



En su 10° Aniversario
La Mutual celebró con
una jornada y presentó
el Libro "El Error Médico"



Reglamentar la Ley de prepagas
Una oportunidad para construir un
modelo argentino de salud
Por el Dr. Federico Tobar

Médicos

LA REVISTA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

AÑO XIII - N° 65 - Julio de 2011 - \$15

Medicina Global

REGULACION... ¿Y DESPUES?



Tras la aprobación en el Senado de la Ley de Regulación de las Empresas de Medicina Prepaga, llega el tiempo de reflexionar acerca de lo que viene: su reglamentación y aplicación. En esta edición, referentes del sector analizan y dan sus distintos puntos de vista sobre el nuevo marco regulatorio.



GALENO

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

220 330 440
Planes de Salud

Con **universal assistance** tus afiliados disfrutan su viaje sin preocupaciones.



DISFRUTA TUS VIAJES CON

**universal
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO



www.universal-assistance.com

ASISTENCIA AL VIAJERO | CALIDAD ISO 9001 2008



La red de emergencias médicas
más grande del país

NUESTRAS SOLUCIONES

- Emergencias Médicas
- Urgencias Médicas
- Consultas Domiciliarias
- Traslados Programados
- Traslados Aéreos
- Servicio de Pediatría
- Servicio de Neonatología
- Gestión de Prestadores
- Líneas Telefónicas 0800 de Alcance Nacional
- Desarrollo de Proyectos a Medida
- Contact Center
- Servicio de Área Protegida
- Capacitación



Cobertura del
Rally Dakar 2011

SIFEME cubrió etapas del Rally Dakar 2011.

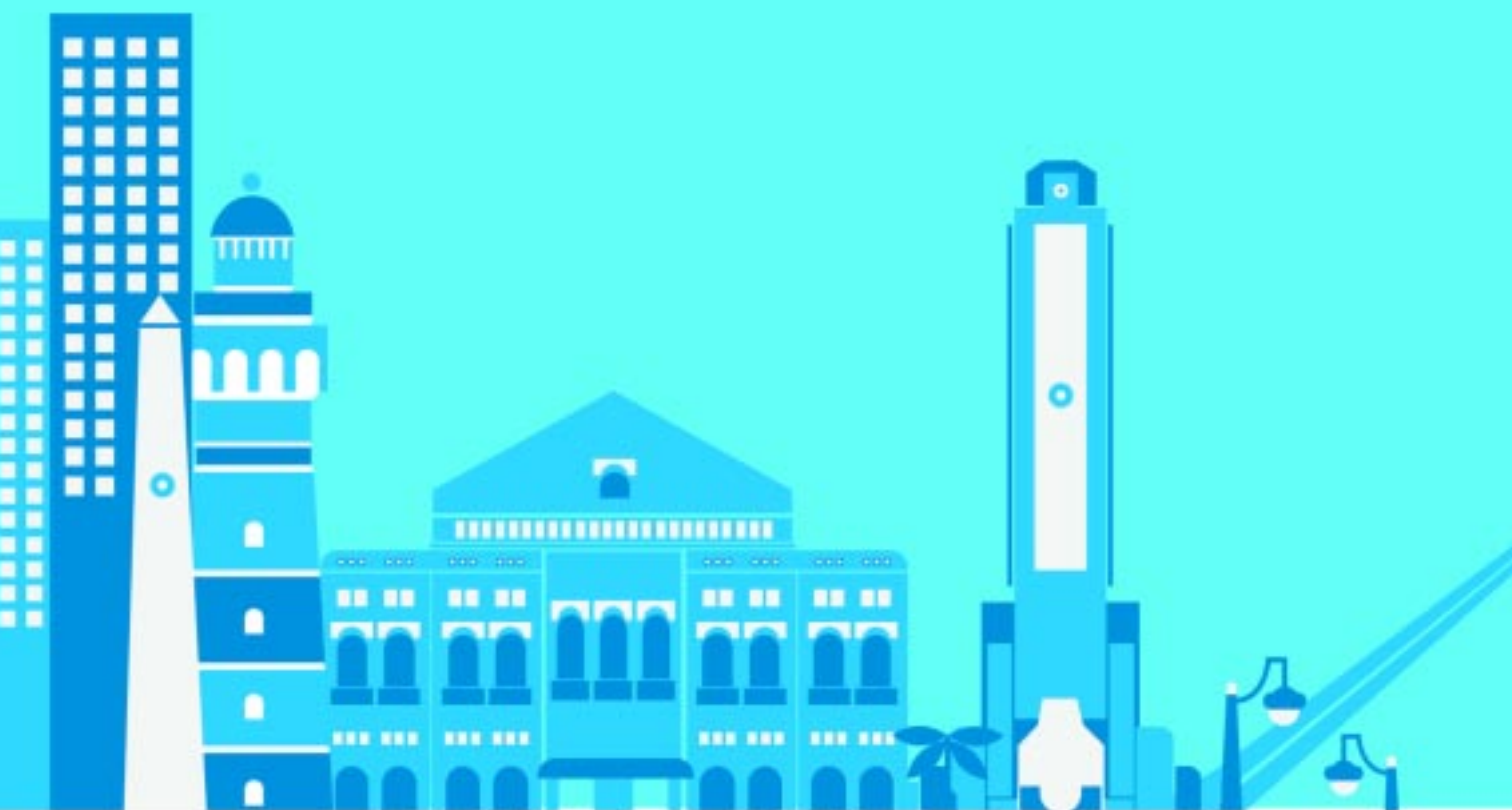
Además, tuvo presencia en los siguientes eventos: Cumbre Presidentes Mercosur;
Congreso Nacional Ciencias Políticas; Presidenta de la Nación Visita Provincial;
Congreso Nacional de Historia; entre otros.



andar

29 DELEGACIONES

Más allá de la distancia,
Su salud nuestro compromiso.



Obra Social de Viajantes Vendedores
de la República Argentina

0800-345-*andar* (26327)
www. andar.org.ar

Usted y Nosotros. **UNA SOCIEDAD SALUDABLE.**



Usted Nosotros

mejora su propuesta de servicio,
ofreciendo al usuario asistencia al viajero
y acceso a la mejor atención de salud en todo el mundo.

ofreceremos el respaldo y la experiencia
de la empresa líder mundial en asistencia al viajero,
con especial foco en salud privada y seguridad social.

LLAME HOYAL
0 800 122 2774
y contacte a su ejecutivo ASSIST-CARD

**DIVISIÓN
SA+UD**
ASSIST-CARD

 **ASSIST-CARD**
THE TRAVEL CARE COMPANY

Suipacha 1111 - Piso 9º - Ciudad de Buenos Aires - Argentina - CP 1008 - divisionesalud2@assist-card.com.ar - www.assist-card.com - 0800 122 2774

Consulte condiciones de contratación en www.assist-card.com. Las condiciones generales a las que se limita ASSIST-CARD están a disposición del público en los locales de venta y se brindan al cliente en el momento de la compra. Las enfermedades preexistentes tienen exclusiones y limitaciones en los beneficios. Consulte las que corresponden al producto por usted elegido.

Más cerca de tu Salud



*Líder en medicina familiar
Sanatorio propio de alta complejidad
Centros médicos propios en todo el país
Tecnología de avanzada
Amplia cobertura*

0 800 222 0123

www.construirsalud.com.ar

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



Más servicio significa más tiempo para usted.

nexo

Medifé 

Ahora usted cuenta con Nexo Medifé, la herramienta que permite a los profesionales de nuestra cartilla acceder a información y novedades durante las 24 horas, los 365 días del año.

Un servicio creado para que con un solo click pueda recibir información profesional, obtener beneficios exclusivos y operar de forma sencilla con Medifé.

Ingresa en: **medife.com.ar/prestadores**

También acceda desde su smartphone.

Complete el formulario con sus datos, recibirá por e-mail el usuario y contraseña para comenzar a operar con Nexo Medifé.

III SEMINARIO INTERNACIONAL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE, RESONANCIA MAGNETICA Y PET-CT

26 -27 AGOSTO
HILTON PUERTO MADERO

BUENOS AIRES, ARGENTINA

DIRECTORES DEL SEMINARIO:

Dr. SANTIAGO E ROSSI, Dr. JEREMY ERASMUS

Conferencistas extranjeros confirmados

Dr. Jorge Soto (Boston University, EE.UU.)

Dr. Jeremy Erasmus (Md Anderson Cáncer Center, EE.UU.)

Dr. Sanjeev Bhalla (Washington University, EE.UU.)

Dr. Perry Pickhardt (University of Wisconsin, EE.UU.)

Dra. Edith Marom (Md Anderson Cáncer Center, EE.UU.)

Dra. Christine Menias (Washington University, EE.UU.)

Dr. Antonio Luna (España)

Conferencistas Nacionales

Dr. Santiago E. Rossi (Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi)

Dr. Mariano Volpacchio (Centro de Diagnóstico Dr. Enrique Rossi)

Dr. Claudio Bonini (Centro Diagnóstico Médico Oroño, Rosario)

INSCRIPCION

CON RECONFIRMACION DE ACEPTACION

seminariocdrossi@cdrossi.com

WWW.CDROSSI.COM





Clínica Bazterrica inaugura la primera Sala Híbrida de la Argentina.

Porque para nosotros su salud siempre está primero.



Equipo médico de Terapéutica Endovascular.
Jefe de Servicio: Dr. Jorge H. Leguizamón.

La Clínica Bazterrica cuenta con la primera Sala Híbrida de la Argentina, que es, además, la primera en Latinoamérica diseñada por Philips bajo los parámetros de la European Society of Cardiology.

Equipada con tecnología Philips de avanzada, combina los procedimientos más complejos de Terapéutica Endovascular con un quirófano de última generación.

Una innovación que, como siempre, apunta a seguir brindando el mejor servicio a sus pacientes.

Billinghurst y Juncal • 4821-1600



Precisión

al Servicio de
la Salud



VIDT CENTRO MEDICO

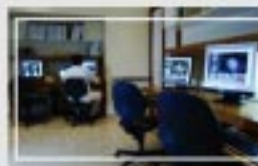
Excelencia en Terapia Radiante

INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT.
Micro - Radioterapia Corporal - SBRT.
Radioterapia Conformacional Tridimensional
Radiocirugia
Radioterapia Estereotáxica
Acelerador Lineal
Total Skin.
Total Body.



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001: 2008



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



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.

Plan Médicos

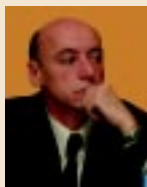
Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(*) Accede a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica

 **SMG**
SEGUROS
UNA COMPAÑÍA DE SWISS MEDICAL GROUP

Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a consultassmgseguros@smg.com.ar / www.smgseguros.com.ar

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
redaccion@revistamedicos.com.ar
info@revistamedicos.com.ar
revistamedicos@gmail.com

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Yamila Bêgné
(Redacción),
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: Sol Print Soluciones Gráficas, Araoz de Lamadrid 1920 - Capital Federal.

SUMARIO

14 Grageas

20 Opinión

Regulación de las
Empresas de Medicina
Prepaga: ¿No se supo,
no se quiso o no se pudo
lograr una Ley distinta?

22 Festejos

FECLIBA celebró
su 55º Aniversario



24 Voces

Redes asistenciales e
iniciativas provinciales

26 Columna

La era de la red

28 Prepagas

Regulación...
¿y después?



32 Opinión

Reglamentar la Ley
de Prepagas
Una oportunidad para
construir un modelo
argentino de salud

34 Aniversarios

La Mutual:
Diez años de prevención

38 Columna

Prevención del
Riesgo Médico



42 Opinión

Seguridad del paciente en la
transferencia entre áreas
asistenciales: ¿Qué hacer?

46 Columna

Ley Nacional de Salud Mental
Nº 26.657 (3ª Parte)
¿Que dicen los Magistrados?
Errores reconocidos

48 Opinión

FACTORIAL: el primer paso

50 Opinión

Médicos Municipales
75 años de lucha, democracia
y honestidad gremial



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 e instituciones vinculadas al sistema de salud.



"CREANDO EL PRESENTE,
CONSTRUYENDO EL FUTURO
DEL SECTOR SALUD LATINOAMERICANO"

SEMINARIOS INTERNACIONALES PARA DIRIGENTES Y PROFESIONALES DE SALUD

Coordinadores:

Lic. María Adela Contreras. Dr. Enrique M. Schiavon MD



PROGRAMA The Quality Promise

Auspicia



ALUMNI SILS

Seminarios, Encuentros,
Monitoreo Permanente de
Programas de Calidad en
Latinoamérica.

AGENDA 2011 – 2012

III VISITA ACADEMICA A SAN PABLO, BRASIL Septiembre 2011. Sistema Modular*

Módulo I:

Modelos de Gestión Hospitalaria y Responsabilidad Social.
19 al 21 de Septiembre de 2011.

Módulo II:

Modelos de Educación Médica e Innovación Sanitaria.
22 y 23 de Septiembre de 2011

**(Los participantes pueden inscribirse en uno o ambos módulos.
El módulo II se bonifica por inscripción temprana).*

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH Seminarios en Boston, Ma, EEUU *Vacantes Limitadas*

GESTION DE SALUD EN EL SIGLO XXI
(traducción simultánea al castellano).
12 al 16 de Marzo de 2012.

GESTION ESTRATEGICA DE CALIDAD PARA ORGANIZACIONES DE SALUD
(clases en español o con traducción simultánea al castellano)
14 al 17 de Mayo de 2012.

Bonificación por Inscripción Temprana

Solicitar Entrevista de Admisión al Dr. Enrique Schiavon MD
enriquemschiavon@gmail.com



INFORMES:

www.lidersaludhsph.com.ar info@lidersaludhsph.com.ar Tel. (00 54) 11 15 4949 4775 / 15 6127 8913

UNIVERSAL ASSISTANCE ES LA ASISTENCIA DE LA JUDOKA PAULA PARETO

La empresa de asistencia al viajero Universal Assistance, a través de su alianza con el Círculo Médico de San Isidro, renovó su acuerdo como asistencia oficial al viajero de la judoka Paula Pareto, medallista de bronce durante los últimos Juegos Olímpicos de Beijing.

La marca acordó ser la asistencia en viaje para dicha jugadora y su equipo durante las competencias que asuma en el corriente año, entre las que se cuentan el Mundial de Judo de París y los Panamericanos de Guadalajara, que servirán como una instancia de clasificación para los Juegos Olímpicos de Londres 2012. ■



UNIVERSAL ASSISTANCE JUNTO A IÑAKI URLEZAGA

Universal Assistance es por segundo año consecutivo la asistencia al viajero de Iñaki Urlezaga y su compañía de ballet. Al igual que el año pasado, Urlezaga y su Ballet Concierto viajarán durante sus giras con la protección de Universal Assistance. Asimismo, la empresa nuevamente invitó a sus clientes a disfrutar de sus presentaciones, La Traviata en el Teatro Argentino de La Plata y Carmina Burana e Iñaki & Tango en el Teatro Nacional Cervantes durante el mes de junio y julio, en su calidad de sponsor de las mismas. ■

UNIVERSAL ASSISTANCE LE DA LA BIENVENIDA A UAI SALUD

Por este medio, Universal Assistance saluda a UAI Salud, prestigiosa empresa de medicina prepaga, con la que en el mes de marzo realizó un acuerdo para brindar el servicio de asistencia al viajero para sus afiliados. Asimismo, le da la bienvenida a sus afiliados, quienes serán los beneficiarios del servicio de asistencia al viajero con cobertura en la Argentina y países limítrofes. Para mayor información sobre los alcances del servicio visitar la web de UAI Salud: www.uaisalud.com.ar ■



TPC INAUGURO UN NUEVO CENTRO DE ATENCION



La Compañía de Seguros TPC inauguró un nuevo espacio corporativo en el complejo Office Park Plaza de Pilar en la provincia de Buenos Aires.

En este nuevo Centro de Atención los Productores de Seguros de zona norte recibirán el asesoramiento personalizado y un acompañamiento profesional en sus gestiones comerciales, además de poder realizar allí gestiones administrativas y de suscripción con la Compañía.

El evento de apertura se realizó el jueves 9 de junio en el distinguido Restaurante Don Giovanni del Sheraton Pilar, donde el Gerente General de TPC, Fernando Gómez, presentó al nuevo equipo que liderará las oficinas de Pilar y les deseó en representación de toda la Compañía buenos negocios y éxitos en la gestión. ■

LIBROS: EL SISTEMA DE SALUD - DE DONDE VIENE Y HACIA DONDE VA

Autor: Hugo E. Arce. Médico y sanitarista. Cumplió funciones directivas en Obras Sociales, empresas de medicina prepaga, establecimientos públicos y privados, redes de servicios de salud y organismos estatales.

