li Rosi el que abrió las exposiciones de la mesa, y lo hizo recavando en la historia de la formación de los sistemas judicia-



Dr. Carlos Salgueiro, Dr. Julio Frigerio, Dr. Pablo Giordano y Dr. Ricardo Li Rosi.

les. Repasó la historia de las sociedades modernas con gran poder sintético y claridad, explicando el camino histórico que llevó de las sociedades de súbditos a las de ciudadanos a través de la Revolución Francesa. Con la Revolución de octubre, prosiguió Li Rosi, fue el momento de las sociedades de camaradas y, actualmente, el triunfo del capitalismo ha logrado la conformación de una sociedad de consumidores. "En la sociedad de consumo, donde hay una necesidad hay un derecho; el problema surge porque el poder judicial ha sido concebido con bases que arrancan en una república de ciudadanos, no de consumidores. Entonces, el sistema judicial, fundado como está, obtiene cosas que puede satisfacer y otras que no", explicitó el doctor.

En referencia a los graves problemas que posee el sistema de salud argentino, Li Rosi no dudó en señalar que se trata de cuestiones que "no pueden ser resueltas en la justicia; se pretende resolver en los tribunales temas que son de otras ramas del gobierno". Este hecho, continuó el doctor, genera disyuntivas para los jueces: "Los magistrados no tienen un acercamiento científico para resolver las medidas cautelares que, generalmente, están planteadas en términos dramáticos. Hay una diferencia salvaje entre las necesidades de las personas, lo que significa el sistema de salud, y lo que tienen a mano los jueces para resolver el problema en poco tiempo", puntualizó Li Rosi. En síntesis, planteó el doctor, "el problema del sistema de salud es grave y no se puede resolver en los tribunales; nosotros intentamos aquí brindar información para encontrar una solución para lo que ocurre dentro de los tribunales, aunque no se trate de la solución última a los problemas del sistema".

LOS VINCULOS FAMILIARES Y EL MERCADO DE LA SALUD

En su exposición, el doctor Pablo Giordano dio cuenta de su extensa experiencia en medicina aportando los hechos que, a su criterio, pueden entenderse como algunas de las causas de la creciente litigiosidad indebida en el ámbito de la salud. "El mayor número de recursos de amparo en prestaciones médicas no surge para salvar una vida, sino que está impulsado por problemas sociales, morales, religiosos", postuló el doctor. Uno de esos problemas, indicó, es el deterioro de las relaciones familiares y del vínculo entre médico, paciente y familia: "En el contexto de una familia destruida por conflictos, son los familiares de los pacientes los que pretenden equilibrar la sensación de culpa que les provoca eludir el cuidado de los pacientes con esta conducta litigante con la que quieren mostrar su preocupación, siempre y cuando lo que exijan sea cubierto por el tercer pagador".

Otro de los factores que, según Giordano, hace al incremento de la litigiosidad indebida es la extensión y la influencia del mercado farmacéutico: "La medicina actual es un apéndice de la industria farmacéutica: la salud y la enfermedad las fabrican esos mismos intereses, que se basan en indicar procedimientos y medicamentos de determinada marca".

Luego de preguntarse qué tipo de responsabilidad y obligación les cabe a los parientes y a los núcleos familiares en la asistencia del enfermo, Giordano concluyó que "aunque es cierto que la investigación produjo un inmenso adelanto en medicina, esto no debe llevar a que se realicen tratamientos no basados en evidencia científica ni probados en el tiempo".

LA SITUACION DEL SUBSECTOR PRIVADO

El doctor Julio Frigerio ofreció, más tarde, su experiencia como asesor del sector privado de la salud para dar cuenta del riesgo en que la judicialización de la medicina pone a las empresas de medicina prepaga: "Existe una relación de conflicto permanente entre las entidades y los afiliados; a raíz de la litigiosidad indebida se están produciendo estragos en las entidades de servicios de medicina prepaga".

Más tarde, Frigerio reflexionó acerca de la contienda constante que, actualmente, se da entre las expectativas individuales de los pacientes y las necesidades colectivas de la sociedad: "Lamentablemente, los recursos económicos son escasos frente a las necesidades asistenciales, y hasta los países más ricos de la tierra ponen un límite a las coberturas; aunque puede parecer antipático, en esta pugna entre lo individual y lo colectivo debe predominar lo colectivo por sobre el individuo", aseveró el doctor. Este hecho, añadió, "usualmente no se ve reflejado en los fallos judiciales, posiblemente por falta de información acerca del funcionamiento del sistema de salud".

En referencia a las decisiones judiciales, Frigerio entendió que "en materia de salud, los jueces generalmente hacen lugar a los pedidos de amparo". "No pretendo criticar esta actitud, prosiguió, que muchas veces surge de un sentimiento humanitario, pero sí he notado cierto apresuramiento en la toma de la decisión, que se realiza sin tener en cuenta los términos del contrato establecido". Para finalizar, Frigerio agregó que, aunque los argentinos tenemos el derecho a tener la mejor calidad de salud posible, "discrepo en que sean las entidades de medicina prepaga las obligadas a garantizarlo y efectivizarlo". □



Que todos necesiten lo mejor,
no significa que todos necesiten lo mismo.
Salvo por el hecho de que necesitan lo mejor.

La Obra Social Empresarial, que desde 1973 brinda seguridad en
cobertura médica a cientos de empresas de toda la República Argentina.
Porque seguridad es tranquilidad.



OSDO
OBRA SOCIAL DE EMPRESARIOS

www.osdo.com.ar





Errores de registración más frecuentes

Desde hace tiempo es doctrina ampliamente aceptada aquella que sostiene que, salvo ciertas prácticas o intervenciones médicas respecto de las cuales se considera que la obligación asumida por el médico es de *resultado*, y por tanto que estamos frente a una responsabilidad *objetiva* cuyo análisis prescinde de la existencia o no de culpa en el obrar galénico, toda vez que lo que interesa es el compromiso asumido de una conducta *eficaz* en torno al objeto de la prestación, o la *traslación del riesgo* que el acto médico involucra, en la generalidad de los casos el profesional solo compromete un obrar diligente en procura de recuperar, conservar o preservar la salud del enfermo (obligación de actividad), pero sin asegurar el resultado pretendido por aquél, siendo el paciente quien asume las consecuencias de un resultado disvalioso, por supuesto en la medida en que haya sido debidamente informado acerca del diagnóstico, alternativas terapéuticas, tratamiento instituido, riesgos y eventuales complicaciones del mismo. Así entonces, solo la culpa del profesional a partir de una acción contraria a las reglas consagradas por la práctica médica, de acuerdo al estado de los conocimientos al tiempo de cumplida la prestación, y su directa relación de causalidad con el daño sufrido por el paciente, pueden fundar una condena de responsabilidad civil.

En ese orden de ideas, también es mayoritariamente aceptado que es el paciente quien, en general, tiene la carga de probar tales presupuestos de la responsabilidad (violación de la *lex artis*, culpa *in concreto*, daño *resarcible* y relación de causalidad adecuada). Sin embargo, las leyes que regulan el proceso civil han consagrado en sus textos (y cuando no éstas, lo ha hecho la jurisprudencia imperante) un principio fundamental: *el reparto de la carga probatoria*. Cada parte debe introducir al proceso la prueba que se encuentre en mejor condición de producir. Actor y demandado deben colaborar con el fin del proceso (una sentencia justa basada en la verdad real), acreditando aquellos extremos que le resulten más fáciles de probar.

Efectivamente el médico no sólo se desobliga invocando y acreditando el caso fortuito, el hecho de un tercero, o el hecho de la víctima -culpable o no- como causante del daño, sino que se libera también probando su obrar diligente. Dicho de otro modo, si no es posible acreditar de manera inequívoca la relación adecuada de causalidad entre el daño y la atención médica reprochada, pues resulta jurídicamente irre-

levante indagar sobre la pericia, diligencia o prudencia del obrar médico; pero si el resultado es fácticamente atribuible a la conducta médica, pues en ese contexto el médico debe defender su obrar y aportar toda la prueba a su alcance para acreditar que lo hizo sin culpa, y que por tanto el evento dañoso se produjo a pesar de haber cumplido él con su deber. Precisamente es aquí donde, para uno y otro campo de análisis de la cuestión, cobra extremo valor la historia clínica como instrumento donde el o los profesionales registran toda la labor diagnóstica, terapéutica y de control o seguimiento llevada a cabo para con el paciente, resultando por tanto, en la inmensa mayoría de los casos, la prueba por excelencia del proceso, atento la prueba pericial se apoya en las evidencias allí contenidas.

