



Modelos de contratación
de servicios asistenciales
Por la Dra. Laura Cordero



Cómo regular
los precios de
medicamentos
Por el Dr. Federico Tobar



Conexiones y
transformaciones
Por el Dr. Ignacio Katz

Mé^odicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XV. N° 79. Marzo 2014



PRAXIS MÉDICA

LA VISIÓN DE LAS ASEGURADORAS

30
años

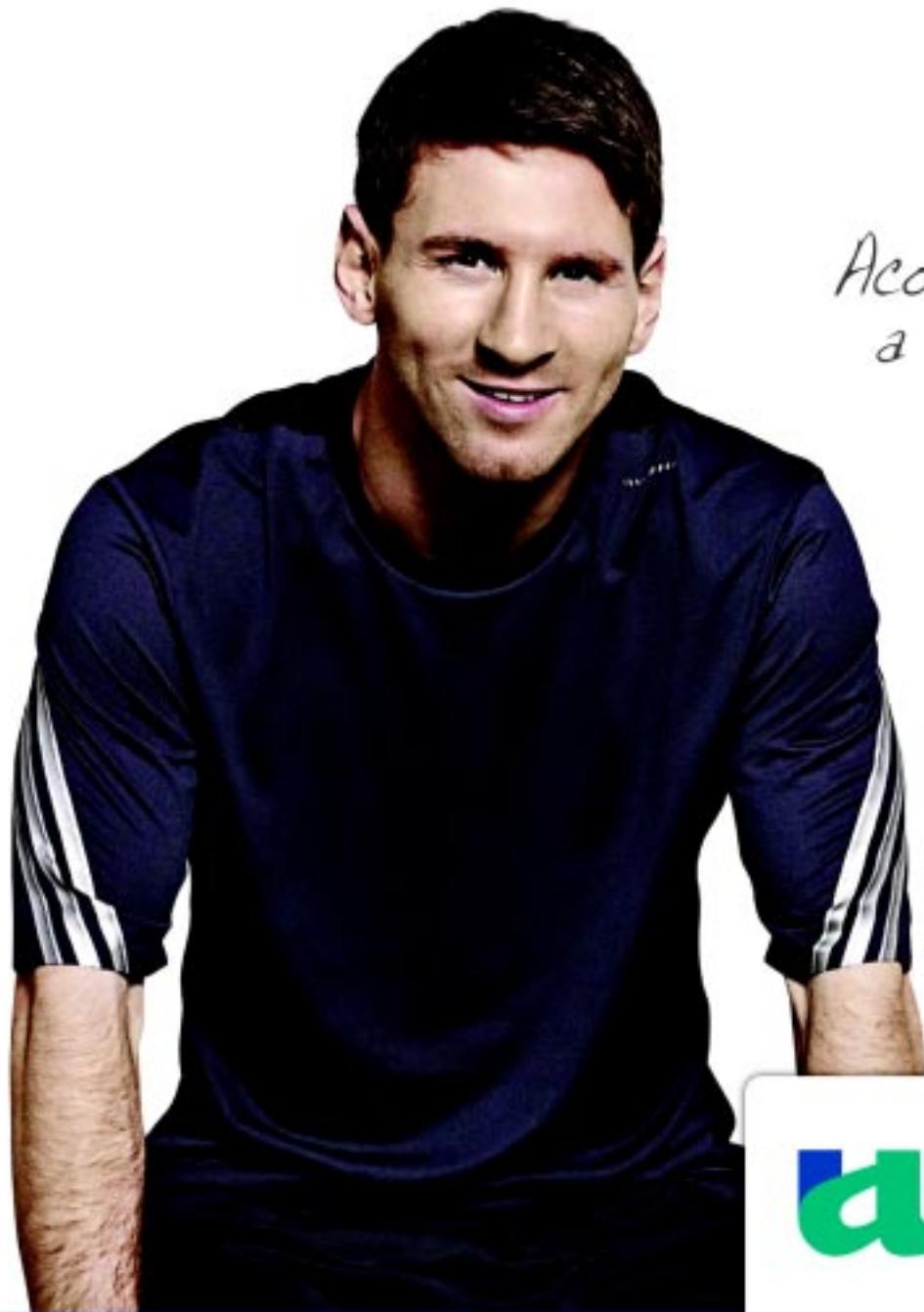


GALENO

siempre
pensando
en vos

www.e-galeno.com.ar





*Acompañándote
a donde vayas.*

 **universal
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO

asistencia al viajero | CALIDAD ISO 9001
universal-assistance.com




SOCIAL TEAM

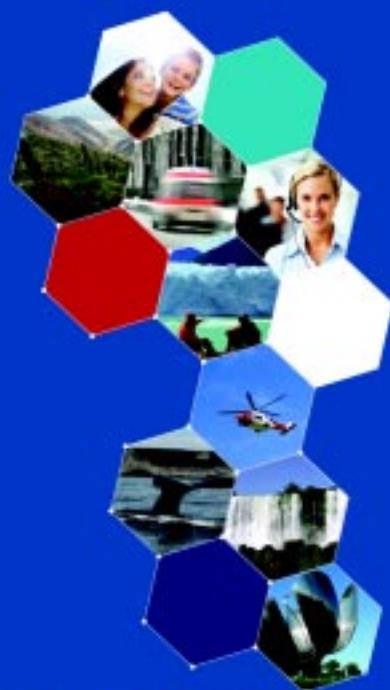

Fundación Leo Messi
EL REGI CHER
www.fundacionleomessi.org

Integrando las acciones sociales de las fundaciones Leo Messi y Universal Assistance en favor de los niños.

 **Fundación
universal
assistance**
para el cuidado de la salud infantil
www.fundacionus.org



La **red** de emergencias médicas
más grande
del país
Llegamos
donde estás



www.sifeme.com

SIFEME S.A. Maipú 471. 6° piso. Capital Federal
Tel/Fax: +54 (011) 4394-7288
e-mail: info@sifemesa.com.ar

LA
CONFIANZA
SE TRANSMITE
de persona a persona



IMAGEN DE LA FEDERE HUMANA HA SIDO RETOCADA Y/O MODIFICADA DIGITALMENTE.

EXISTEN PRESTACIONES OBLIGATORIAS DE COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL. INFORMESE DE LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE INTERNET WWW.BENEFICIOS.GOV.AR. LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD TIENE INSTALADO UN SERVICIO TELEFÓNICO GRATUITO PARA RECIBIR DESDE CUALQUIER PUNTO DEL PAÍS CONSULTAS, RECLAMOS O DENUNCIAS SOBRE PREGUNTAS DE LA OPERADORA DE TRASPAGOS. EL MISMO SE ENCUENTRA HABILITADO DE LUNES A VIERNES DE 9 A 17 HS. LLAMANDO AL 0-800-322 SALUD (72583) - WWW.SSALUD.GOV.AR - FAX: 05-40080-0. ROL EM.P. (PROJ) 408.



**USTED
Y NOSOTROS.
UNA SOCIEDAD
SALUDABLE
PARA ELLOS.**



▶ Usted

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

▶ Nosotros

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

▶ Ellos

sus afiliados, disfrutan de la tranquilidad de viajar protegidos por una SOCIEDAD SALUDABLE.

Llame hoy al



0800 122 2774
y contacte a su ejecutivo ASSIST CARD

**DIVISIÓN
SA+UD**
ASSIST CARD.

ASSIST CARD.
ANYTIME, ANYWHERE, ANY REASON

www.assist-card.com

Suipacha 1111 - Piso 9º - Ciudad de Buenos Aires - Argentina - CP 1008 - divisionosalud@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.

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.

Management eficiente que mejora las prestaciones en el ámbito de la salud.



INNOVACION

ESTRATEGIA

COMPROMISO

- ✦ Administración de redes farmacéuticas
- ✦ Informes estadísticos y de consumo
- ✦ Auditoría y validación on-line de recetas
- ✦ Centro de patologías crónicas
- ✦ Trazabilidad: Auditoría y Gestión

- ✦ Management farmacéutico
- ✦ Uso racional de medicamentos
- ✦ Estudios de farmacoeconomía
- ✦ Venta y distribución de medicamentos



Asistencia al viajero,
nuestra especialidad,
en Salud.