Contenido: El eje de este libro es la política sanitaria y social. Encara aspectos técnicos, incluyendo comentarios políticos y económicos, ya que éstos humanizan y dan calor histórico a los aspectos técnicos. Admite el autor que la mayor parte de las determinantes sociales se encuentran más allá del alcance de las acciones sanitarias: dependen de las decisiones políticas de distribución de la riqueza en sentido progresivo. Emplea un lenguaje simple y directo, sin evitar datos estadísticos, procurando un texto útil tanto para expertos, como para personas ajenas al sector Salud. ■

MANZUR: "EL TRABAJO INFANTIL ES UNA ENFERMEDAD QUE HAY QUE ERRADICAR"

El Ministerio de Salud de la Nación conformará una base de datos para efectuar el seguimiento, monitoreo y asistencia integral de los niños, en el marco de un convenio para la erradicación del trabajo infantil que suscribió con la cartera de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. La misma se hará a través del establecimiento de un circuito de notificación obligatoria por parte de los equipos de salud, que deberán informar las lesiones o daños vinculados a situaciones de trabajo que pudieran presentar los chicos que acuden a las consultas.

El acuerdo fue rubricado por el Ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur, el titular del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Carlos Tomada, y la Presidenta de la Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (CONAE-TI), María del Pilar Rey Méndez, en el marco del 13° Encuentro Nacional de Co-



misiones Provinciales para Prevención y Erradicación del trabajo infantil, que este año tiene como lema "Todo trabajo infantil es peligroso para la salud". ■



GRAND SLAM DE DIAGNOSTICO MAIPU

Diagnóstico Maipú, centro líder en el diagnóstico por imágenes para servicios de baja, mediana y alta complejidad, organizó el Grand Slam Diagnóstico Maipú 2011. Un evento pensado exclusivamente para médicos traumatólogos, quienes pudieron disfrutar del buen tenis. El torneo se realizó en La Horqueta Tennis Club, el pasado jueves 9 de junio con el objetivo de presentar el nuevo equipamiento adquirido para el Servicio de Resonancia Magnética de la institución. La noche comenzó con una clínica de tenis a cargo del ex tenista profesional y actual comentarista deportivo, Javier Frana. Luego, se llevó a cabo un torneo de dobles, donde las duplas ganadoras fueron:

1° PUESTO: Dr. Federico Salas y Dr. Alejo Vernengo Lezica.

2° PUESTO: Dr. Pablo Cesetti y Dr. Juan Carlos Zita.

3° PUESTO: Dr. Alejandro Sarmiento y Dr. Eduardo Zancoli. ■

NOTICIAS ADMIFARM GROUP

Cocktail para clientes

El 31 de mayo, Admifarm Group S.A., organizó su ya tradicional After Office "relax" para clientes y proveedores, en un restaurante de Palermo. Hemos compartido con amigos, clientes y personal de la empresa un grato momento de esparcimiento. ■

Torneos de Golf Admifarm Group

El sábado 16 de Abril, se organizó un nuevo Torneo de Golf "ADMIFARM GROUP" en el Pilar Golf. Gracias a todos los colegas y amigos por compartir un excelente día al aire libre y acompañarnos una vez más. ■





XIV CONGRESO Argentino de Salud

"La salud en los extremos de la vida"

ORGANIZADO POR



Sheraton Hotel Mar del Plata
Salón Vélez Sarfield
Leandro N. Alem 4221 - **MAR DEL PLATA**

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Av. Leandro N. Alem 1067 - Piso 12 - C1001AAF - Buenos Aires
Tel.: 0810-333-3673 - Fax: (011) 5371-6320
Horario: lunes a viernes de 12 a 19 hs.
www.acami.org.ar
www.fundacionosde.com.ar

ENTREGA DE CERTIFICADOS - INSCRIPCIÓN LIBRE Y GRATUITA

15 DE
SEPTIEMBRE 2011



XIV CONGRESO ARGENTINO DE SALUD
"LA SALUD EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA"

MEDIFE LANZO UN SITIO PARA SUS PRESTADORES Y MEDICOS, CON BENEFICIOS, INFORMACION, AGENDA Y BIBLIOTECA ONLINE



Medifé, empresa de medicina prepaga de alcance nacional, lanzó "Nexo", un espacio de encuentro online especialmente dedicado a los médicos y profesionales de la salud donde encontrarán información útil y novedades para operar con Medifé.

El objetivo de "Nexo" es que los médicos tengan una conexión rápida y directa con Medifé con el fin de que accedan a toda la información necesaria, como pagos, niveles de autorización, manual farmacéutico con descuentos y actividades de formación profesional, entre otras.

Dado el constante interés que tienen los médicos por mejorar su práctica profesional, "Nexo" dispone de una biblioteca on line con novedades científicas, agenda con congresos y actividades relevantes y novedades. "Nexo" tiene también una versión para smartphones que permite un acceso rápido a los principales contenidos desde su celular.

Para acceder, los profesionales y las instituciones que trabajan con Medifé deben ingresar a www.medife.com.ar/ prestadores y completar el formulario con sus datos, recibirán por email el usuario y contraseña para comenzar a operar con Nexo Medifé.

De este modo, Medifé se traslada al consultorio de los médicos para estar más cerca de ellos. ■



CONGRESO REUNE A ESPECIALISTAS EN DIAGNOSTICO POR IMAGENES

El 26 y 27 de agosto se realizará el III Seminario Internacional de tomografía computada multislice, resonancia magnética y PET-CT.

El encuentro reunirá a científicos nacionales y extranjeros, que abordarán diversos tópicos vinculados con el diagnóstico por imágenes.

Aparato digestivo, hígado y vías biliares, páncreas, colon y tórax, integran la extensa e interesante lista de temas que se tratarán durante el seminario.

Entre otros, asistirán los Dres. Jorge Soto (Boston University), Christine Menias y Sanjeev Bhalla (ambos de Washington University), Perry Pickhardt (Wisconsin University) y Santiago Rossi y Mariano Volpacchio (ambos del Centro de Diagnóstico Dr. E. Rossi).

La cita es en el hotel Hilton. Inscripción con reconfirmación de aceptación en: seminariocdrossi@cdrossi.com ■

EN CASA CUMPLE 20 AÑOS

En Casa es una institución de internación domiciliar que funciona en Argentina desde 1991 y está integrada por un equipo de profesionales especializado en este modelo de atención.

Con el objeto de estimular la investigación científica entre los integrantes del equipo de salud, así como contribuir al desarrollo científico en dicho ámbito, En Casa realizará un concurso durante el mes de noviembre abierto para todos aquellos profesionales que deseen participar.

Habrán dos categorías: Enfermería en Internación Domiciliar y Internación Domiciliar y un premio de \$5.000 para el primer puesto en cada categoría.

Dado que el objetivo de este concurso es el estímulo a la investigación en Internación domiciliar, En Casa proveerá apoyo metodológico para la construcción del proyecto.

En la misma línea, si alguno de los proyectos tiene alguna deficiencia metodológica, En Casa ofrecerá a los autores asesoramiento para subsanarla.

Para poder participar del concurso se deberán enviar las investigaciones en sobre cerrado a Cuba 1833, 5º piso, CABA (C1428-AEA).

El cierre de inscripción es el día 1 de octubre. Para mayor información enviar un mail a: info@encasa.com.ar ■



NUEVO PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO CON SIMULADORES

El Instituto de Medicina Cardiovascular del Hospital Italiano de Buenos Aires inició su programa de instrucción basado en simuladores, para el entrenamiento de los médicos especialistas en formación.

Los simuladores imitan el funcionamiento del cuerpo humano cuando se le realiza una angioplastia o un cateterismo diagnóstico. Mediante esta sofisticada tecnología, los médicos pueden exponerse a

las más variadas y complejas circunstancias y dificultades, analizar las soluciones y medir las reacciones y las destrezas.

El entrenamiento posibilita optimizar y sistematizar el proceso de entrenamiento de los médicos que realizan intervenciones coronarias. La capacitación exhaustiva y la posibilidad de prever diversas situaciones, que podrían darse en un procedimiento real, permite alcanzar el mayor grado de preparación.

En la década del 30, la navegación aérea era la actividad humana de más riesgo. Hoy es una de las más seguras gracias a la sistematización de todos sus procesos y de un cuidadoso sistema de entrenamiento. Los check lists y los simuladores de vuelo fueron los elementos clave para lograr un mayor nivel de seguridad. Este procedimiento, trasladado a las operaciones médicas, ha llevado la calidad de las intervenciones a su máximo nivel. ■

NUEVO CPO HEAD DE NOVARTIS ARGENTINA



Andrés Graziosi ha sido designado nuevo CPO Head de Novartis Argentina, en reemplazo de Jim Harold quien asumió como Director Regional de Novartis Vacunas para América Latina.

Andrés Graziosi comenzó su carrera en la compañía en el año 2003 como Gerente de Contabilidad y Reportes y a partir de 2005 lideró con éxito las operaciones del área de Comercialización. En 2006 incorporó a sus funciones la Dirección de la Unidad de Negocios de Ophthalmics y Productos Maduros y, a la vez, fue nombrado Director de Market Access para Latinoamérica en carácter ad interim. En septiembre de 2007 se trasladó a la casa matriz de Novartis en Basilea, Suiza, para asumir la gerencia global de un producto del área Ophthalmics. Posteriormente fue promovido a la posición de Director Comercial de Latinoamérica, que ocupó hasta este nombramiento.

Andrés Graziosi es Contador Público Nacional y cursó un Máster en Economía y Administración de Empresas en la Escuela Superior de Economía y Administración de Empresas (ESEADE). ■



Valores asegurados

En TPC sabemos que Confianza y Seguridad son valores irremplazables para construir su futuro profesional con tranquilidad.

TPC es la compañía especialista en **praxis profesional médica** que le brinda las coberturas y el servicio que usted necesita.

TPC es la compañía que asegura sus mejores valores.



COMPAÑÍA DE SEGUROS

Av. Belgrano 634, Piso 9
1092AAT - Buenos Aires, Argentina.
Tel. (54.11) 4876.5300
Fax (54.11) 4876.5320
info@webtpc.com

CALIFICACIÓN



Evaluadora
Latinoamericana S.A.



www.webtpc.com

GALENO INAUGURO NUEVAS SUCURSALES

En el mes de abril GALENO inauguró la Nueva Sucursal Concordia, Venado Tuerto y Mendoza en el Interior del país. GALENO sigue marcando el rumbo en la calidad médica de nuestro país. Y continúa con una gran expansión nacional, vamos a llegar más lejos: en nivel de servicio, en excelencia médica y en infraestructura sanatorial.

GALENO es la empresa de Salud con la mayor infraestructura sanatorial propia. Cuenta con cinco Sanatorios Propios de primer nivel, tanto en confort y hotelería como en calidad médica que cubren todas las especialidades con Tecnología de avanzada. Sanatorios de la Trinidad Palermo, Mitre, Quilmes, San Isidro y Sanatorio Dupuytren y Seis Centros Médicos propios, Centro Médico Trinidad Quilmes, San Isidro, Barrio Norte, Trinidad Medical Center Palermo, Mitre y Consultorios Externos del Sanatorio Dupuytren. ■



CONCORDIA



MENDOZA



VENADO TUERTO

EL TREN-HOSPITAL ALMA ATENDIO 1.000 CHICOS EN JUJUY



El Tren-Hospital para Chicos de la Fundación ALMA llegó en junio, a Pampa Blanca y Maquinista Verón, en la provincia de Jujuy. Desde

1980, el Tren ALMA presta un servicio gratuito de atención primaria de la salud y educación sanitaria a cargo de un Equipo de Salud rotativo, integrado por voluntarios, en pequeñas localidades del norte argentino.

En mayo pasado, en pleno monte, al este de la provincia de Salta, el Tren-Hospital ALMA atendió a 949 chicos, en Gral. Pizarro y Coronel Mollinedo. Fue un viaje que aportó, al menos, dos novedades: la incorporación de dos pueblos a la atención gratuita, y el primer contacto de los voluntarios con la comunidad wichi. Veinte chicos de este pueblo originario pasaron por los consultorios del Tren-Hospital. ■

UN MATERIAL INNOVADOR PARA BOLSAS DE DIALISIS PERITONEAL: BIOFINE®

Con el fin de minimizar los potenciales riesgos que los materiales plásticos a base de PVC pudieran ocasionarles a los pacientes en diálisis y al medio ambiente, Fresenius Medical Care ha desarrollado un nuevo material con características especiales, el Biofine®. Este material pertenece al grupo de las poliolefinas, polímeros constituidos por átomos de hidrógeno y de carbono.

A través de la utilización de varias capas de este material se consigue la flexibilidad y la transparencia necesarias sin requerir la utilización de plastificantes eventualmente tóxicos.

Un paciente en diálisis peritoneal utiliza alrededor de 120 bolsas con solución de

diálisis al mes, cuyo contenido se infunde en la cavidad abdominal. Las bolsas para diálisis peritoneal de Fresenius Medical Care, son el primer y único producto de este tipo en el mundo fabricado con material Biofine® y ahora disponibles en la Argentina.

El resultado es la obtención de un material de mayor transparencia, menor toxicidad y fácilmente reciclable. Los productos a base de Biofine® no perjudican al medio ambiente y al ser incinerados sólo liberan dióxido de carbono y agua sin liberar ácido clorhídrico o productos reactivos del mismo. ■

SCIENZA ARGENTINA PIONERA EN IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el porcentaje de medicamentos no seguros (robados, adulterados o falsificados) oscila entre el 1% en los países desarrollados y el 30% en los países no desarrollados. El gobierno nacional, anunció la puesta en marcha de un sistema de trazabilidad de los medicamentos. Mediante su implementación, cada empresa o entidad interviniente deberá generar códigos que se incorporarán a la

base de datos del sistema de la ANMAT. Cada caja o unidad de producto tendrá un código propio y único, inmodificable e intransferible. Scienza Argentina, líder en la comercialización, distribución y gerenciamento de medicamentos para tratamientos oncológicos, antirretrovirales, trasplantes y terapias especiales, fue la compañía pionera en implementar el sistema de trazabilidad para los medicamentos en la Argentina en el año 2007. La trazabilidad de los medicamentos es una herramienta indispensable para enfrentar los problemas de falsificación, adulteración, robo y alteración de las condiciones de conservación. Es un sistema de etiquetado inviolable que se aplica a cada medicamento adquirido en este caso por Scienza Argentina y que permite identificar la fecha de adquisición y laboratorio productor. Asimismo, dicho código de trazabilidad permite conocer la fecha y destinatario efectuada por Scienza Argentina. El sistema de trazabilidad implementado por la Empresa es auditado por una compañía externa con el fin de otorgarle transparencia y credibilidad al procedimiento. ■



SE INAUGURO LA DELEGACION DE LA S.S.SALUD EN NEUQUEN

El Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Ricardo Bellagio, inauguró una nueva delegación de la Superintendencia, en la ciudad de Neuquén.

La nueva sede ubicada en Avenida Argentina 1075 -Monoblock PB- tiene como objetivo brindar asesoramiento inmediato en la provincia de Neuquén y localidades vecinas para facilitar a los beneficiarios de las obras sociales nacionales la realización de consultas y reclamos sobre diferentes temas como: cambio de obra social, cobertura prestacional, discapacidad. Además, los prestadores también pueden acercarse para canalizar sus consultas y trámites. En la ciudad de Neuquén hay 230.000 beneficiarios de las obras sociales pertenecientes al sistema de la seguridad social mientras que en el país "son 19 millones de beneficiarios que se encuentran incluidos en este sistema solidario que hay que continuar fortaleciendo", sostuvo el Superintendente. El funcionario señaló la importancia de trabajar en conjunto para la descentralización, resolviendo los problemas de los beneficiarios de obras sociales que viven en Neuquén y localidades vecinas desde esta delegación. ■



La Clínica Santa Isabel se enorgullece de obtener una nueva acreditación de ITAES.



Por su infraestructura y tecnología de avanzada, y por su excelencia profesional y humana, la Clínica Santa Isabel recibió una nueva acreditación plena de ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud). Una excelente noticia para festejar en su 50° Aniversario.

Una Clínica en permanente crecimiento e innovación:

- 300 profesionales.
- 160 camas.
- 29 camas en Terapia Intensiva.
- 9 consultorios y 7 camas en Guardia, además de su moderno shock room.
- 6 quirófanos con equipamiento de última generación.
- 5 plantas de internación.



Clínica Santa Isabel

50 Años de Vida





Regulación de las Empresas de Medicina Prepaga: ¿No se supo, no se quiso o no se pudo lograr una Ley distinta?