En consecuencia, la confección de una clara y completa historia clínica no es sólo una exigencia del sistema de la seguridad social, o una cuestión de valor a los efectos estadísticos o académicos, sino fundamentalmente un elemento de vital importancia para poder acreditar el diagnóstico, la aplicación de un tratamiento aceptado por la ciencia médica, la adopción de decisiones médicas correctas, el control y seguimiento del paciente, y, por qué no, eventuales circunstancias que operan como eximentes de responsabilidad, tales como: rechazo terapéutico, abandono de tratamiento, incumplimiento del paciente al tratamiento instituido y/o a los controles clínicos o posquirúrgicos indicados, etc.

Cierto es que reconocida jurisprudencia, a la que adhiero, establece como regla general que ciertas omisiones o incluso irregularidades en la confección de la historia clínica no resultan suficientes *per se* para demostrar que el médico ha incurrido en mala práctica, pero no menos exacto es que en diversos e insoslayables pronunciamientos judiciales se ha juzgado que la presentación de documentación médica deficiente, sin registros cronológicos, claros, completos, veraces, creíbles y oportunos, genera una presunción en contra del demandado, que de no poder ser desvirtuada por otros medios probatorios da lugar a una condena contra el profesional e institución médica accionados.

Es que, así como el profesional puede ampararse en la historia clínica para sostener la defensa en torno a su falta de responsabilidad, correlativamente cargará con las consecuencias de no poder aportar al proceso una prueba cuya producción le está legalmente impuesta. De allí que desde la óptica de la

administración de riesgos nos permitamos sostener que la buena praxis del médico empieza por una buena relación médico paciente y por la confección de una correcta historia clínica. Historia clínica que se integra con los estudios de laboratorio, imágenes, interconsultas, y demás registros y prácticas médicas relacionadas al diagnóstico y atención del paciente.

Con lo hasta aquí dicho este trabajo adolecería de importancia práctica, sobre todo para el profesional de la medicina, si no dedicara su parte final a, al menos, enunciar cuáles son los más comunes y frecuentes errores en los que se incurre en materia de registración del accionar médico. No desde la óptica de un médico legista, que no lo soy, sino a partir de la vivencia que uno tiene por la cotidiana labor dedicada como abogado a la prevención del riesgo y a asesorar y ejercer defensas de profesionales e instituciones de salud, lo que supone la no sencilla tarea de reunir y analizar toda la prueba documental sobre la que sustentamos la defensa. Desde esa posición me atrevo a puntualizar una treintena de errores o falencias en las que suele incurrirse en la confección de la historia clínica (naturalmente no todas juntas), lo cual en reiteradas ocasiones hace de la misma un instrumento que carece de valor legal para sostener la pericia o diligencia desplegada en la atención, y con ello la imposibilidad de arrimar al juicio aquel elemento probatorio que los tribunales le imponen al demandado.

Veamos:

1. Ilegibilidad de los registros.
2. No se describe examen físico.
3. No se especifica el horario de la evolución, o no se aclara el nombre del profesional que la efectuó.
4. Se saltean días de evolución y se enmienda mal.
5. No se transcriben laboratorios y/o resultados de estudios en la evolución.
6. No se preservan o incorporan a la historia clínica radiografías y estudios de diagnóstico o control relevantes.
7. No concuerdan los datos del médico con la hoja de enfermería.
8. No se instrumenta el otorgamiento del consentimiento informado.
9. Se confunde consentimiento informado con el llamado consentimiento general de internación.
10. No se registran advertencias o indicaciones dadas al paciente.
11. No se registran comunicaciones con el paciente.
12. No se documentan evidencias de incumplimientos del paciente.
13. No se registran respuestas a indicaciones precisas.
14. No se registran ni instrumentan rechazos terapéuticos, abandono de tratamiento, externación o fuga del paciente sin alta sanatorial.
15. No se especifica el cuadro clínico y condiciones de ingreso o egreso del paciente en una derivación o alta sanatorial.
16. No se consignan demoras o complicaciones en el traslado del paciente.
17. Se confeccionan protocolos quirúrgicos que describen lo que NO se hizo.
18. No se describen hallazgos o complicaciones intraoperatorias.

19. Se solicita interconsulta con especialidad, y nunca se realiza.
20. No se registran respuestas o resultados de la interconsulta.
21. Se solicitan estudios y nunca se realizan.
22. No se registran eventos adversos, complicaciones, accidentes y contratiempos.
23. No se documentan complicaciones (escaras, quemaduras, etc.).
24. No se documentan hallazgos clínicos *esenciales* para el diagnóstico o cuidado del paciente.
25. No se deja constancia del pensamiento médico y algoritmos de diagnóstico.
26. No se cumplen protocolos o procedimientos especialmente instituidos para determinadas prácticas.
27. El médico "acusa" al colega.
28. No se confecciona epicrisis.
29. Falta de procedimientos comunes para la "administración" y custodia de las llamadas historia clínica de *internación*, e historia clínica o ficha de atención *ambulatoria*. Se agrega que repetidas veces existen discordancias entre unos y otros registros.
30. En atenciones por guardia nada se dice de los estudios realizados y tratamiento indicado, evolución, pautas de alarma, destino del paciente, eventual derivación o indicación de control por consultorios. Muchas instituciones no han reemplazado aun el inadmisibles y riesgoso mecanismo de registración en un par de renglones del Libro de Guardias.

Como podrá apreciarse se trata de falencias, errores, omisiones o irregularidades que no siempre acompañan o son el reflejo de una deficitaria o negligente atención médica, sino que más bien están asociadas a cierta desaprensión o hasta desidia respecto de un instrumento de inmenso valor legal.

Empezando por la propia ilegibilidad que revelan numerosas historias clínicas. Ilegibilidad que no sólo "pone en jaque" el valor probatorio de la historia clínica, sino que también genera múltiples inconvenientes y riesgos en el ejercicio de la actividad médico asistencial, toda vez que una evolución o una indicación ilegible puede producir errores en el resto del equipo médico y paramédico que interviene en el cuidado y atención de la salud del enfermo, y de allí que en materia de prevención de riesgos médico legales éste sea un punto a trabajar.

En definitiva, el diagnóstico y tratamiento realizado de acuerdo a las circunstancias de tiempo, persona y lugar que condicionan el acto médico, pudo haber sido el correcto pero si ello no es posible corroborarlo en la historia clínica, difícilmente resulte ser ésa la convicción a la que arribe el juez. Así como nuestra realidad es la que obra en el expediente judicial, la del médico y la institución pasa en gran medida por la que surja del *expediente clínico*. □

Dr. Rafael Acevedo. Abogado, Gerente de la Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional - La Mutual-. Web: www.lamutual.org.ar, Mail: acevedor@caes.com.ar



Altas tasas de utilización alertan sobre la necesidad de hacer uso responsable de los recursos de salud

Reporte Económico FAOSDIR ⁽¹⁾

Un aspecto central en calidad médica es la utilización responsable de los servicios de salud. Cuando los recursos se subutilizan es obvio que la calidad médica se resiente. Cuando se sobreutilizan, no parece tan obvio, pero la calidad también se deteriora. Los motivos son dos. Por un lado, dar de más a una persona implica tener que dar de menos a otra, la cual está recibiendo entonces una prestación insuficiente. Por otro, recibir servicios de más no implica estar "garantizando" la curación sino generando nuevos problemas por efecto de la sobre-provisión.

En EE.UU., la secretaría de salud tiene una agencia federal llamada Centro de Control de la

Enfermedad y la Prevención cuya misión es generar información y herramientas para que la gente aprenda a proteger su salud. Esta agencia construye en cumplimiento de estas funciones tasas de utilización a nivel de todo el país (recuadro adjunto).