Contáctanos las 24 hs., los 365 días del año.
division.salud@europ-assistance.com.ar
Tel. 0800-333-4490
www.europ-assistance.com.ar

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**



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN

**CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN
MÉDICA INFECTOLÓGICA**



✓ **CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS**

✓ **ATENCIÓN INTEGRAL AL
PACIENTE VIH**



✓ **LABORATORIO**

✓ **VACUNATORIO**

✓ **HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA**



✓ **ÁREA PSICOSOCIAL**

✓ **MEDICINA DEL VIAJERO**

✓ **DIVISIÓN EMPRESAS**



✓ **ACCIDENTES
CORTO-PUNZANTES**

✓ **HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

**PRIMERA INSTITUCIÓN CERTIFICADA EN EL
ÁREA DE SALUD POR GS1 EN ARGENTINA**



Casa Central: Perú 1511/15 | Bs As | Tel: (011) 4363-7400/7499

Sede Belgrano: Sucre 1525 | Bs As | Tel: (011) 4363-7400/7499

RED DE PRESTADORES EN TODO EL PAÍS

www.heliossalud.com.ar

Seguinos en Facebook:  / HeliosSalud



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 Bègné
(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 N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 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: Solprint S.A., Araoz de Lamadrid 1920, Cap. Fed. Tel.: (54-11) 4303-2007/2008.

GRAGEAS	12
ACTUALIDAD <i>Atención Médica Gerenciada</i> <i>Por Daniel R. J. Piscicelli</i>	
<i>OSPAT: Con figuras del deporte cerramos la campaña en Pinamar "Más deporte, más salud"</i>	14
LIBROS <i>Economía y financiamiento de la salud</i> <i>Autores: Miguel Ángel Schiavone y Jorge Francisco Ríos</i>	16
NOVEDADES <i>Ex ministros latinoamericanos expusieron acerca de la cobertura universal en salud</i>	18
OPINIÓN <i>Empresas de informática en la Argentina: Una mirada sobre el impacto de los procesos de sindicalización en la Salud Corporativa</i> <i>Por el Dr. Héctor Barrios</i>	20
COLUMNMA <i>Conexiones y transformaciones</i> <i>Por el Dr. Ignacio Katz</i>	22
VOCES <i>El federalismo en salud no puede servir de justificación a la inequidad</i> <i>Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar</i>	24
PRAXIS MÉDICA Y LA VISIÓN DE LAS ASEGURADORAS <i>La cobertura de RC Profesional Médica está madurando</i> <i>Por: Fernando G. Mariona - TPC</i>	26
<i>El sector asegurador y su situación actual</i> <i>Por el Dr. Jorge Furlán - Prudencia Seguros</i>	28
<i>"El sector ha crecido durante los últimos 5 años"</i> <i>Por el Dr. Fabián Vítolo - Noble Compañía de Seguros</i>	30
<i>"Actor incumbit probatio" (al actor le incumbe la prueba)</i> <i>Por el Dr. Alfredo F. Rossi - Seguros Médicos</i>	32
COLUMNMA <i>Error Médico, Responsabilidad y Ley de Salud</i> <i>Por el Dr. Antonio Angel Camerano</i>	34
OPINIÓN <i>Cómo regular los precios de medicamentos en la Argentina</i> <i>Por el Dr. Federico Tobar</i>	36
INFORME ESPECIAL <i>Modelos de contratación de servicios asistenciales</i> <i>Formas de Retribución Profesional en Salud</i> <i>Por la Dra. Laura Cordero</i>	40
COLUMNMA <i>Células madre: ¿El futuro del desarrollo de nuevas drogas?</i> <i>Por el Dr. Enrique L. Sánchez</i>	46
LA MEDICINA EN EL CINE <i>Cuidados paliativos. A million dollar baby</i>	48
COLUMNMA <i>El Consentimiento Informado en Tratamientos Curativos</i> <i>Por el Dr. Floreal López Delgado</i>	50
OPINIÓN <i>La necesidad de un cambio</i> <i>Por el Lic. Víctor N. Cerasale</i>	52
OPINIÓN <i>Médicos Municipales: Liderazgo en gremialismo médico</i> <i>Por el Dr. Jorge Gilardi</i>	54

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.

Junto a ustedes y gracias a ustedes



0800-444-OSPe (6773)
www.ospesalud.com.ar

Casa Central
Av. L Alem 690 1er. piso (C1001AAO)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Superintendencia de Servicios de Salud
0800-222-SALUD (72583)

OSPe

Obra Social
de Petroleros

Comprometidos
con la salud
y el bienestar

GRAGEAS

ACUDIR S.A. SUMA DOS NUEVAS BASES OPERATIVAS



El 24 de febrero pasado Acudir S.A. inauguró una base operativa situada en Av. La Plata N° 1675 del barrio de Boedo y para fines de marzo abrirá otra base en Av. Monroe N° 1622, barrio de Belgrano.