Por el Dr. Héctor Barrios
Director de Towers Watson

Sin duda alguna que es cierto aquello que "con el diario del lunes es fácil hablar de los resultados de las carreras del domingo"... pero, a pesar de eso, no faltan las crónicas hípicas... así que vamos a recoger opiniones –y a sumar la nuestra naturalmente– sobre las causas que generaron y que culminaron con la actual estructura de la ley.

En primer término señalemos que es una norma legal que, desde el punto de vista estrictamente técnico... es estrictamente política. Basta analizar las votaciones de ambas Cámaras del Congreso de la Nación: Senadores: 59 Votos a favor, ninguno en contra; Diputados: 190 votos a favor, ninguno en contra y 29 abstenciones.

Ahora bien, ¿qué es lo que llevó a esta situación?

En todo el mundo, cuando se refieren al sector de las empresas dedicadas a la salud, se lo denomina "la industria" y a ella nos vamos a referir en adelante.

En mi opinión tal vez se ha tenido un "exceso de pudor" y entonces los propios actores han preferido evitar hablar de la industria. El problema es que, desde la política, una de las formas en que se planteó el proyecto de cara a la sociedad, fue sobre la base de que "no es posible que las empresas lucren con la salud de la gente". Y probablemente la gente haya asimilado esto. Cuando uno habla con alguien que no está en la actividad de la salud, el comentario que recibe es que se ha hecho justicia, que se le ha puesto coto a los abusos de las empresas del sector (mejor ni hablar de la opinión de la gente sobre aquello que establece la nueva norma respecto de que no se permitan las exclusiones por preexistencias o por razones de edad: la gente está encantada!... mientras todos sabemos que eso hará inviable el sistema!).

Ahora bien, nadie duda que los medicamentos estén relacionados con la salud de la gente, así como nadie duda en hablar de la industria cuando se refiere a los laboratorios. Y si bien éstos han tenido más de un planteo a nivel internacional y a nivel local sobre el tema costos, precios, comercialización, etc. etc., la industria de los medicamentos no ha cesado de instalar en la opinión pública la idea que la investigación y la inversión que llevan adelante, es la que posibilita salvar vidas, curar las enfermedades y lograr que el ser humano viva cada vez más.

Volviendo a nuestra idea central, ¿no faltará instalar en la sociedad la idea que la inversión de la industria de la salud debe tener una rentabilidad y que por lo tanto, es lícito que se gane dinero? Que es una industria y por lo tanto debe tener rentabilidad para seguir

prestando el servicio que da. Y en esa dirección quisiera formular una pregunta: la mayoría de los 59 Senadores y los 190 Diputados que votaron el proyecto, y quien promulgó la ley ¿dónde imagina usted que se atienden, en el Hospital Público o en el sector privado?

Quiere decir que probablemente hemos tenido un grave problema de comunicación, cómo comunico claramente a los demás qué me pasa o qué me va a pasar. Y creo que aquí, en mi opinión, tampoco ha sido muy feliz el proceso.

Retomando la analogía con la industria de los medicamentos ¿cuántas personas del gran público conocen a los Bagó, a los Roemmers o a los CEO de los laboratorios extranjeros? Posiblemente muy pocos. Y sin embargo, a nadie le caben dudas que defienden sus intereses. ¿Tal vez no habrá faltado unificar la comunicación de la industria de cara a la sociedad y a los medios? "Alguien" que hubiera logrado influir más en la percepción de la gente sobre el problema? No lo sé... me lo pregunto.

Lo que no necesito preguntarme es si ¿en algún lugar del mundo existe una cobertura médica como la que se brinda en la Argentina en términos del alcance que tiene y del precio que se paga por ella? La respuesta es obvia, en ninguno. ¿La gente sabe esto? ¿Sabe que con la nueva Ley ese privilegio puede terminar?

Probablemente deberá pensarse en una campaña de Comunicación permanente; habrá que invertir en esto, de la misma forma que todos los sectores lo hacen.

Otro tema es encontrar las razones por las cuales la industria no llevó la iniciativa en materia de sanción de la ley. Alguien me señaló que una de las cosas que influyeron en esta actitud fue el "así estamos bien" (que circuló precisamente...hasta que se sancionó la ley). Puede que sea lógico; esto se parecía bastante al "allí viene el lobo"...hacia 20 años que escuchábamos hablar que se iba a regular a la industria, y todo seguía igual. Es evidente que no hubo un proyecto propio de la industria.

Lo difícil de entender es por qué, de cara a la Reglamentación de la Ley, no haya un proyecto conjunto en la materia. ¿Que cada Cámara tiene intereses diferentes? Probablemente. Pero esta tormenta encuentra a todos los actores en un único barco.

Aprendiendo de lo que ya pasó, creo que se deberán resignar intereses sectoriales, trabajar sobre lo que es común a todos, olvidando aquellas cosas que diferencian y lograr el consenso antes que nuestros políticos den la estocada final y se pierda lo logrado hasta ahora.

Así de simple y así de serio. □



**A LA INVESTIGACIÓN
LA ACOMPAÑAMOS CON PROTECCIÓN.**

COBERTURA PARA LA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA



RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL

PRUDENCIA
Seguros



FECLIBA celebró su 55° Aniversario

En extensas jornadas realizadas el 12 y 13 de mayo, la red de establecimientos asistenciales privados de excelencia en la Provincia de Buenos Aires, concretó importantes convocatorias que se desarrollaron en el marco de su quincuagésimo quinto aniversario.

FECLIBA cumplió el día 2 de mayo 55 años transcurridos desde su creación y lo celebró con dos eventos. El 12 de mayo a modo de agasajo y de compartir tan festivo acontecimiento, en el Salón Auditorio de FECLIBA, se reunieron los representantes de las Asociaciones de Establecimientos asistenciales, que integran la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales -CONFECLISA- y la Cámara Argentina de Empresas de Salud -CAES-, bajo la égida de ARGENTINA SALUD COMUNIDAD, oportunidad en la que líderes en las políticas y doctrinas de la actividad, expusieron el pensamiento de las Entidades, formulando propuestas para que se apliquen, según algunos aportes, las disposiciones legales y medidas dictadas y adecúen o modifiquen las reglamentaciones y mecanismos vigentes, para generar una mayor accesibilidad de toda la población a los servicios de salud del mejor nivel posible, cumpliendo los principios de universalidad, igualdad y uniformidad a la que tiene derecho toda la población, sin discriminación o exclusión.

Al día siguiente, disfrutando del majestuoso ambiente que conforma el Salón Dorado de la Municipalidad de La Plata y para compartir los actos celebratorios de la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales

y Otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires se realizó la Jornada Internacional de Líderes "Aportes para la Reforma en Salud" a la que asistieron más de 400 personas y en la que participaron el intendente de la Ciudad de La Plata, Dr. Pablo Bruera y el presidente del Instituto de Obra Médico Asistencial -IOMA- Dr. Antonio La Scaleia. Se sumaron asimismo funcionarios provinciales y del IOMA, legisladores, representantes de Entidades afines y el Consejo Directivo y Empleados de la Federación central y de sus diez Distritos.

El presidente de FECLIBA, Dr. Héctor Salvador Vazzano, dio la bienvenida y en su discurso hizo un relato sobre quienes participaron de la fundación, los fines, propósitos y principios de la Federación y una pormenorizada mención a la actividad desarrollada desde su inicio, consistente no sólo en la representación y defensa de la actividad médico asistencial y de sus establecimientos, sino de todo el accionar en la búsqueda de optimizar el funcionamiento del sector, y su relación con las autoridades, los miembros entre sí, la relación con otras entidades y fundamentalmente la intervención en la creación de otras instituciones y centros, destinados a buscar el mejor nivel prestacional

y la acreditación de todos los efectores del Estado y privados, como el mejor modo de dar la mayor seguridad a la población en el cuidado de la Salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

Acto seguido, el Dr. La Scaleia brindó una enjundiosa conferencia, refiriendo a la problemática de las acciones de salud y a la actividad que desarrollan la COSSPRA y el Instituto ambos bajo su Presidencia.

A continuación un panel internacional integrado por los Dres. Carlos Garavelli, Director Regional de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social para el Cono Sur -OISS-; José Soto Bonel, Presidente de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud -OIPSS-; Rubén Torres, Asesor Principal en Gobernanza de Salud, Política y Planificación del Área de Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud -OPS- y el Sr. Norberto Larroca, Presidente de la Federación Latinoamericana de Hospitales -FLH- y coordinado por el Dr. Juan Carlos Linares, Miembro del Consejo de Gobierno de la Federación Internacional de Hospitales -FIH-, abordó el tema de ambas jornadas "Aportes para una Reforma en Salud" y a su terminación, los Dres. Gustavo Mammoni Presidente de CONFECLISA y Antonio Burqueño Carbonell, Director General de Hospitales de la Consejería de Sanidad, Comunidad Autónoma de Madrid dieron una semblanza de las conclusiones sobre lo disertado en las jornadas del jueves 12 y el viernes 13 por tan solventes y experimentados participantes.

Ambas jornadas culminaron con una cena, la primera de camaradería en un restaurante de la ciudad de La Plata y la segunda con una reunión social realizada en el Salón René Favaloro del Jockey Club de La Plata, que convocó a 250 personas, entre ellas a funcionarios, delegados de Entidades, y otras autoridades representativas del sector. □



Palabras de bienvenida del Presidente de FECLIBA, Dr. Héctor Vazzano.



Dres. Antonio La Scaleia, Pablo Bruera y Héctor Vazzano en la apertura de la jornada.

CUMPLIMOS
20 AÑOS
Y NOS ENCANTARÍA
TIRAR LA CASA
POR LA VENTANA,
PERO COMO NO PODEMOS,
ORGANIZAMOS
UN CONCURSO
CIENTÍFICO.

Categoría 1: Enfermería en Internación Domiciliaria.

Categoría 2: Internación Domiciliaria.

Premio: \$5.000 para el primer puesto en cada categoría.

Envío de material: Cuba 1833, 5 piso, CABA (C1428 - AEA).

Cierre de inscripción: 1-10 -11

Para más información: info@encasa.com.ar

20 en casa
Años
Internación Domiciliaria



Voces

Redes asistenciales e iniciativas provinciales

Por Carlos Vassallo – Profesor y Consultor Economía y Gestión de la salud - vassalloc@gmail.com

La organización de redes prestadoras que integren niveles asistenciales y que cuenten con una estrategia conjunta para mantener y recuperar la salud de la población es necesario que vuelva a estar en la agenda política. La medicina está cambiando y lo hará mucho más en los próximos años que en los últimos 40 y esta situación planteará problemas de todo tipo, de acceso en primer lugar y encarecimiento.

Los argentinos debemos perder el miedo a que trabajen juntos la iniciativa privada y pública en el sector salud. Nuestra oferta privada de servicios de salud (con o sin fines de lucro) es importante, en su mayoría tiene calidad y trabaja para mejorar en la medida que las aseguradoras se involucran con la demanda de los beneficiarios. Todavía las aseguradoras no se han decidido a realizar un movimiento destinado a sentar las bases de una acreditación que separe la paja del trigo, que seleccione en forma correcta quienes son los proveedores que deben permanecer en el mercado y premie la gestión, la calidad y el manejo racional de los recursos.

Respecto del sector público todavía vive respecto de la calidad ciertas contradicciones dado que no se anima a plantear un verdadero programa de calidad en forma independiente de la propiedad. El problema mayor son los hospitales públicos que son fortalezas donde los intentos de mejoras se repelen dado que pueden generar zozobra en el statu quo en el cual se brinda el proceso de atención de la enfermedad.

Los profesionales, técnicos y empleados del sector deben abandonar los dogmas de fe y los fantasmas interiores que impiden un trabajo conjunto del privado y del público. Cualquier intento de acercamiento es alejado con el fantasma de la privatización que se alza como una consigna dogmática. Las nefastas experien-

cias de los años noventa, donde el privado fue para corromper más que para mejorar, permiten que el Estado siga permaneciendo de espaldas y rechazando el necesario proceso de reformas y medidas de eficiencia y calidad que la ciudadanía requiere pero no reclama.

Las provincias argentinas con sus gobernadores a la cabeza tienen una gran oportunidad en los próximos años, comenzar a organizar y trazar las líneas fundamentales de un modelo amplio, integrado y que brinde servicios de salud de calidad y accesibles a todos los habitantes de las provincias. Hospitales, centros de salud, clínicas, sanatorios, consultorios deben ser acreditados primero y luego articulados para brindar los servicios que necesita y requiere la población.

En este sentido la Provincia de Misiones luego de haber aprobado una ley de salud por consenso, está avanzando en un proceso consensuado de reglamentación e implementación del seguro y de los modelos de atención, calidad, gestión y financiamiento que se plantean en la legislación. Las provincias no pueden seguir esperando que la Nación resuelva sus problemas, deben hacerse cargo de la salud de la población y sentar las bases de financiamiento, organización y gestión de la salud. Cuando el primero lo haga, será el innovador y podrá mirar de frente al Ministro de Salud de la Nación y decirle éste es nuestro modelo, vamos hacia allá y requerimos financiamiento específico para cumplir estas metas que serán acordes con las necesidades epidemiológicas y sanitarias de la población provincial. Nadie nos viene a decir lo que debemos hacer, pedimos para hacer las cosas que tenemos planificadas y programadas. Ese día el federalismo habrá dado varios pasos adelante y ese ministro de salud será diferente al resto, que sólo pide recursos sin tener un plan. □



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



Tecnología y pensamiento estratégico coordinado para la atención de la salud

- ☐ ADMINISTRACIÓN DE REDES FARMACÉUTICAS
- ☐ INFORMES ESTADÍSTICOS Y DE CONSUMO
- ☐ AUDITORÍA Y VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS
- ☐ CENTRO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
- ☐ FARMACIAS PROPIAS
- ☐ MANAGEMENT FARMACÉUTICO
- ☐ USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS
- ☐ ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

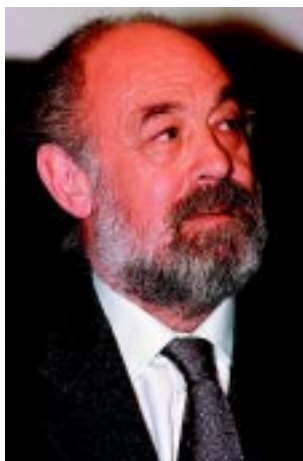


- ☐ profesionalismo
- ☐ innovación
- ☐ experiencia
- ☐ servicio personalizado



ADMIFARM GROUP
SISTEMAS GLOBALES DE SALUD

(5411) 4010-0200 / www.admifarmgroup.com
H. Yrigoyen 1628 Piso 1 Ciudad de Buenos Aires



La era de la red

“La alienación contemporánea es producto de efectuar el trabajo de hoy con las herramientas y los conceptos de ayer.”

Marshall McLuhan

Por el Doctor Ignacio Katz

Ante la fragmentación, articulación. Esa debe ser la consigna a seguir, para que lo que hoy aparece como disperso, se integre en un dispositivo racional y potente, destinado a encarar de la mejor manera la atención de la salud de los habitantes de nuestro país. Articular, integrar, reunir. Esos verbos son fundamentales para una etapa nueva, en la cual se unan las piezas del rompecabezas que es hoy el campo sanitario nacional. Y para poder plasmar esas palabras en la práctica, nada mejor que incorporar la idea de red a nuestro presente.

Hoy en el país, encontramos distintos establecimientos, sin relación entre sí, y, por lo tanto, sin que sean capaces de encarar políticas humanas eficientes. Por lo tanto, para un correcto gerenciamiento del capital biológico argentino, es imprescindible conformar una red de prestadores regionalizada. Es decir, agrupar, de manera racional, y con criterios de eficiencia, a quienes prestan los servicios en salud, de acuerdo al área geográfica de intervención.

La articulación en una red regional asegura la provisión de un volumen y de un tipo adecuado de servicios, permite monitorear los resultados de las acciones clínicas y terapéuticas, y ayuda a obtener los objetivos establecidos de antemano.

En la actualidad, al no existir una normatización y sistematización del accionar médico, ni su correspondiente auditoría y monitoreo por expertos, tenemos un faltante de las siguientes herramientas para la toma de decisiones, dentro del campo médico:

- ✓ La historia clínica única de evolución continua.
- ✓ La ficha técnica de comunicación interprofesional.
- ✓ El certificado de necesidad, solicitud de estudios de diagnóstico y tratamiento.
- ✓ La evidencia científica, con empleo de discernimiento para aplicarlo al caso singular.

Hablamos entonces de crear una red regional de prestadores. Siguiendo con esta idea, también es necesaria una red virtual de profesionales de la salud, que se abastezca de todos los recursos nombrados (historia clínica única, ficha técnica, etc.). Toda la información obtenida gracias a

estas herramientas, conformará una verdadera institución virtual, basada en documentación, informes y debates. Ese gran espacio llegará a constituir una red de valor incomparable de interacción personal, y se sostendrá a partir de una nueva *infraestructura informática* con una “llave estrella” como la telemedicina, en la que se combinan tanto las necesidades de estudio y formación, como las estrictamente curativas.