En 1990 se reportaban 334 consultas por cada 100 personas. En el 2000 la población consume 374 consultas y en el 2006, 380 por cada 100. Por el lado de los servicios de internación, la tendencia es al revés. Con el paso del tiempo disminuye la *cantidad de internaciones* (egresos por cada 1.000 personas) y la *cantidad de días que dura cada internación* (promedio días de estada). En 1980 se internaban 174,5 personas por cada 1.000 y estaban internados 7,5 días cada uno. En el 2006 se internan 115,3 por cada 1.000 y están internados sólo 4,7 días. En suma, los datos informan que las tendencias favorecen un suave crecimiento de la preponderancia de las consultas y un declive de las internaciones. Con estas referencias los actores del sector salud de EE.UU. (seguros privados y programas estatales) empiezan a medir sus desempeños de calidad.

¿Qué relevancia tiene esto para la Argentina?

Primero, que en la Argentina no hay esta sistematización de datos. Segundo, que las pocas evidencias que hay indican que en el país no hay un uso responsable de los recursos en salud. El recuadro adjunto muestra datos -parciales- tomados de una muestra de obras sociales de FAOSDIR y se los compara con los de EE.UU.. A simple vista se detecta que la utilización en servicios de internación es similar. Las tasas de FAOSDIR son menores porque la población es sólo una parte (con características de laboralmente activa, joven e ingresos medios y altos), mientras que la de EE.UU. es el conjunto. Pero no indica alguna divergencia importante.

Más informativas son las tasas de consultas. Las tasas de consultas que reportan las obras sociales de FAOSDIR duplican las de EE.UU.. Cabe aclarar que la tasa de EE.UU. es la más comprensible posible ya que incluye visitas en consultorio del médico, consultorios externos y en emergencia, y corresponden tanto a consultas de



atención primaria como de especialistas. Esta diferencia no se puede explicar sólo por fallas de gestión de las obras sociales. Aquí, está influyendo la conducta de los usuarios de la Argentina respecto de los de EE.UU. La conducta no proviene sólo de factores culturales sino también de las reglas del sistema. Una de ellas es el PMO.

El PMO contiene la filosofía de que las personas tienen derecho a una cantidad ilimitada de prestaciones otorgadas prácticamente en forma gratuita. Cuando hay un costo para el individuo, es muy marginal. El caso de las consultas es muy ilustrativo. Se estipula que pueden tener un copago, pero no superior a \$4. La señal es que las obras sociales están obligadas a pagar todas las consultas que la población demande. La pregunta que cabe hacerse es: ¿Multiplicar consultas es calidad médica? ¿Generar el estímulo a que las personas visiten una gran cantidad de profesionales tiene como resultado más probable la curación?

Multiplicar las consultas no significa mayor accesibilidad, ni mejor salud. Por el contrario, es posible que se esté promoviendo la confusión y la continuación de las dolencias con lo cual es un derroche de recursos en salud. Esto perjudica a los pacientes, a los profesionales (porque la multiplicación en la *cantidad* conduce al deterioro del

	Total población EE.UU.	Obras sociales de dirección
Consultas (cada 100 personas)	380	793
Egresos (cada 1.000 personas)	115,3	99
Promedio días de estada	4,7	3,9

Fuente: elaboración propia en base a muestra de obras sociales asociadas a **FAOSDIR**

valor de cada consulta), a las empresas y al Estado (que aportan los recursos), y a los financiadores (obras sociales y prepagas) porque no pueden administrar con eficiencia los recursos sanitarios. Calidad médica es sinónimo de responsabilidad en el uso de los recursos, no promesas de prestaciones ilimitadas y gratuitas, como propone el PMO. □

⁽¹⁾ **Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección.** www.faosdir.org.ar y presidencia@faosdir.org.ar






INTELLEXIS

Conducen

Dr. Guillermo Capuya

Prof. Guillermo García Caliendo

jueves 19 hs.

intellexis@fibertel.com.ar





Apostillas sobre la Cadena de Responsabilidad Civil Médica

Por el Dr. Oscar Ernesto Garay (*),
Abogado - Derecho Médico - Bioética

La prestación del servicio de salud cambió radicalmente en las últimas décadas. Ya no tiene vigencia el antaño médico de familia. Antes la relación era del médico con el paciente. Ahora, la relación es del Equipo de Salud con el Paciente. En relación a la responsabilidad civil por el daño médico, los profesionales del equipo de salud, como los establecimientos asistenciales, obras sociales, medicina prepaga y otros, forman parte de la cadena de responsabilidad en los casos de juicios originados en la praxis médica.

La Constitución Nacional reconoce el derecho a la salud de forma implícita (art. 33 C. N.) y de forma expresa a través del bloque internacional de DDHH (art. 75, inc. 22 C. N.).

El Estado presta la asistencia sanitaria de manera directa (hospital público) y delega en la seguridad social (obras sociales) y en el sector privado (consultorios, sanatorios, clínicas, medicina prepaga) la asistencia sanitaria a los trabajadores y sus grupos familiares (entre otros) y a los particulares, respectivamente.

Existe mala praxis en el área de la salud, cuando se provoca un daño injusto en la persona humana como consecuencia de haber obrado el profesional sanitario con imprudencia o negligencia o impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable.

Entre las especialidades médicas más demandadas judicialmente están: guardia médica, cirugía, cirugía estética, anestesia, ortopedia y traumatología, obstetricia, terapia intensiva; más enfermería y odontología. Entre los asuntos base del reclamo por daño médico están: el error médico, el diagnóstico, el tratamiento, el equipo médico, el óbito, la infección intrahospitalaria, la pérdida de chance, la prescripción de medicamentos.

El médico debe ajustar su accionar profesional a un cúmulo de obligaciones que se originan en la ética médica, la deontología y la bioética, en el ordenamiento jurídico y en la ciencia médica. Si su actividad conforma esos tres grandes bloques normativos, se verá exento de todo reclamo judicial fundado.

El médico se vincula con el paciente mediante un "contrato de prestación de servicios médicos", a través del cual, el facultativo se compromete a brindar un servicio esencial para el ser humano y la humanidad

toda: prevenir, curar, ayudar, cuidar, aliviar, acompañar, etc., a la persona enferma.

En derecho se clasifica a las obligaciones de los profesionales de la salud en "obligaciones de medios" (se deben adoptar los *medios idóneos* para intentar la cura del paciente) y "obligaciones de resultados" (se promete un resultado determinado: la cura del enfermo). Sostenemos que el médico asume "obligaciones de medios: 'obligaciones de conducta éticas, jurídicas y científicas adecuadas' y no obligaciones de resultado".

En materia de responsabilidad profesional médica, de la jurisprudencia dictada en los juicios por mala praxis médica, se pueden extraer las siguientes reglas: a) La medicina no es una ciencia exacta; b) La ciencia médica tiene sus limitaciones; c) En los tratamientos clínicos o quirúrgicos de las enfermedades existe siempre un *álea* (un riesgo); d) El facultativo tiene discrecionalidad para optar entre los tratamientos médicos aprobados por la ciencia médica; e) El galeno no puede prometer el resultado de su intervención profesional: salvar la vida del paciente o curarlo de su enfermedad; f) El médico debe conocer la composición química de los medicamentos que prescribe; la prescripción de los medicamentos debe ser racional; g) El correcto ejercicio de la medicina es incompatible con actitudes superficiales; h) La responsabilidad profesional médica se juzga conforme a lo normado en los artículos 512, 902 y 909 del Código Civil; i) El damnificado (el paciente) debe probar la culpa médica. El profesional de la medicina debe colaborar para que se arribe en el proceso judicial a la verdad material.

La responsabilidad de la obra social como la de la empresa de Medicina Prepaga deriva de sus funciones específicas, y obligaciones primordiales, que consisten en la prestación médica integral y óptima, y su adecuado funcionamiento, que no se cumple tan solo con la yuxtaposición de los agentes que las integran y los medios empleados, o con su presencia pasiva o su uso meramente potencial, sino que resulta imprescindible, además, que todos ellos se articulen activamente en cada momento y con relación a cada paciente.