Estas nuevas posiciones, permitirán agilizar los tiempos de cobertura del servicio en los barrios de Belgrano, Núñez, Palermo, Caballito, Boedo y Parque Chacabuco, en el marco del plan operativo previsto por la Empresa para el presente año.

Con un total de 7 bases distribuidas en forma estratégica, la Empresa garantiza la inmediatez en el arribo frente a cualquier requerimiento de urgencia o emergencia y en la actualidad se ha constituido como el sistema privado con mayor capacidad operativa en la Ciudad de Buenos Aires. ■

HELIOS SALUD INAUGURÓ NUEVA SEDE



Helios Salud trasladó su sucursal de Belgrano a un moderno edificio de la calle Mariscal José Antonio de Sucre 1525 casi esquina Libertador, CABA, a partir de febrero de este año, para brindar mayor comodidad a sus pacientes.

La nueva sede con una planta de dos pisos que consta de:

- ✓ 6 Consultorios médicos infectológicos
- ✓ 2 Consultorios para gabinete psicococial
- ✓ 2 Box de extracción de Laboratorio
- ✓ 2 Salas de espera
- ✓ Amplia recepción
- ✓ Equipada con la mejor tecnología

CONFECCLISA EN EL CONGRESO



El 20 de febrero la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECCLISA), representada por su Secretario, el Dr. Eduardo Cardus, y los Contadores Enrique Cimino y José Parejo, fueron recibidos, por el Senador Nacional Aníbal Fernández.

En el encuentro se detallaron temas de coyuntura y otras problemáticas del Sector. Se mencionó la necesidad de contar con un plan especial de pagos, la implementación del nuevo modelo del Pami y la inequidad del Crédito Fiscal IVA no computable, entre otros temas. Finalmente se acordó trabajar con los equipos técnicos para profundizar el tratamiento y la elaboración de las propuestas legales y reglamentarias posibles. ■

AVANCE CONTRA LA HEPATITIS C

Finalizaron con éxito los ensayos clínicos de AbbVie con una nueva triple terapia oral contra el virus de la hepatitis C de genotipo 1. El innovador tratamiento antiviral, combinado con ribavirina, alcanzó hasta un 96% de respuesta viral sostenida en pacientes con cirrosis.

El nuevo tratamiento antiviral de acción directa, que está en vías de presentarse a las autoridades regulatorias de Estados Unidos, es completamente oral, no requiere interferón y tiene una duración de apenas 12 semanas en la mayoría de los casos. En la Argentina, el registro y lanzamiento está previsto para mediados de 2015.

Según mostraron seis ensayos clínicos de fase III realizados con 2.300 pacientes de 25 países, la terapia 3D resultó eficaz en más de nueve de cada diez personas infectadas con el virus de la hepatitis C (VHC) que no habían recibido tratamiento previo, o que habían probado sin éxito las terapias estándar.

El régimen oral diseñado por AbbVie consiste en la combinación de tres drogas (ABT-450/ritonavir, ABT-267 y ABT-233) que atacan directamente el ciclo de reproducción del virus por tres mecanismos diferentes, inhibiendo su replicación en el hígado. ■

PROGRAMA NACIONAL DEL ITAES PARA LA MEJORA CONTINUA



La Universidad Católica de Córdoba (UCC) y el ITAES firmaron un acuerdo de colaboración para el desarrollo de actividades relacionadas con la calidad y seguridad en el proceso de atención de la salud. Expresando el elevado interés en esta temática, por su trascendencia educativa, científica, social y cultural, firmaron dicho acuerdo el Sr. Rector de la UCC, Dr. Alfonso José Gómez y el Sr. Presidente del ITAES, Dr. Ricardo Durlach.

La responsabilidad asumida en este convenio servirá de marco para elaborar una agenda de trabajo que permita alcanzar los objetivos propuestos, como dar respuestas concretas a los requerimientos de los establecimientos asistenciales en temas específicos que los ayuden a adecuarse a los estándares de calidad.