La actividad de este virtual ciberespacio sanitario en cuestiones de salud sería múltiple y serviría a los tres objetivos básicos de cualquier sistema: prevención, diagnóstico y terapéutica. Los médicos, por otra parte, integran la profesión más necesitada de información permanente y actualización de criterios. La utilización de este recurso informático permitirá evaluar experiencias clínicas, facilitando no sólo corregir errores e investigar nuevos métodos, sino discutirlos al tiempo en que son llevadas a cabo. De lo que se trata, en síntesis, es de lograr un engarce entre sanidad y enseñanza médica, a partir de dicha red.

Esta red virtual permitiría a sus profesionales aprovechar mucho mejor su tiempo y disponer de la experiencia de todos sus integrantes, ya que podrían compartir en forma simultánea o sucesiva la lectura de los exámenes complementarios requeridos. La alta capacidad en la transmisión de sonidos, videos, imágenes y datos, posibilitaría no sólo historiales informatizados, sino también asistencia médica segura.

Vale recordar que cuando Alexander Graham Bell inventó el teléfono pensó que estaba creando un instrumento para ayudar a los sordos. Thomas Edison creyó que la función principal del fonógrafo sería como máquina para el dictado. Johannes Gutenberg con la imprenta de tipos móviles contribuyó a una transformación social por la que el conocimiento dejó de ser el privilegio de unos pocos. En síntesis, toda innovación en el campo de las comunicaciones siempre estuvo teñida de una promesa de ayuda social.

El análisis sistemático de las rutinas y los procedimientos habituales revela considerables variaciones, aparentemente arbitrarias en las decisiones sobre internación, prácticas quirúrgicas, utilización de medios diagnósticos y fármacos,



que no siempre gozan de suficiente consenso profesional. Por lo tanto, tener un espacio reticular virtual es fundamental para establecer líneas de acción comunes, definir protocolos e intercambiar experiencias.

Esta red permitiría la validación científica de la terapéutica, al utilizar los métodos habituales de investigación. En un sentido amplio, estos comprenden estudios sistemáticos sobre las decisiones médicas, las prescripciones, las pruebas diagnósticas y las derivaciones; aplicación de concepciones de calidad de vida relacionadas con la salud; estrategias de información al paciente; la difusión de guías de buena práctica clínica; y la revisión sistemática de ensayos clínicos mediante un monitoreo realizado por expertos.

Volviendo al plano de las redes de instituciones, señalemos que éstas, en tanto integran diferentes establecimientos y recursos humanos, facilitan la accesibilidad a los cuidados de la salud, la coordinación de los servicios y la continuidad asistencial, sobre todo cuando la atención primaria actúa como piedra angular, al ejercer la función de puerta de entrada al sistema a la que se le garantiza un elevado poder de resolución. Pero cuando no existe necesariamente competencia entre redes, o cuando esa competencia es sólo aparente, la capacitación pierde su papel de control en la calidad. Por lo tanto, ésta debe ser evaluada para evitar la posible subutilización de prestaciones, es decir, una disminución de los

costos sobre la base de una reducción en la cantidad y la calidad de los servicios.

Recordemos que una gestión ineficiente puede ser más costosa que la impuesta por la presión asistencial generada por el aumento de una demanda indiscriminada. Las estructuras fragmentadas resultan inadecuadas para el desarrollo de nuevas economías como la que supone el despliegue científico. Y justamente, lo que nuestro país padece, en particular el campo sanitario, es de fragmentación.

Por lo expuesto, es necesario que una nueva gestión incorpore redes con criterios de seguimiento y control en la utilización de los servicios de atención médica, sobre todo teniendo en cuenta que una proporción muy importante de las decisiones de asignación de recursos en los servicios de salud, las toman los propios médicos. En esta maniobra de pinzas de creación de redes, con una institucional y otra virtual, se atacaría con firmeza uno de los grandes males argentinos -duplicaciones y carencias- alimentados por la falta de coordinación y el temor a los cambios. □

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

Inscripciones
2º cuatrimestre 2011



MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

Res. N° 584/09 M.E. Proyecto aprobado por CONEAU

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SALUD AMBIENTAL

Res. N° 1853/08 M.E. Proyecto aprobado por CONEAU

CURSOS

- Almacenamiento, Distribución y Transporte de Medicamentos
- Cuadro de Mando Integral en Salud
- Mediador en Salud
- Dirección estratégica de RRHH
- Infraestructura Física y Tecnología en Salud
- Residuos de Establecimientos de Salud
- Bioética con orientación en clínica e investigación

ISALUD
1991-2011

Venezuela 931 / 847 / 758 - CABA

www.isalud.edu.ar/facebook - [Twitter@UISALUD](https://twitter.com/UISALUD)

5239.4000
www.isalud.edu.ar
informes@isalud.edu.ar

Regulación... ¿y después?

Tras la aprobación en el Senado de la ley de regulación de las empresas de medicina prepaga, es tiempo de reflexionar acerca de lo que viene: su reglamentación y aplicación. Con este espíritu, la Fundación Sanatorio Güemes convocó al Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Ricardo Bellagio, quien participó del debate junto a especialistas del sector, como el Dr. Alberto Curci Castro, el Dr. Gabriel Montero, el Dr. Miguel Stariha y el Dr. Esteban Lifschitz, que analizaron y dieron sus distintos puntos de vista sobre el nuevo marco regulatorio.

Tras la sanción, el 4 de mayo pasado, de la ley 26.682 de Marco Regulatorio para la Medicina Prepaga, lo que había sido motivo de discordia y polémica se convirtió en motor para el debate y la reflexión.

Así ocurrió en la Mesa de Controversia organizada por la Fundación Sanatorio Güemes que llevó por título "Prepagas, ¿sirven?"

El evento reunió al Dr. Ricardo Bellagio, Superintendente de Servicios de Salud, el Dr. Alberto Curci Castro, Gerente Médico de FEMEDICA, el Dr. Gabriel Montero, Gerente de Promoción del Hospital Italiano

de Buenos Aires y Vicepresidente de ACAMI, el Dr. Miguel Stariha, Presidente de la Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección, y el Dr. Esteban Lifschitz, Magister en Gerencia y Administración de sistemas y servicios de salud, quienes, coordinados por el Dr. Mario Lugones, Presidente de la Fundación, intercambiaron perspectivas en relación con la nueva ley a la vez que plantearon posibles direcciones para su reglamentación efectiva.

Luego de una introducción del doctor Lugones, en la que citó algunos de los pasajes del debate entre los legisladores, fue el Dr. Curci

Castro quien abrió la mesa, señalando las contradicciones de la ley 26.682 y los temas que, a su juicio, presentan más problemáticas. Más adelante, el Dr. Stariha reflexionó acerca del impacto que el nuevo marco tendrá en las Obras Sociales de Personal de Dirección. Fue seguido por el Dr. Montero, quien revisó la historia de la seguridad social en la Argentina y puntualizó las razones que llevaron a la sanción de la ley. El doctor Lifschitz, por su parte, realizó un mapeo de cómo se maneja la regulación de las prepagas en otros países y, por último, el Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Bellagio, señaló los puntos positivos de la ley, a la vez que subrayó la necesidad de una reglamentación que no modifique la ley y que apunte a la integración de todo el sistema de salud.

UN ANALISIS DETENIDO

Para introducir el tenor, el coordinador, Mario Lugones, enfatizó que "para todos los que estamos en salud, es importante poder hablar de este tema ya que hay muchas ideas y posiciones distintas". Así, abrió paso a la presentación del doctor Curci Castro, quien comenzó adelantando su posición crítica: "Si bien lo que se decía en ambas Cámaras es que esta ley se hacía para evitar los abusos de las empresas de medicina prepaga con sus clientes, yo tengo la sensación de que trataron de arreglar el sistema de salud a partir de un 10% de la población, que es la que tiene medicina prepaga. Mi opinión es un poco crítica de todo esto", afirmó.

El primer error en el que ha caído la ley, subrayó Curci Castro, está en la definición esquiva que otorga, en su artículo 2, de las empresas de medicina prepaga: "No han definido bien en la ley qué es una entidad de medicina prepaga". La misma incertidumbre, indicó el doctor, ocurre cuando la ley define la autoridad de aplicación: mientras que se establece al Ministerio de Salud como autoridad de aplicación, el artículo 6 prevé la formación de una Comisión Permanente: "Da la sensación de que se genera un doble comando", manifestó.

"El tema de las carencias y las preexistencias, que se aprobó tal como venía de Diputados, es el núcleo central de la ley", puntualizó Curci Castro: "Hablar de carencias ya no tiene sentido, pero las preexis-



Dr. Alberto Curci Castro, Dr. Miguel Stariha, Dr. Mario Lugones, Dr. Ricardo Bellagio, Dr. Gabriel Montero y el Dr. Esteban Lifschitz.

tencias son un problema serio. En este punto, la autoridad de aplicación resolverá la posibilidad de cobrar cuotas adicionales, pero el problema es que no hay ninguna cuota adicional que permita resolver, por ejemplo, enfermedades muy específicas y de altísimo costo”.

Para cerrar su presentación, Curci Castro subrayó la problemática de los costos del sistema que, a su entender, conforma un conflicto para el que la nueva ley no provee respuestas: “En definitiva, el proyecto de Diputados llegó al Senado y salió sancionado con algunos cambios importantes, pero que no modificaron la problemática respecto del costo del sistema.”

EL IMPACTO EN LAS OBRAS SOCIALES DE PERSONAL DE DIRECCION

El doctor Stariha abrió su presentación lamentando que la ley de regulación incluya a las obras so-

ciales de dirección y, además, se propuso “seguir pensando y aportando ideas para que la reglamentación realmente corrija alguna de las cuestiones de la ley, que nos perjudican a los sectores que estamos involucrados”. En primer lugar, el doctor se refirió a la gran cantidad de organizaciones y empresas comprendidas en la ley y al desafío de lograr una buena reglamentación: “Esta ley afecta a un sinnúmero de empresas e instituciones con fines y sin fines de lucro. Va a ser muy difícil, aun con una

buena reglamentación, componer un marco regulatorio que no perjudique al afiliado y que permita que sigamos cumpliendo con los tres pilares: el costo beneficio, la satisfacción del usuario y la eficiencia y eficacia”, indicó. Estos pilares, postuló, son los que persiguen las obras sociales de personal de dirección.

En relación, específicamente, con las obras sociales de dirección, Sta-

riha destacó que “tienen la misma naturaleza jurídica que las sindicales pero se diferencian por aglutinar personal fuera de convenio”. Como algunas de las diferencias entre las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, el doctor mencionó que las primeras no tienen propósitos de lucro mientras que las segundas son entidades comerciales. Además, explicó, “si bien las obras sociales de dirección pueden tomar adherentes, ése no es su objetivo primordial, sino cubrir al personal que está fuera de conve-



Dr. Miguel Stariha, Dr. Mario Lugones y el Dr. Ricardo Bellagio.



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

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



nio: los adherentes son la excepción dentro de la obra social”.

Para reflexionar acerca de cómo impacta la nueva ley sobre las obras sociales de dirección, Stariha admitió que “nos sentimos discriminados por estar incluidos dentro de la ley. No somos una entidad con fines de lucro, que brinde prestaciones lujosas o fuera de lo que es salud”. Además, el doctor remarcó que “esto nos va a demandar una cantidad de esfuerzo mayor para operar por la multiplicidad de autoridades de aplicación” y que “nos afecta la determinación de planes de adherentes y en los planes superadores”. Como conclusión, Stariha enfatizó que las obras sociales de dirección “aportan al fondo de redistribución y, por el hecho de tener un plan superador, según la ley, no van a poder acceder a ese fondo”. Por último, sintetizó el doctor, las obras sociales de dirección deberían estar exceptuadas de la ley por ser asociaciones civiles sin fines de lucro: “Esto debería estar aclarado en la reglamentación”, reforzó.

LAS RAZONES DE LA LEY

El doctor Gabriel Montero, por su parte, indicó, en principio, las excelentes cualidades del sistema de salud nacional: “La Argentina tiene el mejor sistema de atención médica de Latinoamérica, con un gran nivel de integración. Aunque posee problemas, éstos están focalizados y podrían resolverse con medidas efectivas”. Seguidamente, el doctor se dedicó a esclarecer y analizar las controversias y las razones que llevaron a la nueva ley.

Como motivo de la ley, Montero destacó que “es necesario comprender que las leyes no llegan sólo por acción del legislador, sino que tiene que existir un marco cultural, una episteme, un cuerpo conceptual que subyace en la sociedad antes de las acciones”. En el caso de la regulación, especificó el doctor, “esa episteme se basa en los principios básicos de la seguridad social: universalidad, igualdad y solidaridad, valores que están muy arraigados en la sociedad argentina”. Otra de las causas que llevó a la sanción de la ley, según Montero, es “el paradigma reformador legislativo: la necesidad de dar impulso a la gestión a



Dr. Mario Lugones, Dr. Ricardo Bellagio, Dr. Gabriel Montero y el Dr. Esteban Lifschitz.

partir de las leyes”. Tal como explicó, las leyes deben ser suficientes y adecuadas, “sin llegar al ánimo de modificar todo por ley cuando hay herramientas disponibles de gestión”.

Una de las contradicciones básicas de la ley, según Montero, es que “se están poniendo los principios de la seguridad social, que es universal y obligatoria, en un sistema que por definición es voluntario e individual”.

“Queda en la prudencia de los efectores y de los agentes del sistema, concluyó Montero, llegar a una mejor implementación de esta ley; necesitamos participar para que esta ley pueda tener aplicabilidad y que no se transforme en la tumba de este subsistema”.

REGULACION DE PREPAGAS EN EL MUNDO

El doctor Lifschitz se abocó a presentar con qué estrategias encaran otros países un marco legal para la regulación de la medicina prepaga. Lifschitz identificó tres núcleos polémicos centrales de la nueva ley: las preexistencias, las carencias y ajuste de las primas por salto etario.

En relación con las preexistencias, Lifschitz señaló que “en todos

los países se ha coincidido en que no se puede negar la cobertura por preexistencias y se han puesto en marcha herramientas para reducir el impacto de las preexistencias en el financiador”. Por ejemplo, en Australia participa un profesional médico en la definición de la enfermedad preexistente y en Holanda funciona un fondo que financia gastos de enfermedades especiales. Lo mismo ocurre, comentó el

doctor, en Uruguay, donde se separaron las enfermedades de alto costo que, con aportes de las empresas, el Estado se encarga de cubrir.

En el caso de las carencias, Lifschitz señaló que “todos los países definieron que las carencias son problemas graves ante la posibilidad de usar mal el sistema de salud, de afiliarse y desafiliarse”. En Australia, por eso, no está permitido utilizar el sistema para partos hasta haber transcurrido 12 meses de la afiliación. Medidas similares se han adoptado en Chile y, en Suiza, esos plazos los fija la aseguradora.

En relación con el salto etario como factor para el aumento de los costos, Lifschitz indicó que hay muchos países que “ponen en marcha herramientas para aliviar el impacto que genera el aumento del consumo de salud” en adultos mayores. Australia, por ejemplo, ha optado por fijar cuotas utilizando no un criterio etario, sino uno poblacional. Además, “el estado allí trabaja para impulsar la afiliación precoz”. En Brasil funcionan diez rangos etarios, a partir de los cuales se determinan los valores de las cuotas mientras que, en Holanda, como también ocurre en Chile, funciona un fondo de compensación.

Pautas para reglamentación de la ley

Restringirla a quienes no tienen cobertura de ley.

Evitar la selección adversa.

No premiar al que entra y sale del sistema.

Reconocer los mayores costos por innovación.

Lograr concertación amplia entre todos los actores del sistema.

Incrementar la inversión pública en salud.

Lograr que sea el Ministerio de Salud el que determine las cuotas.

Disminuir el riesgo de las transferencias por quiebra.

Avalar los planes parciales con criterios epidemiológicos y de política pública.

Reglamentar punitivos por el pago irregular de cuotas.

Definir quién paga la excedencia del artículo 15.

(Gabriel Montero)

Preexistencias, carencias y salto etario: propuestas para su abordaje

Preexistencias: La aseguradora debe participar en la definición de las preexistencias.

Carencias: Armar un listado definido de qué se considera una preexistencia. Debería haber carencia en situaciones únicas, como el parto, por ejemplo. También se puede crear un sistema de copagos evolutivo.

Salto etario: Desarrollar un fondo de compensación entre todos los actores del sector.