Las instituciones sanitarias del subsector privado tienen derecho a la actividad comercial lícita, a la ganancia económica y a la seguridad jurídica. Por ser el servicio de salud, un bien esencial a la humanidad, deben regir su actividad por valores y principios éticos, y

asumir un firme compromiso de responsabilidad social y solidaria. Los establecimientos sanitarios deben adecuar progresivamente sus estructuras físicas, sus sistemas organizacionales y los recursos humanos, a estrictos niveles de calidad, en resguardo de la seguridad de los pacientes y de los trabajadores del equipo de salud.

La responsabilidad civil de los establecimientos asistenciales (también de las obras sociales y la medicina prepaga) se fundamenta en que el contrato que existe entre el profesional que integra el cuerpo médico de la clínica y esta última constituye una estipulación en favor del tercero (art. 504, Cód. Civil) o sea, del paciente que requiere asistencia y/o internación en el establecimiento sanatorio; de la cual emerge una responsabilidad contractual directa, que descansaría "en la existencia de una obligación tácita de seguridad que funciona con carácter accesorio de la obligación principal de prestar asistencia por medio de los facultativos del cuerpo médico". Este "deber de seguridad" a su turno, puede hallar adecuado fundamento en el principio de la "buena fe" contractual del art. 1198, 1ª parte del Cód. Civil.

Si bien el paciente tiene una acción directa contra el médico en caso de incumplimiento de su obligación nacida de aquella estipulación a su favor, tiene también una acción directa en el mismo caso contra la entidad estipulante, en razón del contrato de asistencia.

Esta responsabilidad del establecimiento asistencial no se rige por los principios de la responsabilidad por el hecho de sus dependientes (art. 1113, Cód. Civil), pues la dependencia se configura por las órdenes o instrucciones que aquél imparte a éstos en la función que les delega o encomienda. Si bien puede existir un contrato con relación de dependencia entre el médico y el sanatorio, no puede juzgarse al médico dependiente de éste en cuanto al ejercicio de su actividad profesional cuya independencia científica y técnica es incompatible con la idea de que pueda subordinarse a órdenes de las autoridades del establecimiento en el acto médico.

Entonces, existe la figura jurídica denominada "estipulación favor de tercero" (art. 504 C.C.), cuando una persona denominada estipulante (sanatorio, clínica, otras), actuando en su propio nombre obtiene de otra, llamada promitente (el galeno), la promesa de ejecutar

en beneficio de un tercero o beneficiario (el paciente), una determinada prestación. Lo fundamental es que el compromiso, la estipulación, realizada entre las dos personas (jurídica y física) se hace en el interés ajeno del paciente, quien no interviene en el acto, pero que es titular del crédito, es decir de la obligación o prestación.

La obligación de seguridad, a su vez, se fundamenta en el hecho de que como el establecimiento asistencial se vale de la actividad de los médicos para el cumplimiento integral de sus obligaciones, responde por la culpa en que incurran sus sustitutos, auxiliares o copartícipes, pues no interesa al acreedor que el cumplimiento sea efectivizado por el propio deudor o por un tercero del cual se valga para sus fines. En consecuencia, ante el incumplimiento del débito asistencial se debe responder, y la obligación de seguridad, con adecuado fundamento en el art. 1198 del Cód. Civil, hace nacer el deber de preservar al paciente de los daños que se puedan originar por deficiencia de la prestación prometida.

El deber de reparar tiene fundamento constitucional: el principio *alterum non laedere* o prohibición de dañar (arts. 19 y 33 C. N.).

Todo hombre tiene el derecho inalienable a la seguridad jurídica, consistente en una esfera concreta de derecho protegida contra todo ataque arbitrario.

Los profesionales sanitarios y las instituciones de la salud tienen derecho a la seguridad jurídica.

El sector médico sostiene que es objeto de una "industria del juicio" con base en la llamada "mala praxis médica". Profesionales e instituciones sanitarias tienen derecho a reclamar al Poder Legislativo se dicten las medidas que los protejan frente a lo que consideran ataques injustos. Ello está bien. Es connatural a la democracia la existencia de conflictos. Ante el conflicto, el sector médico reclama porque considera que se ve vulnerado su derecho a la seguridad jurídica. El legislador deberá sopesar los intereses y derechos en juego y sancionar las normas jurídicas que más se ajusten al valor justicia. □

*** Autor del "Tratado de la Responsabilidad Civil en las Especialidades Médicas", Editorial Errepar, 3 Tomos, 2009.**

UN PASO ADELANTE EN SOLUCIONES INTEGRALES PARA LA SALUD

Administración de
Redes Farmacéuticas

Auditoría Automatizada
de Medicamentos

Uso Racional
de Medicamentos

Estudios de
Farmacoeconomía

Centro de Cronicidad

- Control y Seguimiento
de Pacientes Crónicos
- Programas de Prevención

Profesionalismo

Innovación


Admifarm Group
Sistemas Globales de Salud

H. Yrigoyen 1628 - 1er piso - (C1089AAF) - Tel./Fax: (011) 4010-0200 - www.admifarmgroup.com





Remedios para las epidemias

Por Federico Tobar

Los brotes epidémicos de enfermedades emergentes (Como el caso del H1C1) o reemergentes (como el Dengue y la Bronquiolitis) ponen en evidencia la fragilidad de nuestro sistema y políticas de salud. Sin embargo, mejorar las respuestas no es sólo cuestión de aumentar el presupuesto sanitario. Hace falta una revisión de instrumentos como la declaración de emergencia sanitaria y su significado. Hace falta revisar las lecciones aprendidas durante el último siglo en el combate y control de epidemias. Este artículo revisa uno de los debates más importantes respecto a cómo producir salud, el de si es conveniente hacerlo a través de programas verticales o si hay que profundizar la descentralización fortaleciendo respuestas horizontales.

LA SALUD COMO UNA OSADIA HUMANA

Los seres humanos, en tanto especie del reino animal, estamos preparados para vivir poco más de treinta años en condiciones naturales. Cada año adicional que una determinada población consigue agregar en su expectativa de vida al nacer es una importante conquista sanitaria y social, que tiene también repercusiones políticas y económicas. El desarrollo tecnológico contribuye mucho a tales logros. Lo hicieron primero el jabón y la ropa de algodón. Luego el uso de la penicilina nos regaló casi diez años más de vida. Y otro tanto hicieron las vacunas que integran el Programa Ampliado de Inmunizaciones y los medicamentos esenciales.

Pero esta cruzada que emprendimos los animales humanos por nuestra salud constituye una osadía. Desde la religión hasta la mitología así lo registraron. Los griegos atribuyen al médico Asclepio (Esculapio para los romanos) la audacia de hacer inmortales a los hombres. Esto causó la ira de los dioses y, para no alterar el orden universal, Zeus acabó tanto con el médico como con todos sus pacientes resucitados.

A su vez, en la tradición judeo cristiana, se asume en el libro del Génesis así como en textos midrásticos, que los hombres decidieron coordinar sus saberes y habilidades para construir una torre que les permitiera llegar al cielo. Dios, entendió que en la contracara de aquel laborioso esfuerzo humano se ocultaba la ambición de conquistar la inmortalidad haciéndose dioses. Por eso decidió turbar sus mentes de modo que lo que unos dijeran a otros ya no lo entendieran igual.

Desde entonces, tanto evitar la muerte como organizar a los seres humanos puede entenderse como un encuentro milagroso. Pero el milagro permanece en libertad y la salud se convirtió en una osadía de los hombres, una conquista que requiere esfuerzos. Difícil pero no imposible. Al fin y al cabo, también veníamos programados para andar en cuatro patas y conseguimos erguirnos. La mitología griega describe bien ese desencuentro. Asclepio dividió su legado entre dos de sus hijas, Yaso (Panacea para los romanos) e Higía, que asumieron perfiles diferenciados y complementarios. La primera fue docta en el manejo de las técnicas y en

el uso de drogas, insaciable en sus pretensiones económicas y cada vez más hábil en producir vida artificialmente, prolongando existencias vegetativas y resucitando muertos por pocas horas. Mientras que Higía se convirtió en mensajera del orden natural, partidaria del vivir en armonía para conservar la salud y ferviente defensora de los cambios sociales, culturales, económicos y políticos para mejorar la salud individual y colectivamente.