Que el estado participe en impulsar la filiación temprana.

Desarrollar un seguro de enfermedades catastróficas.

Normatizar por líneas de cuidado para reducir costos.

(Esteban Lifschitz)

"BIENVENIDA LA LEY"

Fue el Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Bellagio, el que dio cierre al evento, y lo hizo confirmando la necesidad de la nueva ley: "Bienvenida la ley; tenemos una ley para un sector que tiene 4 millones 800 mil personas cubiertas y que va a ser la base para poder tener un padrón de afiliados".

Bellagio fue específico: "No podemos modificar la ley con la reglamentación. Otra cosa, admitió, es que se puedan instrumentar aquellos artículos que corresponda reglamentar".

Destacó el superintendente la importancia de que los afiliados a la medicina privada puedan saber ahora dónde reclamar. Aportó un dato crítico para el funcionamiento de las empresas del subsistema de salud: "En la Superintendencia recibimos hoy más quejas sobre la medicina privada que sobre las obras sociales". Y afirmó que suministró esos datos a la presidenta Cristina Kirchner y que revelan que el 0.07% de los reclamos pertenecen a los afiliados de medicina privada y el 0.04% a los beneficiarios del sistema nacional de salud.

Bellagio puntualizó que "los dos principales problemas de la medicina privada son la afiliación y la

accesibilidad a la prestación". Y dijo que los afiliados "tendrán hoy, con esta ley, una vía de reclamo directa y no deberán andar deambulando por las defensorías del Consumidor, las Defensorías del Beneficiario de la Superintendencia y la Secretaría de Comercio".

El funcionario detalló algunos de los problemas que surgen con el nuevo marco regulatorio. "Tenemos que plantear dos temas: ver la ley desde el sujeto, con un enfoque de la tipificación de la sociedad comercial, y desde el objeto, a quién está cubriendo la nueva ley. Lo que es importante establecer es si todo pago voluntario responde a un aporte y qué está contemplado en esta nueva ley".

Otro aspecto analizado por el Superintendente es que «los sujetos contemplados son los que establece la ley. No podemos modificar la ley con la reglamentación. El artículo 1 establece que, por objeto, está regulando todos los pagos voluntarios que ocurren tanto en el sistema de la seguridad como en el privado. Y quedan excluidas, lo que es un tema de sujeto, las cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, y obras sociales sindicales". Es decir, continuó Bellagio, "que incluye desde el punto de vista del objeto y excluye desde el punto de vista del sujeto. Este es

el problema de la ley -explicó-. Esto es lo que podemos reglamentar: qué es y qué alcance tiene ese objeto, y cuáles son los sujetos y la injerencia que tendrá, por ejemplo, con aquellos planes de adherentes y los planes voluntarios", señaló.

Otra de las cuestiones que planteó Bellagio es la posibilidad de ampliar la definición que establece el artículo 2 sobre qué es la medicina privada, aunque insistió en que "no podemos modificar" la ley. Y respecto al polémico artículo 10, referido al período de carencias, señaló que "es un problema colocar adicionales por cada una de las enfermedades", pero que hay diversos mecanismos para afrontar la problemática. "Uno de ellos -aseguró- es una tabla de ajuste por riesgo, por sexo y edad. Y esto ya lo tiene la seguridad social a través del SANO (Subsidio Anual Nominativo de Obras Sociales)", ejemplificó Bellagio.

Al brindar detalles específicos, el Superintendente embistió contra "muchos teóricos que dicen lo que se debería hacer con la ley cuando, por el contrario, hay que ser pragmáticos, conocer lo que pasa en el mercado real y buscar las soluciones entre los sistemas de regulación, donde va a tener que haber controles". Y fue drástico: "Yo no conozco ningún balance de las empresas de medicina privada, mientras que ahora vamos a conocer todo sobre ellas, para que puedan tener confiabilidad y que se integren, con la regulación, al sistema nacional de salud".

Bellagio no se opuso al sistema de la medicina privada y definió a este subsistema: "No es netamente solidario como sí lo es el de la seguridad social". Sin embargo, se mostró integrador: "El verdadero sistema de salud es el que exige la articulación del sistema público, de la seguridad social y del sistema privado". □


Su salud en las mejores manos
Avda. Independencia 2852
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Call Center 0800-333-3313





Reglamentar la Ley de Prepagas Una oportunidad para construir un modelo argentino de salud

Por el Dr. Federico Tobar

Hay tres grandes modelos de regulación de seguros privados de salud. El primero no distingue a una prepaga de cualquier otro seguro. La regulación se limita a exigir un determinado fondo de reserva como garantía de que van a poder cumplir con sus compromisos y se controlan sus lucros.

En el segundo, prevalece la noción del seguro como mercancía y se prioriza la defensa del consumidor. El objetivo es, entonces, garantizar que no se nieguen las prestaciones de cobertura obligatoria, que no se excluya a quienes pueden involucrar riesgos mayores y evitar los abusos en los valores de las primas.

La ley que se acaba de sancionar cumple acabadamente con ambos objetivos pero ignora totalmente a la salud pública. Un tercero y mejor modelo de regulación sería aquel que considere a las prepagas como agentes de salud. Regular, sería entonces modelar conductas en el mercado para alcanzar metas y objetivos de salud pública.

La reglamentación constituye una oportunidad para avanzar hacia el tercer modelo de regulación y consolidar en el Estado capacidad de rectoría. A continuación se presentan tres propuestas y algunas medidas para lograrlo.

1. Evaluar la contribución del seguro a la salud

Regular a los seguros a través del control de resultados significaría enfocar la acción regulatoria sobre la capacidad de las prepagas para producir salud. Supone incorporar incentivos para que las empresas garanticen salud más que cobertura de prestaciones.

La nueva ley norteamericana de 2010, por ejemplo elimina los copagos en acciones de efectividad comprobada como los controles del embarazo y estimula chequeos periódicos para prevención y evaluación de riesgos médicos.

Cada prepaga es responsable por la salud de un determinado grupo poblacional al cual brinda cobertura médica. Esa es la forma correcta de considerarlas. Si el seguro organiza su modelo asistencial de modo que consiga reducir las tasas de prevalencia de determinadas patologías, el mismo debería ser premiado. Esto se puede hacer con incentivos fiscales, pero mucho más efectivo resulta simplemente informar a los ciudadanos cuál es la esperanza de vida de los afiliados al sistema, cuál es su tasa de infartos, cuántas muertes evitables se registraron en el año y otros indicadores sensibles (y sencillos). En conclusión, lo primero que requiere la reglamentación de la ley es implementar, desde la autoridad de aplicación, un ranking de los seguros de

salud según un conjunto de variables de Estructura, Procesos y Resultados (ver cuadro). Hay algunos ejemplos internacionales de esto: en Colombia Fedesalud realiza ese ranking y lo publica en su informe "Las mejores EPS", en Estados Unidos el mismo se publica en una revista para el gran público, en Brasil la Agencia Nacional de Salud Suplementar verifica que los prestadores que figuran en la cartilla de cada plan estén realmente disponible para los afiliados.

2. Proponer contratos que promuevan la responsabilidad por la salud

No sólo necesitamos seguros que se hagan responsables por la salud. Nada hay nada más poderoso desde la perspectiva sanitaria que lograr que las personas se involucren en sus propios cuidados. Que dejen de ser pacientes para ser activos productores de salud. Desde esta perspectiva resulta un fracaso el que prevalezca la noción de salud como mercancía. Dejamos de tener ciudadanos para tener consumidores.

Fomentar el cuidado empieza por anticiparse a la enfermedad. El contrato debería ser un contrato de salud en el cual se establezcan los cuidados que ambos (prepaga y usuario) se comprometen a concretar. Esto requiere eliminar el incentivo a contratar el seguro recién cuando uno está enfermo. Australia avanzó en ese sentido. Prohibió diferenciar las cuotas según edad (un anciano paga la misma cuota que un joven) pero se incentiva la afiliación temprana. Una vez cumplidos los 30 años, quien posterga su afiliación paga un recargo del 2% por cada año que haya demorado la misma.

Incentivar la afiliación temprana viabilizaría la prohibición de aumentar la cuota a los mayores de 65 con antigüedad mayor a diez años en su afiliación (artículo 11). Otra medida posible consistiría en reglamentar un fondo de reserva similar a una cuenta de capitalización. Esto requiere fortalecer la capacidad de la autoridad de aplicación. Por ejemplo, debería poder calcular cuánto cuesta cada plan y cuánto resultaría coherente que cada afiliado aporte a ese fondo que compensaría el aumento de riesgos con la edad.

Una tercera medida para fomentar la responsabilidad compartida por la salud entre afiliado y prepaga consistiría en incorporar copagos decrecientes. Según el artículo 9 de la ley la autoridad de aplicación definirá las carencias. Esto ha sido interpretado por algunos empresarios del sector como su eliminación. A diferencia de lo que sucede en un seguro obligatorio, como las



¿Qué debe incluir la reglamentación de la Ley de Prepagas?

Propuestas	Ejemplos de medidas concretas
Evaluación de los seguros según criterios sanitarios Contratos que incentiven la responsabilidad compartida por la salud Respuestas colectivas para las preexistencias	Variables de Estructura: razón de prestadores en cartilla cada 1000 afiliados. Variables de procesos: Tasa de consultas por afiliado al año y razón de consultas programadas/urgencias. Variables de resultados: Esperanza de Vida de sus Afiliados y Tasas específicas de mortalidad por causas evitables. Fijación de primas que incentiven afiliación temprana. Cuota para fondo de capitalización que compense el aumento de riesgos en función de la edad. Eliminación de carencias a través de copagos decrecientes. Fondo público para cubrir o compensar enfermedades preexistentes. Fondo solidario entre los mismos seguros privados para compensar riesgos diferenciales. Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.
Fuente: Federico Tobar.	

obras sociales donde el afiliado puede no usar pero no puede dejar de aportar, en los seguros voluntarios la ausencia de carencias puede estimular comportamientos oportunistas. Porque podrían esperar a estar enfermos para afiliarse y luego desafiliarse al recuperar la salud. Pero es posible eliminar las carencias si el afiliado afronta copagos por las prestaciones médicas que reciba si éstas resultan decrecientes en función de su antigüedad en el plan.

3. Implementar respuestas colectivas para las preexistencias

En su artículo 10º la ley establece que... "Las enfermedades preexistentes solamente podrán establecerse a partir de la declaración jurada del usuario, y no podrán determinar criterios de discriminación. Hay

diferentes soluciones posibles para éste, que, en la perspectiva de los empresarios, constituye el punto más crítico de la ley. Hay tres experiencias concretas que podrían ser replicadas: a) el seguro público de enfermedades preexistentes que incorpora la Ley norteamericana, b) el Fondo de Compensación Solidario creado en Chile y c) el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay que asegura a todos los ciudadanos igual cobertura en calidad y oportunidad ante enfermedades catastróficas.

Nada impide al Ministerio de Salud implementar estas propuestas. Sólo hace falta voluntad política y compromiso con la salud. Pero, si lo hace cabe preguntarse... ¿No sería bueno extender estas medidas a toda la población nacional y no sólo a quienes contratan prepagas? □

Hemoglobina Glicosilada*

Método HPLC Estandarizado

Medir la glucemia en un solo momento del día es como una foto.

Como si fuera una película, la hemoglobina glicosilada permite conocer el valor promedio de la Glucemia de los últimos tres a cuatro meses.

*Determinación avalada por organismos internacionales para el diagnóstico de diabetes y la identificación de la pre-diabetes (www.diabetes.org).

Herramienta segura y precisa para el control de la diabetes, indispensable para la toma de decisiones y la efectividad del tratamiento a largo plazo.

Laboratorio Hidalgo cuenta con el método de referencia de Hemoglobina Glicosilada, Cromatografía Líquida de Alta Performance (HPLC), con el certificado del Programa Nacional de Estandarización de Hemoglobina Glicosilada de los Estados Unidos.

LABORATORIO HIDALGO
Análisis Clínicos

Ladislao Martínez 43 | Martínez (B1640EYA) | Buenos Aires | Argentina
Tel: **011 4898-5300** | Fax: **011 4898-5392**
info@laboratoriohidalgo.com | www.laboratoriohidalgo.com



La Mutual

Diez años de prevención

La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional cumplió 10 años de trayectoria y para festejarlo realizó la Jornada “El Error Médico y la Responsabilidad Civil de los Profesionales e Instituciones de Salud”; ocasión en la que además presentó el libro de reciente edición: “EL ERROR MÉDICO. Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales”, cuyo autor es el Dr. Rafael Acevedo, abogado y gerente de la entidad.

El encuentro se llevó a cabo el pasado 16 de junio en el Hotel Panamericano de la Ciudad de Buenos Aires y contó con la participación de importantes conferencistas, el Dr. Claudio Ramos Feijóo, presidente de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, el Prof. Dr. Roberto Vázquez Ferreyra, jurista y especialista en responsabilidad profesional médica, y el Dr. Claudio Iribarren, presidente de la Asociación Argentina de Cirugía. Todos ellos acompañados por el Dr. Héctor Vazzano, Presidente de La Mutual y de FECLIBA; y el Dr. Rafael Acevedo, abogado y gerente de la Entidad.

LOS PRIMEROS DIEZ AÑOS DE LA MUTUAL

Fue el presidente de la Asociación, Dr. Vazzano, el que dio inicio a la jornada y expresó a los más de 150 participantes que “La Mutual nació para llenar un vacío”, cuando allá por el año 2001 las clínicas y sanatorios de nuestro país carecían del apoyo necesario para una eficaz gestión de sus riesgos médico legales, así como también de una sólida cobertura económica ante la creciente litigiosidad. Según recordó, La Mutual, que hoy por hoy reúne a más de 500 instituciones y 4.300 profesionales, fue creada por integrantes del sector de la salud a

través de la experiencia, “con el objetivo de anticiparse al aumento de la litigiosidad por la responsabilidad profesional médica”. Durante este tiempo, la Asociación ha desarrollado el Programa de Protección Integral de Gestión de Riesgo que, señaló Vazzano, “funciona como la base de La Mutual”. Asimismo, Vazzano recordó los muchos servicios y beneficios que ofrece la Asociación.

Servicios Macro y Micro de La Mutual

Servicios en lo macro: orientados a todas las asociaciones.

- Manual de procedimientos.
- Servicio legal las 24 h.
- Red nacional de auditores.
- Capacitación.
- Defensa especializada.
- Cobertura.
- APM: periódico de la Asociación.

Servicios en lo micro: pensados para necesidades específicas.

- Normas y medidas correctivas para cada especialidad
- Atención especializada.
- Seguimiento interdisciplinario de los eventos adversos.
- Análisis de documentación médica.
- Auditorías periódicas en las instituciones.
- Dirección de reclamos.
- Política activa de concientización, clave para La Mutual.



Dr. Héctor Vazzano.





Dr. Rafael Acevedo.

Los resultados de todo el trabajo, especificó Vazzano, fueron muy positivos: "Con el tratamiento precoz de los reclamos logramos disminuir los riesgos médicos y tenemos una alta incidencia de las consultas que no van a juicio". Además, La Mutual ha logrado 300 acuerdos y una optimización de los estándares de calidad. "La base es la prevención de eventos adversos, sintetizó el doctor.

UN MODELO PARA LA GESTION DE RIESGO

Luego tuvo lugar la presentación del libro "El error médico. Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales", y fue el doctor Rafael Acevedo, su autor, quien inició su disertación explicando el porqué del libro: "El libro viene a ocupar un lugar en materia de estadísticas de error médico y re-

clamos; además, aquí se ensamblan conceptos jurídicos con hechos médicos para que los profesionales puedan tener nociones prácticas sobre la responsabilidad médica", especificó Acevedo. El profesional explicitó que fundamentó, su estudio en 800 casos, 2.500 consultas preventivas y en el análisis económico de 300 acuerdos de pago y 55 sentencias.

Objetivos del libro

- Exponer los principios fundamentales de la responsabilidad médica.
- Dar instrumentos para el control de los factores de riesgo.
- Conocer el error médico en las atenciones que son objeto de más reclamos.
- Resaltar la trascendencia de la gestión de riesgos.
- Compartir estadísticas, experiencias e información.

Según detalló Acevedo, el Capítulo II está dedicado a los aspectos judiciales que fundamentan la responsabilidad médica: "A través de muchos ejemplos, se analiza cuándo se engendra y cuándo no la

TODA LA SALUD PARA LOS AFILIADOS, GESTIONANDO DE UNA MANERA DISTINTA

GLC

OSPAT
OBRA SOCIAL de LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURF Y AFINES

Florida 15 Piso 6°
www.ospat.com.ar
Tel: 4342-6111 / 4343-5171
LÍNEA GRATUITA: 0-800-999-1656



responsabilidad y se estudia la historia clínica como herramienta fundamental, ya que, en un juicio, el médico se defiende con la historia clínica". Entre otros temas, el capítulo ahonda en la importancia del consentimiento informado y en la responsabilidad institucional.

El tercer capítulo, por su parte, se aboca a la exposición estadística del error, que se analiza, como comentó Acevedo, en sus diferentes tipos: "Error profesional versus error institucional, error versus lesión, el error en cirugía, el error en el paciente y el error en cada especialidad". Según las estadísticas, las especialidades más reclamadas son traumatología, cirugía, obstetricia y clínica médica. De la base analizada, explicó Acevedo, el 53% corresponde a la atención en urgencia y 302 de los 800 casos constituyen errores evitables, mientras que el 5% del total son errores del paciente.

En el cuarto capítulo se trata la gestión de riesgo y se listan veinte premisas específicas para prevenir daños y riesgos. "Es importante entender que la gestión de riesgo es útil para disminuir los riesgos y para elevar los estándares de calidad", aseguró Acevedo. En el capítulo quinto, el libro trabaja sobre los reclamos económicos y da pautas para saber qué hacer frente a una demanda. Según indicó el doctor, "los juicios resultan realidades insoportables por lo que evitarlos implica bajar los costos". Para finalizar, Acevedo concluyó que "las clínicas y los asegurados deben ser socios en la gestión del riesgo: gana el que comete menos errores y el que reduce los costos de estos".



Dr. Claudio Ramos Feijóo, Dr. Claudio Iribarren, Dr. Roberto Vázquez Ferreyra y el Dr. Rafael Acevedo.

UN NUEVO ENFOQUE DEL PROBLEMA

El doctor Iribarren comenzó su presentación señalando que "los cirujanos tenemos que ocuparnos de las problemáticas médico-legales". Según el profesional, "afortunadamente se ha producido un cambio en el enfoque del error médico". A los cambios que presenta la medicina actual, en la que son comunes los trasplantes, la identificación genética y la medicina preventiva, se suma ese nuevo enfoque, que, señaló Iribarren, "es algo muy positivo".

Iribarren presentó un panorama claro de la actualidad de la medicina, en el que listó los fenómenos del aumento de la complejidad, el cambio en la relación médico-paciente y el aumento de la medicina defensiva que surge, señaló el doctor, "de una relación médico-paciente defectuosa, de los excesivos estudios, de los tratamientos inadecuados y que resulta innecesariamente cara, ineficiente

y perjudicial para el paciente".

Cambios en la relación médico-paciente

- Aparece la relación especialista-paciente o prestador de servicios-cliente.
- Cambios frecuentes de médicos.
- Pérdida de la relación de confianza.
- Medicina del apuro.
- Atención masiva y menos personalizada.
- Medicina defensiva, orientada a probar que no hubo error en la atención.

Más tarde, Iribarren recordó que fue recién en la década del 90 que los norteamericanos comenzaron a estudiar el error médico: "¿Cómo no nos habíamos dado cuenta antes?", se preguntó. La respuesta, señaló, tiene dos caras: "la dificultad para reconocer el error, por un lado, y la falta de apreciación de la gravedad del problema, por el otro". Estas dificultades, enfatizó Iribarren, conducían a una peor: al ocultamiento del error por la necesidad que siente el médico de ser infalible.

El enfoque moderno, apuntó el doctor, está dirigido a "corregir el sistema para prevenir el error humano. En lugar de culpar al médico, el enfoque moderno se enfocó en las fallas del sistema y en crear defensas para evitar eventos adversos", señaló Iribarren.

Condiciones latentes para el error médico

- Existencia de sistemas insuficientemente diseñados.
- Sistemas que actúan como organismos patógenos.
- Condiciones poco favorables para el trabajo.



Una numerosa concurrencia asistió a la Jornada.



En sus conclusiones, el doctor se basó en dos consignas clave: "Para los médicos: no nos creamos infalibles y sigamos normas; para las instituciones: universalizar la cultura del control". Por último, enfatizó que "el error médico se disminuye con conductas y procedimientos que impidan su aparición".

"HAY INFLACION NORMATIVA"

El doctor Vázquez Ferreyra, más tarde, confirmó la necesidad de "partir del reconocimiento del error: es éste lo que posibilita seguir avanzando". Luego, presentó una problemática actual: "Hace algún tiempo, los cambios provenían de la jurisprudencia y de la doctrina, pero hace cinco años que los cambios son de orden normativo: se dictan leyes, muchas de las cuales pasan desapercibidas, como la Ley de la niñez o la de los derechos del paciente", alertó el doctor. "Hay inflación normativa", sintetizó.

Este aluvión normativo, analizó Vázquez Ferreyra, muchas veces genera confusión: "El médico tiene que preocuparse de curar al paciente y no de estar al tanto de todas las

leyes: esto produce inseguridad jurídica", explicó. A la vez, comentó, "hay algunos fallos aislados que preocupan: hubo intentos de aplicar la ley de defensa al consumidor al acto médico, por ejemplo". Además, prosiguió, muchas veces se sentencia sobre la base de "la teoría de la lástima" o en "la teoría de que algo habrá pasado", en lugar de prestar atención a los hechos médicos.

Es en este punto, señaló Vázquez Ferreyra, que "es fundamental la prevención": "Hay que reconocer el error, reportar los accidentes para poder prevenir futuros errores, generar instancias especiales donde reportar los errores". Es que, enfatizó, "es a partir de los reportes que se van generando nuevas medidas de prevención".

LA VISION DE UN JUEZ

Por último, para cerrar la jornada, el doctor Ramos Feijóo comenzó realizando una historia de la atención médica, en la que recorrió la teoría de los cuatro humores. "Luego, se comenzó a estudiar al enfermo por sus síntomas y se empezó a dar un diagnóstico de las enferme-

dades". "El pronóstico y la atención llegaron con Hipócrates", recordó. "Esto no es otra cosa que el desarrollo de una historia clínica", explicó Ramos Feijóo. "Es necesario confeccionar una buena y completa epicrisis".

Muchas veces, señaló el doctor, "se confunde culpa con responsabilidad porque el derecho no circula por el mismo carril que la medicina". Es por eso mismo que, según Ramos Feijóo, es tan importante entender que "lo único que hay que atribuirle al médico es la culpa médica". "Hoy la responsabilidad ha evolucionado: se pone el ojo en la víctima y se trata de indemnizarla", destacó.

Luego enumeró algunas similitudes entre la profesión del médico y la del juez: "El médico intenta curar y el juez intenta reparar el daño; el médico estudia los síntomas y el juez hace valer las pruebas: son actividades similares, la diferencia es que cuando el médico falla puede ser condenado", explicó. En sus conclusiones, el doctor destacó la necesidad de probar la culpa médica para emitir una condena: "Son pocas las sentencias con condena", especificó. □

La solución en Internación Domiciliaria

Proveer pronta recuperación del paciente y el mejoramiento de la calidad de vida en el domicilio junto a su entorno familiar.

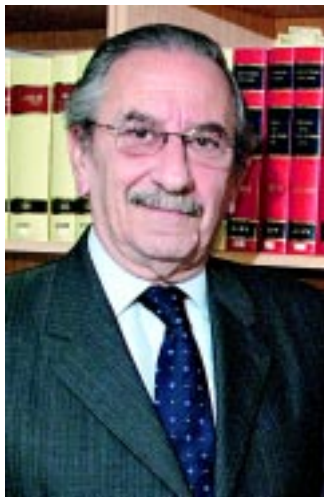


MEDICAL SYSTEM

Junín 1616 Piso 4º (C1113AAR) Ciudad de Buenos Aires - Tel.: 4803-8585 - info@medicalsistem.com.ar

www.cuidadosdomiciliares.com.ar





Prevención del Riesgo Médico

Por: Fernando G. Mariona – Abogado
Director-Gerente de Siniestros y Asuntos Legales
TPC, Compañía de Seguros S.A.

A.- Metodología:

Durante varios años, el objetivo general de la prevención del riesgo médico, fue el incremento de la calidad de los servicios sanitarios, la seguridad de los profesionales y de los pacientes, y evitar pérdidas económicas innecesarias. Los pasos que se consideraron para ese proceso de gestión, fueron: analizar el contexto en el que se desarrollaba la actividad, identificar los riesgos a los que se hallaba expuesta, analizar dichos riesgos, evaluarlos en materia de secuencia, frecuencia, prelación y severidad, y por último darle un tratamiento para tratar de reducirlos.

Luego del Informe "Error es humano" ⁽¹⁾, se ha hecho aun mayor hincapié en la cuestión de la Seguridad del Paciente, así como en el tratamiento del error de la Organización Médica, para tratar de evitar la producción de aquellos daños que resulten *evitables*. Finalmente, los abogados que nos dedicamos a este tema, una vez más, gracias a los médicos y a la ciencia médica, hemos podido encontrar una metodología de trabajo, que nos permite contrarrestar las acciones de la jurisprudencia y la doctrina jurídica, para tratar también nosotros, en un trabajo eminentemente interdisciplinario, colaborar no sólo en evitar la producción de daños, sino también en adicionarle una explicación jurídica a la necesidad de llevar adelante este tipo de acciones. Es decir que afortunadamente, nuestra tarea va mucho más allá del Consentimiento Informado y la Historia Clínica. La cuestión es que no siempre encontramos receptividad para su aplicación.

Si bien el riesgo nulo en Medicina no existe, el RIESGO EVITABLE estamos convencidos que sí existe. Para poder determinar cuáles son los riesgos evitables, es preciso realizar un análisis sistémico de los eventos adversos o accidentes relacionados con los tratamientos médicos de distinta naturaleza. Casualmente es esta evitabilidad del daño lo que el Derecho de Daños exige de los médicos. Y no solo eso, además la demostración documentada de que trató de evitarse.

Una cuestión fundamental es poder determinar cuáles son los accidentes evitables. Para ello,

debemos tipificarlos: unos serían los que son consecuencia de una falla del médico, y los otros los que podríamos denominar, o bien aleatorios o bien propios de la misma práctica, o de la Organización. Ya hemos dicho muchas veces que los que son aleatorios o hasta inevitables para la propia Medicina, jamás podremos evitarlos. La cuestión es conocer cuáles son estos últimos, y ponerlos en conocimiento del paciente.

**Para identificarlos, hay que hacer
EPIDEMIOLOGIA DE LOS ERRORES.
PERO EN SERIO. NO ATENEOS
JUSTIFICADORES.**

La Gestión de los Riesgos debe ser realizada sobre aquellos eventos que se corresponden con fallas de los médicos o de la organización médica, para lo cual es necesario identificarlos. Una vez que ello ocurre, deberá ser relativamente sencillo oponerle una medida correctiva. Las estadísticas que nosotros venimos produciendo desde nuestra tarea profesional de aseguradores del riesgo de responsabilidad profesional médica, nos indica que las fallas de los médicos o de la Organización Médica ocurren con una determinada frecuencia, y se repiten.

¿Cómo evitar entonces que estas fallas puedan repetirse? Pues aplicando una determinada metodología para la Gestión de los Riesgos a los que se halla expuesta la práctica de la Medicina. Algunos trabajos de investigación permiten establecer que tanto en la actividad industrial con algún grado de complejidad, cuanto en las denominadas Obras Públicas, entre un 65 a un 80% de las fallas se deben a errores cometidos por actores de primera línea.

Las fallas de los Sistemas Complejos, entre los cuales la actividad de los cuidados de la salud puede ser incluida, son de dos tipos diferentes: por una parte las denominadas **fallas patentes o errores activos**, que son cometidos por actores de primera línea, y las **fallas latentes**, que son los defectos de la Organización, que se corresponden con una determinada característica de errores dentro del Sistema, que permite que acontezcan los errores activos.

(1) "To err is human". Building a safer health system. Institute of Medicine. Washington. EE.UU. 2000.



Un error de lado o de miembro en un acto quirúrgico, no es solamente fruto de la falla de un actor de primera línea.

Esta Metodología de trabajo, denominada de Gestión de los Riesgos Médicos, se transforma en una lucha permanente contra los errores humanos, pues resulta imposible suprimir el error en el accionar humano, sea cual fuere la calidad de la formación en el recurso humano. Obviamente, mayor frecuencia y severidad poseerán estos errores, si además no se procede a la formación del personal, para tratar de evitar su producción. Por ello es necesario integrar al Sistema del tratamiento de los errores ya producidos, mecanismos de lucha contra ellos.

B.- La lucha contra los errores humanos.

Un Sistema seguro no es aquél en el cual no se cometen errores, sino un Sistema que ha desarrollado métodos para protegerse de la comisión de errores. Dicha protección debe ser de dos niveles, dentro de la organización: hacia arriba, luchando contra las **fallas latentes** que favorecen los errores, y hacia abajo, instalando **"defensas en profundidad"**, para disminuir e incluso anular las consecuencias de los errores.

Las fallas latentes en una Organización Médica tienen distintos orígenes: el Management, los procesos de la Organización, el Equipamiento Tecnológico, el material quirúrgico, los procedimientos médicos estándar, la formación de las personas a cargo de la prestación de los cuidados, la Ausencia de Mandos, las fallas de la Intercomunicación Interna.

Podríamos ejemplificarlos con: Competencia inadecuada de los intervinientes en las misiones confiadas; ausencia de formación, falta de organización del trabajo, inexistencia de procedimientos preestablecidos, insuficiencia de personal, material inadecuado u obsoleto, entre alguno de ellos.

Las defensas en profundidad pueden ser vistas como, el diseño de sistemas correctores de errores, alarmas, cumplimiento de leyes, resoluciones, reglamentos, normas de buena práctica.

C.- Búsqueda del error vs. Análisis médico-legal.

En nuestro trabajo profesional diario estamos acostumbrados a realizar dos tipos de análisis del riesgo médico. Cuando se nos denuncia un siniestro, y nos reunimos con la totalidad de la documentación clínica, buscamos el error y quién y cómo fue cometido, para saber a quién adjudicarle la responsabilidad, y cuál será la mejor forma de llegar a un acuerdo. Si no podemos solucionar la cuestión frente al reclamo, y se llega a un juicio para ello, otra vez analizaremos cuál y cómo será la mejor defensa para nuestro asegurado.

Muchas veces esto es llamado por mis colegas Prevención del Riesgo.

Contrariamente a lo comentado, en la Gestión de Riesgos Médicos, en mi modesto entender, no está exclusivamente centrada en los errores de los operadores, sino más que nada en la insuficiencia de las defensas de la Organización, que ha



Calidad en el servicio es calidad de vida.

Una nueva opción en equipamiento médico hospitalario

www.codigoqualidad.com.ar

ENH-ARGENTINA es una empresa especializada en la provisión (venta y alquiler) de equipamiento hospitalario, contando con un amplio y variado stock de modernos y completos equipos de atención médica de las marcas más prestigiosas del país y del exterior. Esto nos permite suministrarlos en forma inmediata, cumpliendo siempre con los tiempos de entrega estipulados.



VENTA Y ALQUILER DE EQUIPAMIENTO





ENH-ARGENTINA

Equipamiento Médico Hospitalario S.A.

Correo 3509, Ciudad de Buenos Aires, Argentina - Tel: 4544-5770 / 4543-2806
www.enh-argentina.com - info@enh-argentina.com



permitido que el error del Operador degenerase en un accidente o en la producción de un daño, que podría haberse evitado. Es decir, un análisis sistémico del accidente.

Es decir que el trámite de la Gestión del Riesgo y la Seguridad del Paciente consiste en:

1. Determinar si existe o no una falla en el accidente, y, en caso afirmativo, si se trata de un error o de una desviación, con el fin de:
2. Investigar si las defensas estaban instaladas, y en caso afirmativo porque no cumplieron con su rol.
- 2.-1. Si hubo defectos de la organización que favorecieron la ocurrencia del error.

D.- Los errores:

Cuando Dalmacio Vélez Sarsfield redactó el Código Civil Argentino, (1872) recurrió a lo que se conoce como "Fuentes del Derecho". Entre ellas, el Derecho Romano, el Código Civil Francés, o Código Napoleón, y por supuesto a sus tratadistas y comentaristas. Es decir, aquellos quienes con sus razonamientos lógicos y jurídicos permitieron la redacción de cada norma.

Respecto del error, la fuente inspiradora fue un notable jurista alemán, comentarista del derecho Romano, llamado Federico Carlos von Savigny, nacido en 1779 y fallecido en 1886, quien decía: "La noción exacta de una cosa puede faltarnos, ya porque no tengamos ninguna idea, o ya porque tengamos una falsa idea." "En el primer caso, decía, hay ignorancia, en el segundo error".