TECNOLOGIAS BLANDAS Y DURAS EN EL COMBATE A LA ENFERMEDAD

Aún hoy nuestras respuestas a los problemas de salud de la población siguen diferentes caminos valiéndose también de herramientas distintas. Por un lado, tecnologías duras (aquellas que se plasman en artefactos y materiales y se basan principalmente en el conocimiento de las ciencias duras, como la física y la química), y por otro lado, en tecnologías blandas (aquellas que se concretan como organización, vínculos, formas de relacionamiento de las personas).

El discurso de los medios de comunicación prioriza la difusión de las tecnologías duras, construyendo un fetichismo tecnológico. Así parece que son sólo los medicamentos y vacunas los que vencen las enfermedades. Por ejemplo, una estrategia de expansión de controles como el PAP para detección precoz, puede resultar más efectiva que la vacuna contra el HPB y mucho más económica. Así también, las acciones más efectivas contra las enfermedades transmitidas por mosquitos están vinculadas con tecnologías higienistas de base territorial y acción comunitaria.

La forma en que las tecnologías blandas necesitan combinarse con las duras se ilustra en la ecuación formulada por Peter Tugwell para medir la efectividad de las intervenciones ante una determinada enfermedad. La misma considera que la efectividad, es decir el impacto de la acción sobre la salud de la población, es función directa de: a) la eficacia de la tecnología dura en condiciones del diseño experimental, b) la precisión diagnóstica, c) la prescripción correcta, d) el cumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes

y e) la cobertura del programa. En otras palabras un medicamento que a través de estudios clínicos constata una eficacia del orden del 86%, sólo logra una efectividad del 3,2% si: a) se diagnostica bien en el 75% de los casos, b) es prescrito de forma adecuada en el 50%, c) sólo un 20% de los pacientes completa el tratamiento de forma adecuada, d) dentro de un programa que llega al 50% de la población objetivo.

En conclusión, el desarrollo de tecnologías duras es conveniente pero no hace milagros. Es necesario coordinarlas con esquemas organizativos adecuados para lograr vencer a la enfermedad. Solo cooperando Higea y Panacea consiguen los resultados milagrosos que obtenía Asclepio.

ABORDAJES VERTICALES VERSUS HORIZONTALES

Los *Programas Verticales*, surgen durante la década del 40 para erradicar la viruela y la malaria. Es un abordaje técnico de inspiración taylorista. Un comando central y un equipo altamente entrenado que estandarizaba procesos para combatir un reducido grupo de enfermedades, en un plazo temporal corto o mediano. La autoridad central controlaba el financiamiento y monitoreaba el desempeño del trabajo de campo como medio para garantizar los resultados esperados.

La contracara de este modelo organizativo eran tecnologías duras como la vacuna antivariólica resistente liofilizada, además del DDT y la cloroquina para combatir la Malaria. Sin embargo, los resultados no siempre fueron buenos. En unos casos por baja cobertura de los servicios de salud, en otros por debilidad de las instituciones. Para superar este último problema, los financiadores externos impulsaron unidades ejecutoras externas al entramado organizacional existente.

En los sesenta surgen las *campañas* de erradicación como un ajuste al modelo. Los programas verticales dejaban de ser "cosa de expertos" para bajar a terreno como "propuestas enlatadas", que, aplicados con rigor, servirían en cualquier contexto. El nuevo modelo concebía la intervención como una operación militar conducida de igual manera en cualquier campo de batalla. Se requerían menos recursos humanos calificados y esto facilitaba la extensión de la cobertura y permitía utilizar trabajadores voluntarios.

La emergencia sanitaria constituye una figura extrema dentro de este modelo. Declara estado de sitio debido a la amenaza y presupone que la propiedad privada, así como los derechos individuales deben ser supeditados al control de la epidemia. Aún en 2009 tanto Bolivia, para combatir el brote de Dengue, como Estados Unidos y México para combatir la pandemia del H1C1 recurrieron a la disciplinada organización y logística militar para garantizar una repuesta rápida y homogénea. Como en otras situaciones de catástrofe, la comunicación adquiere fundamental relevancia. Un solo emisor con mensajes precisos, puesto que desinformar resulta tan contraproducente como exagerar y causar pánico.

Alma Ata y la estrategia de APS cambiaron el paradigma. A partir de entonces, se enfatizaron las actividades intersectoriales, la participación de la comunidad y el uso de medicamentos esenciales. Se proclamó la necesidad de considerar en forma integrada y holística la aproximación a la salud, en vez de aproximaciones técnicas, de arriba hacia abajo y "autoritarias". El nuevo modelo de intervención adoptó en consecuencia un carácter horizontal, centrado en acciones preventivas y focales, con eje en las instituciones regulares del sistema de salud como una

forma de garantizar sostenibilidad, es decir, mantener en el tiempo los objetivos perseguidos.

Se criticó al modelo vertical por fragmentar al sistema de salud, por distraer fondos y atención de los servicios regulares, generando una débil institucionalización y sostenibilidad. También se ha hecho notar la superposición de recursos que genera la omnipresente dificultad para coordinar burocracias. Los estudios demuestran que la movilización social en un territorio delimitado y sobre una población definida conocida, constituyen los pilares más sólidos para edificar respuestas sanitarias apropiadas e integrales.

La descentralización de los servicios y políticas de salud desplegada a partir de la década del noventa vino a agravar las tensiones entre abordajes verticales y horizontales. Las reformas de salud constituyeron una nueva epidemia que aplicó los instrumentos sin diferenciar ni adaptar las particularidades de (i) los servicios curativos, (ii) los servicios preventivos, ni (iii) las funciones públicas esenciales. Las características económicas de estos últimos implica que no pueda aplicarse mecanismos de mercado (competencia entre agencias, que por el contrario deberían cooperar), ni de mercado simulado (esquemas de incentivos).

En una reunión de Ministros de Salud, convocada por la OMS en 1992, se acordaba que el manejo de la enfermedad (diagnóstico y tratamiento) debía recaer en los servicios públicos locales, siendo responsabilidad de los gobiernos garantizar el acceso. La prevención movilizó su eje desde el control del medio ambiente hacia los individuos y sus conductas riesgosas. Finalmente, el control de epidemias continuó siendo interpretado como vigilancia epidemiológica. El informe de Desarrollo Humano del Banco Mundial publicado al año siguiente terminó de modelizar el paradigma reformista.

Eppur si muove... El modelo vertical resistió. Resultó atractivo para los financiadores externos. Una coalición contra la polio reunió a UNICEF, el Rotary International y la Agencia para el Desarrollo de EE.UU, el Banco Mundial y el BID. Además, la alta visibilidad de las acciones le otorgaron atractivo electoral. Por ejemplo, presidentes de El Salvador, Ecuador, Zimbawe y Colombia parecieron en los Días Nacionales de Inmunización, también celebridades e incluso miembros de la realeza, fueron desde entonces fenómenos comunes asociados a estas campañas.

Además, el abordaje vertical se reinventó luego en el *disease management*, un abordaje que ganó viabilidad económica al vincularse con incentivos económicos a los prestadores. Esto en un contexto en el que casi no se forma más sanitarios y donde los posgrados se inclinan más a formar profesionales con competencias para contratar y administrar prestaciones que para combatir epidemias. Por eso, no es sorprendente que en los últimos tiempos en medios periodísticos se haya reclamado el refuerzo de los programas verticales como paliativo para la precariedad sanitaria.

¿COMO CURAR LAS EPIDEMIAS?

El antídoto contra las epidemias no es otro que un profundo debate sobre las políticas sanitarias. No es cuestión de salir corriendo a comprar vacunas aún no desarrolladas ni de añorar el retorno de modelos de intervención caducos. No es sólo cuestión de obtener más recursos sino de tener mejores ideas sobre cómo usarlos. No es cuestión de más medicina sino de más sanitarismo. Necesitamos que Panacea e Higea trabajen juntas. Porque sólo la organización vence a las epidemias. □





¿Daño directo o pérdida de chance?

¿Estamos pagando de más?

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

Es frecuente que personas que sufrían gravísimas patologías no tratadas "a tiempo", atribuyan toda la responsabilidad a la actuación tardía del médico olvidando que el daño lo causa la enfermedad y, el profesional, a lo sumo, le resta una baja "chance" de mejorar.

Qué hacer ante estas situaciones:

¿QUE ES EL DAÑO?