En general el Derecho lo define como un vicio del consentimiento, causado, por equivocación de buena fe, pero que anula el acto, sobre todo si afecta lo esencial del mismo, o de su objeto. Imaginen ustedes si con esto se causa un daño.

El diccionario de la Real Academia lo define como: concepto equivocado o juicio falso; acción desacertada o equivocada.

El error en Medicina, puede producir estragos, y ocurre que para que el médico o la Institución no sean sancionados por ello, deberán demostrar que dicho error es excusable, o bien que se fue diligente en tratar de evitarlo. Difícil tarea si no hay Protocolos y Documentación del Cumplimiento.

Cuando se analizaba esta conducta del error respecto de los médicos, se lo hacía generalmente en referencia al diagnóstico, pero hoy en día a ello debemos sumarle los denominados errores de la Organización, que son los que vemos todos los días que producen daños en personas, que bien pudieron ser evitados.

Existen **tres tipos de errores humanos**:

- **Los errores de rutina**, (los más frecuentes)
- **Los errores de activación de conocimiento**,
- **Los errores de posesión de conocimiento**.

Los primeros acontecen, pues cuando nos familiarizamos con una rutina, lo hacemos en for-

ma automática, nos tomamos confianza y...nos equivocamos.

Los segundos ocurren por que fallamos en la posesión del conocimiento básico del tema que estamos trabajando, o porque p.ej. no sabemos hacer una lectura comprensiva de los hechos. Tal vez una más ajustada tarea de Certificación Institucional lo podría detectar.

Los errores de posesión de conocimiento, tienen mucha relación con lo anterior, a lo que podríamos agregarle la necesidad de una permanente actualización, y la verificación de que ello ha existido en el RRHH a quien permitimos que se desempeñe dentro de las Instituciones Sanitarias.

Trataremos de dar **un ejemplo**, surgido de nuestro día/día en la atención de reclamos:

Una mujer de 46 años se realiza una intervención por síndrome de túnel carpiano izquierdo. A las 14 h. le hacen anestesia regional (20ml. de xilocaína al 1%, diluidos en 20ml de suero fisiológico). Existe necesidad de agregar Hypnovel 2mg. X 2 y Rapiñen 1,5 mg. A las 14:30 h. al finalizar la intervención el miembro superior está cianótico y muy doloroso. Hay ausencia de causa quirúrgica pero se establece que el anestésico no había sido disuelto con suero fisiológico sino en Cloruro de Sodio hipertónico 20 mg. x 100.

Qué dijo la pericia médica judicial: "el médico anestesista hubiera debido verificar la naturaleza de la ampolla utilizada para diluir la Xilocaína. Dio pruebas de una falta elemental de precaución en la preparación de la solución anestésica. Pero el almacenamiento de ampollas de Cloruro de Sodio, de concentraciones diferentes en el mismo cajón del botiquín del quirófano solo podía favorecer este tipo de error, aun cuando, al fin y al cabo, el médico siempre debe verificar la naturaleza del contenido de la ampolla."

Evidentemente el error cometido por el anestesiólogo es un error de rutina. Enfrascado en su rutina cotidiana, ese médico no imaginaba que pudiera ocurrir un problema.

Cabe preguntarse entonces **si un defecto de la Organización favoreció este error de rutina del médico**: evidentemente la respuesta será afirmativa. Cuál fue: el almacenamiento de ampollas de Cloruro de sodio de concentraciones **diferentes** en el **mismo** cajón en el quirófano.

Situaciones como la descrita o similares, son las que luego entorpecen la posibilidad de obtener una rápida solución al reclamo, sobre todo por la asunción de las responsabilidades, su determinación, y sobre todo en que existan distintos aseguradores del Riesgo de RC Médica: uno por el médico y otro por el establecimiento médico.

Cabe preguntarse entonces: ¿existían **"defensas en profundidad"** puestas por la Organización para evitar que ese error provocara el accidente? De la investigación realizada para evitar la repetición del error surgió que NO.

¿Cuál debería haber sido?: tal vez la necesidad de un último control antes de la inyección de productos que se utilizan para la preparación de solución inyectada a cargo de quién la realiza, o mejor aún, por otro miembro del equipo. □



PRIMER Y ÚNICO MEDIO GRÁFICO
DEDICADO EXCLUSIVAMENTE AL TEMA

PRAXIS PROFESIONAL

MÉDICOS, ABOGADOS, INGENIEROS, ESCRIBANOS,
CONTADORES, ARQUITECTOS, DIRECTORES DE
EMPRESAS, ENTRE OTROS, TIENEN SU ESPACIO PARA
ESTAR BIEN INFORMADOS.



EDICIONES ESPECIALES EN INGLÉS PARA
CONGRESOS INTERNACIONALES



EDITAMOS UN LIBRO SOBRE RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL MÉDICA. ES LA PRIMERA VEZ QUE
UN LIBRO ESTADOUNIDENSE SOBRE ESTE TEMA
ES TRADUCIDO Y COMENTADO POR PRESTIGIOSOS
MÉDICOS Y ABOGADOS ARGENTINOS.





Seguridad del paciente en la transferencia entre áreas asistenciales: ¿qué hacer?

Por el Dr. Horacio E. Canto,
Gerencia de Administración de Riesgo SMG Seguros

Durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente es habitualmente tratado por una serie de médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación.

En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información.

Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

Así lo han entendido las principales organizaciones internacionales, preocupadas en la seguridad del paciente, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission (JC), que no sólo han definido a estas etapas de transición asistencial, como de alto riesgo, sino que además han convocado a los Estados intervinientes, a desarrollar estrategias que permitan disminuir el riesgo, mejorando así la Calidad Asistencial.

Está además relacionada con tratamientos inadecuados, aumento de los períodos de hospitalización, interrupción de la calidad asistencial, insatisfacción del usuario, incremento del gasto sanitario e incluso muertes.

DESARROLLO Y PROPUESTAS DE SOLUCION:

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. La comunicación en el momento del traspaso también está relacionada con la transferencia de información de un tipo de organización de atención sanitaria a otra, o de la organización al hogar del paciente. La información que se comparte por lo

general consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su traslado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. Los traspasos de atención del paciente tienen lugar en muchos entornos dentro de la totalidad de la atención, incluyendo desde admisión a atención primaria, desde el médico que se retira al médico que lo cubrirá, el informe de cambio de turno de enfermería, el informe de enfermería sobre la transferencia de un paciente entre unidades o establecimientos, los informes de anestesiología al personal de la sala de recuperación después de una anestesia, la comunicación entre el departamento de emergencia y el personal del establecimiento que recibirá al paciente transferido, y el alta del paciente para su retorno al hogar o su traslado a otro establecimiento.

El fin último de la transferencia es la transmisión de información crítica del paciente asegurando el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en el contexto de una atención segura en la que no se vea interrumpida la continuidad asistencial.

MEDIDAS SUGERIDAS POR LA OMS:

1. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente. Entre los elementos sugeridos para este enfoque se incluyen:

El uso de la técnica SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).

La asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura).

El suministro de información referente al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.

La limitación del intercambio de información a lo que es necesario para prestar una atención segura al paciente.

2. Asegurarse de que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas que garanticen, en el momento del alta hospitalaria, que el paciente y



su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos y los resultados de las pruebas.

3. Incorporar capacitación sobre comunicación en el momento del traspaso en el plan de estudios y desarrollo profesional permanente para los profesionales de la atención sanitaria.

4. Fomentar la comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela.

ASPECTOS PRACTICOS DE LA IMPLEMENTACION:

Podemos definir como transferencia, la comunicación entre profesionales sanitarios en la que se transmite información clínica de un paciente, y se traspasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario o grupo de profesionales, bien de forma temporal (relevé, cambio de turno), o definitiva (cambio de unidad o de nivel asistencial)

Tipos más frecuentes de transferencia:

1. Ingreso del domicilio a la Institución.
2. Pase de los centros quirúrgicos/obstétricos al área de internación.
3. Pases Internos: piso a cuidados intensivos y viceversa.
4. Movimientos internos entre distintos servicios.
5. Egreso al domicilio o a centros de menor complejidad.

Gracias a otras industrias de alto riesgo como las de aviación y energía nuclear se están aprendiendo lecciones sobre cómo mejorar los traspasos. Una de éstas es la necesidad de contar con un idioma común para comunicar la información crucial. La incorporación de técnicas de informes de situación tales como el proceso SBAR (sigla en inglés correspondiente a Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) pueden proporcionar un marco estándar para la comunicación en el momento de traspasos de atención de pacientes o, su versión adaptada por la Agencia Australiana de Calidad: ISOBAR.

ISOBAR:

I. Identificación del paciente e Identificación de los profesionales responsables de la asistencia a los que se transfiere el paciente.

S. Situación. Motivo de la asistencia sanitaria, cambios en el estado del paciente, posibles complicaciones y aspectos a vigilar.

O. Observación. Signos vitales recientes, pruebas realizadas, evaluación del paciente.

B. Background o antecedentes clínicos relevantes. Riesgos y alergias.

A. Acordar un plan. Dada la situación, ¿qué hacer para normalizarla? ¿Qué se ha hecho ya? (Tratamiento, medidas terapéuticas, cuidados...) ¿Qué queda pendiente? (medidas terapéuticas, medicación, perfusiones, comprobaciones).

R. Read-back. Confirmar la eficacia de la transferencia y establecer responsabilidades (¿quién hace qué y cuándo?).

Es muy importante comprometer al paciente y a la familia en este proceso de comunicación:

- ✓ Proporcionar información a los pacientes sobre sus problemas médicos y su plan de tratamiento en una forma que les resulte comprensible.
- ✓ Hacer que los pacientes conozcan sus medicamentos recetados, sus dosis y el tiempo que debe transcurrir entre las administraciones de los mismos.
- ✓ Informar a los pacientes quién es el prestador de atención responsable durante cada turno y con quién deben ponerse en contacto si tienen alguna inquietud sobre la seguridad o la calidad de la atención.
- ✓ Generar oportunidades para que los pacientes y sus familiares formulen cualquier pregunta sobre la atención sanitaria o expresen sus preocupaciones a los prestadores de atención sanitaria.
- ✓ Informar a los enfermos y a sus familiares sobre los siguientes pasos a seguir en su atención, para que, de ser necesario, puedan comunicarlo al prestador de atención del siguiente turno y para que estén preparados para ser transferidos de un entorno a otro, o a su hogar.
- ✓ Hacer participar a los pacientes y a sus familias en las decisiones sobre su atención.

En base a todo lo desarrollado, es fundamental definir los momentos de transferencia como momentos de riesgo, por lo que desde la Dirección de las Instituciones, deben diseñarse políticas de abordaje, informando a toda la organización sobre las mismas. □



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 EMPRESARIAL

www.osdo.com.ar





A través de la Red de Cobertura de la RED SOCODUS



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.

> SOCODUS SA

Av. Belgrano 1683, 3º piso
Capital Federal, C.P. (1093)
(011) 4371-1098 (líneas rotativas)
info@socodus.com.ar www.socodus.com.ar

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

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

**La
mutual** Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional



10 DE CRECIMIENTO.
GESTIONANDO SU RIESGO MÉDICO LEGAL TODOS LOS DÍAS.
AÑOS SUMANDO SERVICIOS Y BENEFICIOS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN.

Ha sido posible GRACIAS al apoyo de nuestras más de
500 INSTITUCIONES y 4000 PROFESIONALES ASOCIADOS.

Tucumán 1668, 3º piso (C1050AAH) | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Tel.: (011) 4374-9856 (rotativas)
lamutual@lamutual.org.ar | www.lamutual.org.ar

 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



Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (3ª Parte) ¿Qué dicen los Magistrados? Errores reconocidos

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

La Fundación Millennium realizó, en cinco miércoles sucesivos su tradicional evento "La Psiquiatría y la Ley", doceava versión.

Los disertantes tuvieron en común su alto nivel científico y estuvieron divididos entre profesionales del área "psi" y altos funcionarios del poder judicial: jueces, fiscales y hasta un ministro de la Corte Suprema.

El tema oficial fue "Un Mundo Bipolar: Implicancias Psiquiátricas y Jurídicas".

Coherentemente con el nombre pudimos ver un claro escenario de "bipolaridad temática".

Los profesionales "psi", se refirieron efectivamente a la patología bipolar.

Los jueces y fiscales hablaron de la Ley de Salud Mental o sobre imputabilidad del (posible) enfermo mental y sus consecuencias, haciendo manifiesto que los abogados necesitamos que los "psi" nos digan al menos, que existe patología.

LOS PROFESIONALES "PSI"

Me sorprendió gratamente que los disertantes reconocieran la existencia del error médico y lo analizaran. El error fue "El Tema" del panel de Seguros Médicos: en la 7ª Conferencia General de Salud ¿Quo Vadis Salud? (*Mejorar la gestión para reducir los siniestros* ver: *Revista Médicos - Edición N° 62 - diciembre de 2010*) y el principal obstáculo fue el ocultamiento o negación, muy probablemente por temor a los eventuales juicios de "praxis". Una de las opciones planteadas fue dar cobertura legal a la reserva de la información sobre errores para evitar su acceso a terceros.

En el evento "La Psiquiatría y la Ley" pudimos ver cómo calificados disertantes daban cuenta de altos porcentajes de error diagnóstico, sus correlatos: incorrecto tratamiento, peor medicación con sus consecuencias para los pacientes: evoluciones tórpidas y hasta suicidios.

Supongo que contribuyó para lograr tanta apertura la forma de presentación de la información: ningún caso identificable, conceptos generales y mucha estadística. Es raro encontrar ámbitos donde se reconozca el error médico en forma abierta y positiva: esperemos que otros copien el método, por el bien de la ciencia y de los pacientes.

LA OPINION DE LOS JUECES Y FISCALES

La actividad de los jueces y fiscales tiene (muchos) "códigos".

Uno de ellos es "no digas en público lo que luego te pueden recordar en un expediente para condicionar tu decisión".

No es conveniente que un justiciante diga que la Ley de Salud Mental es incongruente o tiene muy mala técnica

legislativa: luego deberá aplicarla y "buscarle la vuelta" para encontrar, o crear, la coherencia de la que carece.

Lo máximo que podemos pedirle es alguna señal "entrelíneas" con la que ciertamente no podrá ser confrontado.

¿QUE SE DIJO?

El Dr. Lucas Aón, juez en lo civil de familia: el fuero que aplica directamente la Ley de Salud Mental expuso sobre los aspectos positivos: la incorporación del factor "social" al diagnóstico interdisciplinario.

La misma patología puede requerir desde una internación para crónicos hasta estar en su casa, de acuerdo al entorno familiar del paciente.

Dio un buen ejemplo: el "*loco del pueblo*" no necesita que lo declaren incapaz ni dicten medidas de protección porque los vecinos lo cuidan.

Sobre el concepto de "capacidad" dijo que evolucionamos desde la incapacidad absoluta del demente del Código de Vélez Sarsfield, pasando por la ley 17.711 que creó limitaciones sólo patrimoniales hasta que la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (incorporada por la ley 26.378) instituyó el principio de la capacidad. No hay más "incapaces" sólo personas con "capacidades diferentes" abogó por aplicar el sistema dinámico de la Convención que permite declarar las "capacidades graduales" y mantener las limitaciones sólo a aquellos aspectos en los que el sujeto tiene afectada la libre expresión de su voluntad, casi siempre, en lo patrimonial.

Sobre el nuevo "artículo 152 ter" destacó que incorporó "nuevamente" el factor social, porque ya la Convención lo había hecho.

Preguntado que haría ante la comunicación de una internación involuntaria fundada en forma incompleta desde lo profesional (por ejemplo porque no había intervención de todo el equipo interdisciplinario) su respuesta fue: pediría inmediata opinión al Cuerpo Médico Forense o a otras fuentes calificadas, manteniendo la internación "el tiempo necesario".

Según la ley, en esas condiciones el juez bien podría disponer la externación.

Podemos estar tranquilos: ante la duda no permitirá altas de quienes, según opinión profesional, parezcan seriamente estar en peligro.

El Dr. Fernando Ramírez, Juez de Tribunal Oral en lo Criminal, ilustró con numerosas citas, las fuentes de la ley: las declaraciones de: Naciones Unidas, de Caracas y de Brasilia expresadas en forma de "recomendaciones" para los estados. Ratificó el principio de "capacidad" y la necesidad de que el diagnóstico de enfermedad mental se ciña a fórmulas médicas acepta-



das internacionalmente. Destacó como un logro de la ley que el tratamiento de las adicciones forme parte de la política de salud mental, de la que estaba excluida. Sobre la aplicación práctica de la ley dijo que *"hay mucho que reglamentar"*, reconoció que los abogados (administren o no justicia) no tienen respuestas para todo y se preguntó, irónicamente, si los médicos las tenían.