Se lo define modernamente como todo "menoscabo de intereses legítimos" entre los que se encuentra la salud, la integridad física, psicológica, moral, el honor, la intimidad, entre otros.

El Código Civil (art. 1.068) agrega el factor "causación" *Habrá daño siempre que se causare a otro algún perjuicio...*

DAÑOS Y DAÑOS

No todo "daño", en sentido común, es "daño jurídico" que es el único que merece ser indemnizado.

Existen múltiples "daños" (en lenguaje común) que son causados por quien los sufre (el que conduce su automóvil irresponsablemente) o por la mera "fatalidad" como las causas naturales: sequía, inundación, por condiciones personales: ser pobre, sufrir de una enfermedad no causada por otro...los ejemplos son muchos.

Si bien algunos de los que los sufren reciben ayuda, sobre todo estatal, no es de tipo "reparativa" sino "asistencial". La diferencia entre ambas reside en que quien repara no es quien lo causa ni es exigible la equivalencia de valores entre el daño y la asistencia.

¿QUE JUSTIFICA LA REPARACION ECONOMICA DEL DAÑO?

En la expresión "causar a otro" encontramos la diferencia entre el concepto común y el jurídico de "daño". El mero "daño" se transforma en "daño jurídico" cuando es causado por una persona (física, jurídica o estatal) por un acto contrario a las leyes: incumplimiento contractual, dolo, culpa, o negligencia, agrupadas en la denominación común de "actos ilícitos".

La doctrina ha establecido dos requisitos: que el daño debe ser "cierto" o sea un menoscabo actual comprobable y "consecuencia necesaria" del hecho.

Llegamos así a los elementos fundamentales: el análisis de la entidad del daño y su relación causal con el acto que lo provoca.

Sintetizando: la obligación de reparar surge cuando alguien (persona) comete de un acto ilícito que causa un daño mensurable.

LA "PRAXIS MEDICA"

Los reclamos por praxis médica son una parte del derecho de daños en el cual el "acto ilícito" es la acción

u omisión médica "imperita": contraria a lo que la ciencia médica estima como correcto en el momento de su realización.

LA RELACION DE CAUSALIDAD

Ese acto ilícito, recordemos, debe causar el daño.

En términos lógicos deberíamos aplicar la ley de la causa/efecto.

Si A (acto ilícito) es causa eficiente de B (daño) procede C (la indemnización).

Esta relación se advierte claramente en otras ramas del derecho de daños, por ejemplo los derivados del transporte y los accidentes de tránsito: una persona sana es transportada por un tren que descarrila y le causa lesiones o atropellada por un auto con igual resultado.

En praxis médica encontramos la causalidad clara en casos de: "error de lado": el cirujano que debe amputar la pierna izquierda (engangrenada) y amputa la derecha sana, el anestesiista que se equivoca de gas o de droga y causa la muerte del paciente, el clínico que por una dolencia leve administra un medicamento conocido como alérgico sin tomar precauciones y causa al paciente un shock anafiláctico que lo daña.

CASOS DE CAUSALIDAD CUESTIONABLE

Pero... ¿qué ocurre cuando un médico comete un error en el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad que, aun bien tratada y rápidamente diagnosticada tiene un índice de mortalidad alto?

Todos los días mueren pacientes cardíacos internados en los mejores hospitales del mundo, asistidos por los equipos médicos muy capacitados que cuentan con la más moderna aparatología y las últimas drogas.

Igual destino sufren muchos pacientes oncológicos cuyos tumores fueron detectados y tratados de inmediato.

Y los neonatos prematuros con hipertensión pulmonar que tienen un índice de óbitos superior al 80%.

Siendo así: ¿podemos afirmar que la falta de tratamiento inmediato del infarto o el diagnóstico demorado del cáncer o la no internación en TIN causara la muerte?

Quien lo haga debería probar que la estadística de supervivencia con diagnóstico y tratamiento certero e inmediato es del 100% y ya sabemos la respuesta.

¿QUE DAÑO SUFRE EL PACIENTE DIAGNOSTICADO O TRATADO TARDIAMENTE DE UNA PATOLOGIA DE MAL PRONOSTICO?

No se puede probar la estricta relación causa eficiente/ daño, porque la estadística dice que lo más probable es que el resultado ominoso ocurriera de todas formas.

El "daño" consiste en la pérdida de la "oportunidad" de curarse o superar la crisis si hubiera tenido acceso inmediato a todos los elementos terapéuticos disponibles.

Estamos ante una mera presunción de que existió la posibilidad de haberlo evitado y la certeza de que no se utilizó.

CUANDO HAY PERDIDA DE CHANCE

Cuando lo que mata al paciente es la propia (y grave) enfermedad y no el médico quien, a lo sumo lo priva de la (baja) posibilidad de vivir o sanar, porque el médico no "contagió" el cáncer, ni el infarto, ni la hipertensión pulmonar, éstas preexistían y según el curso natural de las cosas probablemente causarían el deceso.

A esto se llama "pérdida de chance": cuando el daño consiste en la pérdida de una oportunidad de supervivencia. O "*perte d'une chance, de survie*" (no porque el francés sea elegante, sino porque la teoría, como tantas otras, se origina en Francia).

CONSECUENCIAS

Si la cuestión es debidamente tratada en juicio, las indemnizaciones deberían calcularse como si el médico hubiera causado el deceso y luego restarles el porcentaje de óbitos que tiene la patología debidamente tratada. Así quedarían reducidas a una fracción.

OTROS REQUISITOS

La institución es de uso restrictivo: la enfermedad que daña al paciente de ser "grave" y determinar "baja" o "muy baja" posibilidad de supervivencia, en verdad debemos convencer al juez que de todas maneras iba a fallecer y que la impericia poco o nada influyó.

Generar esta convicción implica un cuidadoso trabajo probatorio.

QUE NO ES "PERDIDA DE CHANCE"

Cuando la duda reside en la causa del daño (no se sabe cuál fue el factor dañoso): los tribunales condenan

o absuelven si la conducta médica fue o no la indicada por la "lex artis" pero no reducen por porcentajes. Aplican las "cargas dinámicas probatorias" y si no se probó la causal de exculpación presumen que fue culpa del médico. Así lo entiende la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires (y la mayoría de los tribunales inferiores).

QUE DICEN NUESTROS TRIBUNALES

La Corte Suprema de la Nación, en "Amante, Leonor y otros c/ Asociación Mutual Transporte Automotor (AMTA) y otro" y "Zemborain, Carlos Roberto c/ Piccaluga, Francisco y otros" Adoptó la doctrina de la "pérdida de chance" hace ya veinte años.

La mayoría de las salas de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y de la Cámara Federal Civil y Comercial lo aceptan.

¿Y LOS ACTORES?

Para los reclamantes de juicios de "praxis" no existe la pérdida de chance: demandan "como si" el médico hubiera causado el infarto, el cáncer o la prematuridad del feto, pretendiendo las mismas indemnizaciones que si el paciente hubiera sido sano y el daño causado por un accidente vial.

¿QUE DEBEMOS HACER LOS DEMANDADOS?

"Someter a juzgamiento" el tema: nunca confiar en que el Juez lo advertirá en la sentencia y sobre todo probar los cuatro elementos: patología previa, grave y mortal en un alto porcentaje y mínima incidencia de las omisiones médicas.

Si no lo hacemos, pagaremos de más. □

Para consultas o sugerencias al Dr. Floreal López Delgado, escriba a estudiojuridico@lopezdelgado.com

	
IDEA Y CONDUCCIÓN: CARLOS S. ABAD	www.seccionsalud.tv
	
LUNES 18.30 HS. CANAL 13 MULTICANAL + CABLEVISION	PRODUCCIÓN GENERAL 4808.9500





Crisis mundial... Crisis social... Crisis sanitaria...

Por el Licenciado Víctor Norberto Cerasale

Mientras la necesidad alienta la negación, la crisis avanza, imparable. La cantidad de puestos de trabajo perdidos desde el establecimiento de la desarticulación del modelo económico mundial-global que instaló la exclusión como principio básico de funcionalidad, es realmente pavorosa aunque lamentablemente promete más. La crisis está operando al modo de un tsunami sin pautas físicas, dañando todo lo que toca y sobrepasando el nivel de cualquiera de las estimaciones.