El Fiscal General (en lo penal), Dr. Javier De Luca, fue igualmente crítico de la pretensión médica de que los abogados les "den soluciones" pero al referirse a la imputabilidad penal de los médicos se opuso a las interpretaciones extensivas y limitó su punibilidad a la violación del "deber de cuidado".

Descartó de plano que la Ley de Salud Mental influya sobre la legislación represiva y menos aún que cree tipos penales.

El Dr. Eugenio Zaffaroni coincidiendo con el Dr. De Luca se excusó de opinar sobre la ley por su carácter evidentemente civil y "confesó" pertenecer a la rara especie de los penalistas que "se mueven en otro mundo".

No cree que la Ley de Salud Mental influya sobre la legislación penal y menos aún que pueda ser utilizada para condenar penalmente a los profesionales debido a su carácter "claramente civil". Hizo una docta exposición sobre imputabilidad penal, y realizó un planteo muy lúcido sobre el art. 34 del Código Penal, que establece que el inimputable "peligroso" debe permanecer recluido hasta que los peritos "declaren desaparecido el peligro" y como no hay quien dictamine con certeza la falta de peligrosidad futura, termina en reclusión médica perpetua. Abogó por un abordaje médico legal serio del problema. Pese a que su cargo lo pone en las "alturas" de la Corte Suprema demostró estar muy bien informado y preocupado por los estragos que causa el paco y apoyar a las madres que luchan contra ese flagelo adictivo.

EL CIERRE

Como no es juez ni fiscal y no debe mantener sus mismos "códigos", el Dr. Alfredo Cia, presidente de la Asociación Psiquiátrica Argentina, se despachó a gusto y aclaró que ninguna entidad psiquiátrica fue oída previa a la sanción de la ley de salud mental. Opinó que 19 de sus 46 artículos modifican y entorpecen la relación médico /paciente/ establecimiento.

Dijo que el problema real de la salud pública psiquiátrica sigue huérfano: no existe atención del 85% de los pacientes potenciales de los que no hay ni siquiera datos epidemiológicos, que se confunde el "padecimiento mental" con "padecimiento social" y que este último ya era tratado interdisciplinariamente.

Terminó afirmando que "la psiquiatría se siente excluida" de un tema que le es propio.

CONCLUSIONES

Ateniéndose a sus códigos, los jueces y fiscales mencionaron *"algunos problemas de técnica"*, se refirieron a sus fuentes o a aspectos parciales o hablaron de otro tema.

Ninguno alabó la ley, ni consideró que trajera algún cambio en beneficio del paciente.

Todos descartaron que creara nuevos delitos.

¡A buen entendedor...!

Los prestadores deben seguir "haciendo su trabajo": atender a los pacientes de acuerdo a su necesidad, soportar ser tratados como potenciales delincuentes y documentarse debidamente. Es lo que toca en la hora. □

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





INTELEXIS

Conducen
Dr. Guillermo Capuya
Prof. Guillermo García Caliendo

jueves 19 hs.
intelexis@fibertel.com.ar





FACTORIAL: el primer paso

Por el Lic. Víctor N. Cerasale [MBA R&D]

Se hace referencia a la salud como un derecho humano inalienable, sin embargo la realidad indica que dos tercios de la humanidad no tiene acceso a ella en ninguna de sus formas u expresiones. Exclusión es sinónimo de inequidad, y asumir que los excluidos son muchos más que los incluidos implica atender que sus demandas contenidas comprometen seriamente a las escasas que sí lo están a través de aquella porción de la humanidad que aún permanece incluida. La afectación desde los excluidos hacia los incluidos invade el espectro de la epidemiología, a veces de manera tangible, aunque la mayoría de ellas lo hará de manera intangible. Curiosamente, la consecuencia de ello se traducirá en geometrizaraciones secuenciadas en los gastos de salud, con una capacidad de daño dramática. Una vez más, en salud el sentido de oportunidad de la acción determina la calidad y la condición de la inversión necesaria (no del gasto, tal se entiende en los medios políticos, que es otra cosa distinta).

Lo antedicho indica que la porción excluida de los mecanismos de la salud pública, no recibe inmunizaciones, no forma parte de las estadísticas y por ende tampoco lo hacen en presupuesto alguno. Pretender alambicar a estos excluidos es semejante a querer hacer lo mismo con las inequidades, los primeros no pueden ser colocados bajo la alfombra y las segundas son tantas que la magnitud implícita asoma la irracionalidad, tanta que no resiste análisis alguno (más allá de las justificaciones y los argumentos falaces transformados en excusas).

Ante la temible envergadura de la crisis económica mundial, muchos gobiernos entienden que es mejor limitar los servicios de salud, condicionar los mismos aplicando "impuestos" disfrazados de copagos o contribuciones marginales, quebrar aún más la relación paciente-médico-equipo de salud-paciente deteriorando no sólo el vínculo como tal, sino además rompiendo el feed-back que nutre todo aquello que en salud es sinónimo de "conocimiento". Luego de ello, antes o después, se reducen los presupuestos públicos del gasto social genuino, desplazando sus ejes de dependencia al estado deplorable de las economías de las naciones, todas sin excepción seriamente comprometidas de una u otra formas. Ello establece un abismo entre los que necesitan atención médica y los que finalmente logran alcanzarla. Esto significa que dentro del tercio de los que aún permanecen incluidos, las inequidades son tantas que son generadoras de nuevos segmentos de

exclusión. Aquí me pregunto ¿a quién le sirve?... no a los estamentos políticos, no a los corporativos, no a las personas, no a las economías, ¿entonces?... alguien no está viendo las señales que envía la realidad.

Por caso tengo dos buenos ejemplos a la mano. La reforma Obama no logra torcer el rumbo de las inequidades radicalizadas en un sistema de salud que poco y nada tiene de público, y más allá, España está viendo cómo los mecanismos económicos "ilógicos" están devorando un sistema de coberturas sociales que ha sido modelo en el mundo humano (mucho más en el occidental), dañando el delicado punto de equilibrio que rige a los sistemas públicos de salud donde el desplazamiento de las variables modifica las ecuaciones y como consecuencia de ello sus resultados. Desde luego, los perjudicados son siempre los mismos, esto es las gentes, Usted o yo. Lo recorrido hasta aquí indica que si aún no está excluido, no se haga problema (o sí) pronto lo estará, ya que los estados políticos y mucho más los económicos se han quedado sin fórmulas para reparar las negligencias en las que se sustentan sus criterios.

En medicina, y como consecuencia en salud, las evidencias no contempladas, alguien las paga y si no lo hace en lo inmediato, ya lo hará. Estas evidencias señalan que tanto la medicina como la salud navegan hoy en mares de irrationalidades, océanos donde los problemas no son propios (al menos no mayoritariamente) sino inducidos por impericias en terceros ámbitos que invaden campos de decisiones que les son tan ajenos como extraños. Demorar o negar un tratamiento implica incrementar el gasto consecuente hasta límites insospechados, perjudicando ya no sólo a la víctima propiciatoria del caso específico, sino a muchas otras anónimas, desconocidas, que no recibirán la atención por causa del daño ocasionado al primero de los "negados", el que al insumir más recursos, promoverá que haya nuevos "negados" en otros temas, nunca menores ya que en salud pública nada lo es.

A lo expresado se le suma otro problema. El tercio de los incluidos (muchos de ellos pseudo incluidos por su carácter marginal) está significativamente afectado por patologías crónicas, enfermedades que consumen hoy más del 50% del presupuesto de salud de los países considerados (¿desarrollados?), sin atender que hasta ahora los modelos de salud de esas mismas regiones se concentran en los agudos y



las urgencias, demandando una reconversión científica de la gestión cursada.

Hasta aquí se habla de la importancia de las enfermedades crónicas, se hace referencia y por consiguiente se establecen programas para diabetes, obesidad, hipertensión, asma, artritis, psoriasis, etc. de aquellos que guardan algún tipo de cobertura social. La ejecución de dichos planes son de edición limitada y siempre omiten a muchos pacientes que además de no estar en las estadísticas tampoco lo están en las consideraciones estratégicas del diseño de esos mismos planes. Esto epidemiológicamente es una aberración y nuevamente aparece un ejemplo que me cae en las manos... los baches de inmunización en Europa (no cualquier lugar) está dando lugar a tsunamis de problemas que se tenían por "controlados", es decir, no estaban controlados ni tampoco formaban parte de proyecto, estudio o investigación alguna. Proceder de esta forma se denomina en ciencia, "momento de negligencia". Esto significa que la visión política de la salud pública está gravemente sesgada por impericia de conveniencias, lo cual ahonda la calamidad ya que al no asistir prudentemente a las variables, se asegura el desajuste geométrico de las mismas.

Una vez más (no me cansaré de repetirlo), la situación actual en salud no es correlativa a la existente con anterioridad (10 o 20 años atrás) y tampoco lo será en un futuro. Aquí emergen retos angulares:

- cómo globalizar la salud pública.
- cómo no gravarla impositivamente (agravando el daño vigente).

- cómo focalizar las patologías crónicas y resolverlas con equidad.
- cómo modificar el criterio infectológico global.
- cómo modificar el abordaje epidemiológico global.
- cómo asegurar una cobertura social global de ajuste dinámico.

Entonces surge una nueva dimensión del problema que merece nuestra atención. La salud pública que hasta ahora se trataba como un problema de naciones desarrolladas que vendían sus inequidades a las menos desarrolladas, pasa a ser un problema del ser humano como tal, por ende es de todos con carácter simultáneo. Lo que no hace Usted me afectará a mí y viceversa... esto cambia el sentido de los focos.

Quizás usted crea que este es todo el problema, lamento desilusionarlo. Los factores además de complejos son altamente dinámicos y esto, recién comienza. Permítame dejarle flotando un concepto: todo aquello que políticamente se omite en salud, termina siendo un delito de lesa humanidad. Suená mal, pero es real y vigente. Los estados que dejan librada a su suerte a las personas (por caso pacientes y sus médicos), no merecen ser calificados como tales. □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2011-06-14.
Copyright by Cerasale, 2011.
Derechos reservados. Exclusivo para Revista Médicos, Medicina Global.
<http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com>
CIENCIAS MÉDICAS NEWS®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://saludequitativa.blogspot.com>
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®

SECCION SALUD

CONDUCTOR
CARLOS ABAD
LUNES 18:30 HS.
EN VIVO

METRO
NOS VEMOS

CANAL 13
CABLEVISIÓN : MULTICANAL

artear

MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500

www.seccionsalud.tv





Médicos Municipales 75 años de lucha, democracia y honestidad gremial

Por el Dr. Jorge Gilardi, Presidente de la
Asociación de Médicos Municipales de la CABA

El 20 de mayo pasado, la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires cumplió 75 años de vida. La Institución nació a partir del acto solidario de un grupo de médicos que se reunió para ayudar económicamente a la familia de un colega quien, luego de haber prestado 18 años de servicios gratuitos en el Hospital Rawson, había muerto en la pobreza. La exigencia de que el sistema público de salud remunerara el trabajo médico, constituyó la primera acción organizada y el hecho fundacional a partir del cual la institución comenzó a consolidarse como una de las entidades señeras en la lucha por la salud pública y la defensa de los médicos municipales.

En 1941, la AMM encabezó la iniciativa mediante la cual diversos actores sociales se opusieron al proyecto de arancelamiento en los hospitales públicos, crearon así un precedente de singular importancia en la lucha por asegurar la gratuidad del sistema de atención. En esa época ya manifestábamos el profundo malestar por la demora en los nombramientos a cargos estables, con importantes movimientos de protesta en defensa y reivindicación de los derechos laborales de los profesionales médicos.

Así fue como la AMM pasó a liderar el campo del gremialismo médico, por lo que no resultó ajena al clima de turbulencia e inestabilidad político-institucional que signó a la sociedad argentina.

En 1983, con la democracia iluminando nuevamente el país, se recuperó a aquellos médicos proscriptos políticamente, y la continuidad y la firmeza conceptual de la AMM hicieron que la institución desarrollara, de allí en más, múltiples hechos destacables en distintas aristas.

Fue en 1982 cuando obtuvimos en concesión el Polideportivo; y en 2003 adquirimos el predio, que hoy cuenta con maravillosas instalaciones donde se despliega todo tipo de actividades deportivas y sociales.

Un logro notable fue la elaboración, en 1996, de la Carrera Municipal de Profesionales de la Salud, hito de relevancia nacional sin precedentes en la historia del gremialismo médico. Al día de hoy, la AMM permanece como la única institución primaria en el ámbito de la salud que la ha obtenido.

Cuando nuestros maestros pensaron que desde la asociación debíamos capacitar a nuestra gente en administración hospitalaria, empezamos hace ya más de 30 años a hacer realidad el proyecto en la sede central. Actualmente, el Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud cuenta con casa propia y está vinculado estrechamente con las más importantes universidades del país.

En 1986 cuando observamos la aparición de los primeros juicios por presunta mala praxis médica, marcamos rumbo a través de la creación de un fondo para los profesionales de la salud que defendiera y cubriera a nuestros afiliados. A raíz de esto, que constituyó un punto de partida, en 2004 creamos nuestra propia compañía de seguros monorrámica, Seguros Médicos, sin duda alguna, la más importante de la Argentina en prestación y asistencia del riesgo legal de la praxis médica.

En 2006 realizamos el primer curso de delegados de prevención en condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT). Lo concebimos como algo trascendental para la

labor diaria en los hospitales y continuamos aún capacitando en el tema a nuestros profesionales. Como parte de la misma cuestión, hace tres años creamos nuestra comisión de CyMAT con el objetivo de exigir las mejoras más urgentes de las condiciones laborales.

Hoy, esta inquietud visionaria que tuvimos hace tiempo ocupa un capítulo entero en el Convenio Colectivo de Trabajo.

El año 2007 nos enfrentó a uno de los problemas, que actualmente afecta a todo el sector: la violencia contra los profesionales de la salud. Fue entonces necesaria la toma de medidas gremiales de distinto orden, que culminaron en el último paro que realizamos; un tema tan sensible que nos sigue afectando y por cuya solución seguimos reclamando.

En 2009, luego de años de lucha en los ámbitos gremial, judicial, legislativo y administrativo, logramos con la aprobación de la ley 2.637 que los médicos municipales pudieran elegir libremente su obra social, se concretó de esa manera un anhelado objetivo gremial.

Otro hecho que podemos catalogar de histórico fue la firma, a fines de 2010, del primer Convenio Colectivo de Trabajo de la AMM, que convirtió en ley una cantidad muy importante de logros gremiales y sumó nuevos derechos para sus afiliados. El convenio quedó incorporado a la Carrera de Profesionales, que mantiene su plena vigencia. Así conseguimos crear instancias para proteger la salud de los trabajadores y las condiciones y medio ambiente de trabajo, que dignifican la profesión.

También hay que destacar nuestra lucha ineludable por una jubilación digna para nuestros mayores, maestros de la medicina y forjadores de los hospitales públicos. Con respecto a éstos se podrían escribir páginas enteras sobre otros temas como, por ejemplo, las históricas marchas blancas en defensa de la integridad del sistema; la lucha por la continuidad y en contra de cualquier intento de cierre de los hospitales públicos; el logro de contar con paritarias propias, que antes no existían y que, a través de los años, permitieron que los médicos obtuvieran actualizaciones en sus salarios, discutiéndolos nosotros y no otros.

Por eso podemos decir con firmeza y orgullo que jamás, mientras exista un solo médico municipal, se cerrará un hospital público, ni se afectarán la gratuidad hospitalaria, la oportunidad de acceso y la equidad. Esta institución es profundamente democrática, horizontal y participativa, y la única bandera que porta y defiende es la que lleva los colores del gremialismo médico. Nosotros defendemos a los médicos y a la salud pública.

La democracia es para nosotros un valor innegociable que se refleja en la política gremial que hacemos a través de nuestro Consejo Central, de las filiales y de cada uno de los afiliados. Esta asociación siempre tuvo evaluación plena y consenso mayoritario para la ejecución de acciones gremiales, lo que ha hecho desde siempre que cada una de ellas, movilizaciones, solicitadas, paros o cualquier otra, tuvieran una finalidad: el aval de los colegas y por lo tanto, buenos resultados. A la hora de mirar el futuro, sólo nos queda afirmar que seguiremos creciendo y siendo una referencia en el tablero nacional en la defensa de los médicos y de la salud pública. □



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



OSPe

Comprometidos con la
salud y el bienestar

Casa Central | Av. L. N. Alem 690 1º Piso | Ciudad Autónoma de Bs. As. | (C1001AAO) ITE. 5254-5100 (l.r.)



Estamos en un solo lugar:
TODA LA ARGENTINA.

Más de 380 Centros de Atención Personalizada.