A lo dicho debe agregarse los problemas que acarrea el cambio climático, los que aún negándose la situación, han aumentado significativamente tanto en la cantidad como en su capacidad de daño. Lo antedicho se refleja en situaciones de emergencia reales, que entre los años 2005 y 2007, representaron para las Naciones Unidas una participación en un promedio de 276 situaciones de emergencia máxima/año en al menos 92 países. El 50% de las mismas tuvo lugar como consecuencia de desastres naturales, un 30% se motivaron en conflictos armados y un 20% en cuestiones epidémicas que han impactado los sistemas sanitarios. No obstante ello, ya en 2008 se percibía un incremento en las primeras así como en las últimas.

El informe de Acción Humanitaria 2009 elaborado por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia confiere un valor de 700 millones de euros a las necesidades provenientes de niños y mujeres afectados por situaciones de "emergencia" en al menos 36 de los 92 países comprendidos en las estadísticas. Sin embargo, las personas no son números y las estadísticas apenas si reflejan unas pocas aristas de la realidad. Las duras condiciones a que se ven sometidos niños y mujeres afectados por circunstancias dramáticas, antes de verse contenidas se desbordan de manera creciente, esencialmente por la incapacidad de acción y/o de gestión de los estados.

Más allá de los desastres climatológicos o de las epidemias, otras cosas impactan diariamente a niños, niñas y mujeres, ya que éstos padecen distintos tipos de violencias, por ejemplo: la familiar, el ser ignorados por los estamentos estatales, acumular enfermedades, pobreza y esencialmente el hambre. La malnutrición es una de las principales causas de muerte en África y luego en Asia, pero a ellos se les suman las grandes áreas marginadas de América latina. Todos aportan a las estadísticas pero los fondos que recoge la UNICEF apenas si alcanzan para atender unas pocas demandas provenientes de las áreas críticas del África.

Cuando hago referencia a áreas críticas del continente africano incluyo únicamente a República Democrática del

Congo, Somalia, Sudán, Uganda y Zimbabwe. Ello implica que el resto queda librado a su suerte. Por ejemplo, la situación humanitaria desatada en la Franja de Gaza consumió fondos previstos para otros destinos y ello licuó posibilidades de ayuda en Afganistán, Pakistán, India, Irak, Yemen, y otras regiones olvidadas donde los excluidos se amontonan como despojos en un altillo.

En este contexto el mundo parece no entender que por cada puesto de trabajo perdido, se comprometen acciones sociales precisas que al verse truncas incrementan el riesgo sanitario, el asistencial, y consecuentemente diezmando los futuros de las personas.

Respecto de lo antedicho, no debe perderse de vista dos factores que golpean duramente a poblaciones en estado crítico: el costo de los alimentos y la carencia de los mismos. El costo limita el acceso pero la carencia condiciona seriamente las posibilidades de vida. *"No se trata solamente de que la persona consuma suficientes calorías, sino que debe ingerir una cantidad adecuada de nutrimentos. Diversos estudios demuestran que si un niño o niña menor de dos años no consume suficientes elementos nutritivos en sus primeros años de vida, durante el resto de su existencia tendrá menos capacidad para aprender en la escuela y, posteriormente, para ganarse la vida. Por lo tanto, es necesario tomar en serio el problema de los alimentos"* (UNICEF, Sra. Ann M. Veneran, Directora Ejecutiva).

Se estima que en 2007 unos 850 millones de habitantes del mundo sufrieron desnutrición, pero eso es sólo un número. Dicho número se acerca hoy a los 950 millones de personas. Pero no escapa a los que avalúan el crecimiento de la pobreza y la marginación en el mundo que el número total alcanza a las dos terceras partes de la humanidad. Mientras tanto entre mayo de 2007 y mayo de 2008, el índice de precios de los alimentos aumentó en un 50%, y muchas familias no pueden adquirir productos alimenticios básicos para sus niños, al tiempo que los estados ya no los consideran en sus políticas públicas de auxilio.

Pese a que las consecuencias inmediatas del aumento de los precios de los alimentos resultan obvias, el incremento guarda también otros efectos. Uno de ellos es el aumento de la vulnerabilidad de los niños y niñas y sus madres, durante los conflictos prolongados debidos a crisis políticas, pero a ello debe agregarse el crecimiento de la hepatitis en sus distintas formas a nivel global, la tuberculosis, el VIH/Sida, el cólera, las fiebres hemorrágicas, a lo que ahora se agrega los primeros efectos conocidos del H1N1 (gripe porcina) sin omitir que hasta hoy hay otro problema no resuelto con la H5N1 (gripe

aviaria), y complementamos con un etcétera que deja abierta la posibilidad a que el lector agregue aquello que considere prudente (chagas, dengue, malaria, leishmaniasis y otras), aún asumiendo que las epidemias no son el único así como tampoco el mayor de los problemas sanitarios que enfrenta la raza humana por estas horas.

Lo expresado indica que el aumento de la "vulnerabilidad social" ha sido dramático, pero permanece sostenido de cara al futuro.

La alimentación y el crecimiento de las necesidades insatisfechas se ven a su vez afectados por los efectos del cambio climático. En la mayoría de los casos, las poblaciones en situación de pobreza también se llevan la peor parte de los efectos del cambio climático, ya que sufren de manera desproporcionadamente alta el aumento de la frecuencia y la intensidad de los desastres naturales. La UNICEF estima que tanto niños como mujeres representan potencialmente el 65% de las personas que en los próximos diez años sufrirán consecuencias directas de los desastres naturales. Básicamente, haciendo referencia a niños el número de damnificados no sería inferior a los 175 millones.

Cada euro invertido en combatir el cambio climático evita 20 euros de costos sanitarios, pero una vez más, los números directos o bien las estadísticas enseñan la punta del iceberg, mientras tanto las personas permanecen en su condición de víctimas.

Lo expuesto explica el extremo creciente pero no enseña la gravedad que los sistemas de salud enfrentan por estas horas. Así como el modelo económico global ha sido y es "altamente excluyente", del mismo modo el desmantelamiento de los sistemas públicos de salud se ven reflejado en una mayor complejidad de la expresión de las enfermedades crónicas, sea ello por falta de atención, por falta de oportunidad en ejercer la AP, por

falta de precisión diagnóstica, por carencias en los accesos a la atención, y otros motivos no menos válidos que los expresados.

La sostenibilidad del sistema sanitario-asistencial mundial es un problema de recursos económicos, pero además también de modelo de gestión. La escasa coordinación (para no decir nula) sociosanitaria impide optimizar los recursos creando un círculo vicioso interminable donde todos se echan culpas pero nada se resuelve a favor de nadie. Esto se reflejará indefectiblemente en una mayor exclusión, mal que nos pese.

Finalmente, tanto los economistas como sus recetas y los políticos y las suyas, organismos internacionales por medio con sus temibles academicismos, desconocen la importancia meridiana del primer nivel asistencial, enseñando por ende la negación a ultranza del enfoque integral que demanda la salud pública, no teniendo ni la cultura ni la formación específicas para tratar el foco, ni el fondo del problema planteado. Los equipos de salud por su parte (incluyendo en ello a los médicos), siguen viviendo a espaldas de los mecanismos de soporte comunitarios (engranajes y su funcionalidad), en cuanto al conocimiento de cómo es la organización civil, cómo las instituciones y cuáles los recursos disponibles en función a sus fuentes (ahora en extinción), aunque el mayor de los problemas se centra en que "no existe suficiente coordinación para dar una asistencia integral, hoy por hoy, en ninguna parte del mundo".

Y esto es sólo el comienzo. □

Licenciado Víctor Norberto Cerasale, 2009-05-31.
Copyright by Cerasale, 2009. Derechos reservados.
Exclusiva para Revista Médicos, Medicina Global.



FARMANUARIO

¡¡La información exacta para el momento justo!!

Una obra médica, útil y práctica, dirigida a profesionales de la salud.

Facilita el instante de la prescripción !!

Incluye código de acceso para descargar de Farmanuario PC

En venta en todas las librerías o por el Tel. 4373 0081



Experiencia a la hora de la gestión

El pasado 11 de junio se celebraron las elecciones en la Asociación de Médicos Municipales, más de 6.500 socios de un total de 10.000 habilitados eligieron a la Lista Integración, encabezada por el doctor Jorge Gilardi para que siga al frente de la institución con un 75 por ciento de los votos superando al 24 por ciento de la oposición.

El alto grado de participación demostró el compromiso de los profesionales de la salud a la hora de concurrir a las urnas para elegir de manera democrática y transparente a las autoridades que los van a representar en el futuro.

Los socios de la AMM volvieron a ratificar la conducción del doctor Jorge Gilardi, que asumirá las funciones en diciembre próximo y cuyo mandato se prolongará hasta el 2013.

El masivo respaldo a la Lista Integración marca la decisión de los socios de mantener una forma de gestión basada en la experiencia.

El doctor Gilardi se mostró satisfecho con el resultado y remarcó "las elecciones de la AMM son un ejemplo porque marca el nivel de compromiso de los profesionales de la salud. El nivel de asistencia fue muy importante y el respaldo para la Lista Integración fue contundente. Está claro que se eligió la experiencia en la gestión, se evaluó todo lo realizado en estos años. La institución ha tenido un crecimiento vertiginoso en todos los aspectos, hemos logrado superar momentos difíciles y eso se logró con el compromiso de todos".

El titular de la AMM agregó que "fue muy importante la participación, hemos tenido un nivel más elevado de votantes que en la anterior elección. Los profesionales de la salud no sólo han elegido una manera de gestión sino que además nos comprometen de cara a lo que se viene. Vamos a continuar luchando para mejorar las condiciones de trabajo de los médicos y seguir creciendo a nivel institución".

La situación explosiva que se generó a raíz del brote de la gripe porcina sumada a las enfermedades propias del invierno pusieron a la salud nuevamente en el tapete. Guardias aba-

rrotadas, urgencias domiciliarias que explotan, consultas, colegios cerrados y una sensación de desborde generalizado muestran que una vez más la realidad parece superar las previsiones tomadas por las autoridades sanitarias. En este contexto, el doctor Gilardi afirmó: "Nosotros lamentablemente lo anticipamos hace varios meses en los medios. Siempre hablamos de políticas de salud, de crear condiciones de trabajo adecuadas para los médicos, de terminar con la capacidad ociosa en los hospitales para aumentar las camas y de ese modo poder tener más lugar y acotar las listas de espera. Son cosas fundamentales y más cuando la demanda aumenta como en estos meses".

Las elecciones quedaron atrás y un nuevo período se viene por delante. "Vamos a seguir trabajando para lograr mejores condiciones para los médicos. Es necesario mencionar, en este sentido, que el Consejo Central aprobó con el 94 por ciento de los votos positivos un incremento salarial para todas las categorías, que incluyen una vez más a nuestros colegas residentes, cuyos representantes acompañaron en la lucha. También vamos a seguir defendiendo al hospital público. Médicos Municipales está en desacuerdo con cualquier intento que ponga en peligro la continuidad de los hospitales neuropsiquiátricos. Ratificamos la defensa de la necesidad de la permanencia en la totalidad de su capacidad operativa de los Hospitales Moyano, Borda, Tobar García, Alvear y Ameghino. Sin neuropsiquiátricos no hay Salud Mental".

Un nuevo compromiso con los médicos de los hospitales porteños, una etapa que se abre y una experiencia en gestión avalada en las urnas. □





ExpoMedical

2009
7ma feria internacional de productos,
equipos y servicios para La salud



En conjunto con las
8vas Jornadas
de Capacitación Hospitalaria

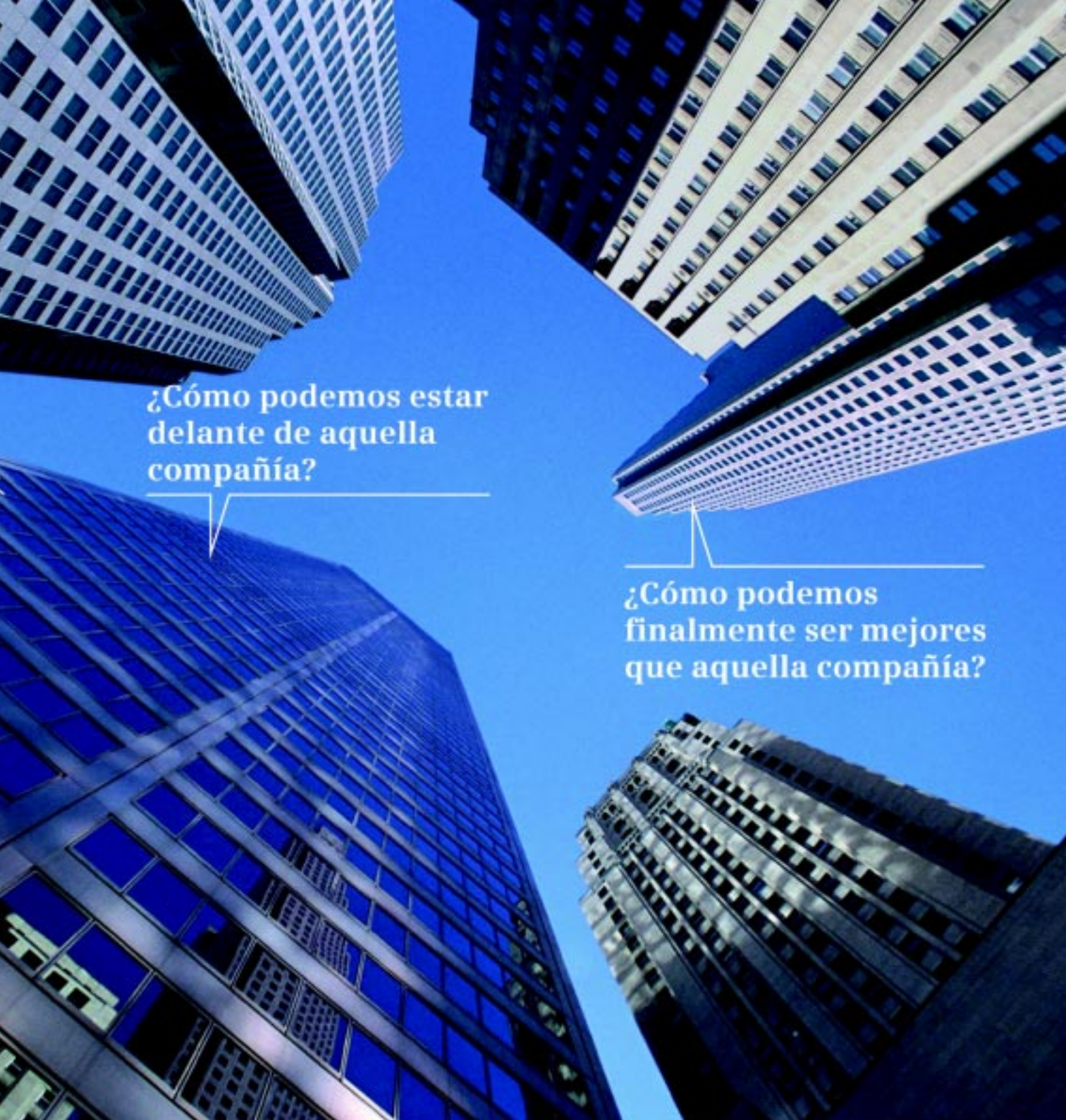
10 al 12 de Septiembre de 2009

Centro Costa Salguero - Buenos Aires - Argentina

Organiza:
MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54 11) 4791.8001
Skype: expomedical
info@expomedical.com.ar

www.
expomedical
.com.ar



¿Cómo podemos estar
delante de aquella
compañía?

¿Cómo podemos
finalmente ser mejores
que aquella compañía?

Transformando IT en valor para el negocio.

Optimizando los procesos de negocio, reduciendo costos y activos. Con acreditada experiencia y un profundo conocimiento de cada sector del mercado, Siemens IT Solutions and Services está altamente calificada para aportar innovación y mejorar el rendimiento de manera medible, tanto en el sector público como el privado. Explote al máximo el potencial de su negocio.

siemens.com/answers

SIEMENS