Constituyendo un paso más en la construcción de un Programa de alcance nacional, la firma del acuerdo pone de manifiesto y reafirma el compromiso de ambas Instituciones con el concepto de que "la calidad y seguridad en el cuidado de la salud es una responsabilidad de todos".

Por intermedio de este Programa Nacional del ITAES se propiciará fortalecer los vínculos con otras organizaciones en pos de promover, compartir y divulgar los procesos de la calidad y seguridad en la atención médica. ■

TPC NUEVO DIRECTORIO



El pasado 30 de octubre TPC Compañía de Seguros S.A. celebró su Asamblea General Ordinaria en la que se aprobó por unanimidad la "MEMORIA Y BALANCE DEL EJERCICIO N° 11" (1 de julio 2012 al 30 de junio 2013), la gestión del Directorio y la Sindicatura. En dicha asamblea quedó designado el nuevo Directorio y se propuso la creación de la "Presidencia Honoraria" en reconocimiento a la trayectoria y el indiscutido aporte a la sociedad desde su etapa fundacional del Sr. Antonio Gómez Muñoz.

La distribución de cargos quedó conformada así:
Presidente Honorario: Antonio Gómez Muñoz
Presidente: Fernando Gómez
Vicepresidente: Marcelo A. Gómez
Directores titulares: Antonio Gómez Muñoz - Sergio Navarro - Fernando G. Mariona - Gabriel Hamui.
Sindicatos titulares: Leonardo Levin - Juan Carlos Bagnasco - Víctor Goldberg.
Director ejecutivo: Gabriel Hamui, quien tiene a su cargo las gerencias de la compañía. ■



WaveLight - Allegro Topolyzer



WaveLight - Allegro Analyzer II - Pentacam



Spectralis Engineering - OCT y HRA

Tecnología y precisión para sus pacientes

Nuestro servicio de Oftalmología cuenta con aparatología de última generación para la realización de estudios de baja y alta complejidad. Confíe en nosotros el cuidado de sus pacientes.

- Pentacam
- Iol master
- OCT - Tomografía de coherencia óptica
- Campo visual computado
- Ecometría
- Recuento endotelial
- Topografía corneal computarizada
- Paquimetría ultrasónica computarizada
- Ecografía



Swiss Medical Center: Av. Pueyrredón 1443, piso 11 | Turnos: 0810-333-8876
Consultas: reoftalmologia@swissmedical.com.ar

Atención Médica Gerenciada

Es conocido el incremento en los costos vinculados con la atención de la salud en todo el mundo, hecho al que no somos ajenos en nuestro país, en la atención médica, los costos van siempre por delante de la inflación. En los EE.UU., país con la más alta tecnología médica, los gastos en salud se incrementaron en forma excesiva, no obstante más de 40 millones de norteamericanos carecen de toda cobertura médica.

Esta situación generó el concepto del Gerenciamiento de la atención médica (managed care) sobre todo a través de las organizaciones para el mantenimiento de la salud, las HMO. Las evidencias mostraron que el managed care, puede disminuir inicialmente los gastos médicos sin comprometer la calidad de los servicios si se implementa en forma adecuada.

El gran problema reside cómo organizar un sistema de Gerenciamiento de la atención médica manteniendo la calidad de los servicios y evitando que prime solo el concepto de costo-beneficio.

Las entidades no lucrativas en nuestro país, como los Hospitales de Comunidad, entienden perfectamente este concepto, que resulta más difícil para las empresas de capital privado.

Al mismo tiempo a las empresas no lucrativas les resulta más complicado instrumentar la visión comercial en sus promociones, lo que evidentemente les resta competitividad en un mercado desregulado. Es evidente que las organizaciones médicas que, pongan mayor énfasis en la medicina preventiva y en los cuidados primarios de la salud, obtendrán no sólo una importante reducción de costos médicos sino también una mayor calidad en la atención de la salud.

Desde hace muchos años las entidades denominadas no lucrativas, han desarrollado estos positivos conceptos



Por Daniel R. J. Piscicelli
Director Regional
División Salud
EUROP ASSISTANCE
INTERNACIONAL

generando organizaciones en crecimiento del trabajo de "médico en equipo" con el concepto del grupo médico multidisciplinario con historia clínica única en sus centros de atención, redes integradas de servicios que facilitan la interconsulta rápida y la participación del equipo médico en la formulación del diagnóstico y tratamiento buscado, así se logra mayor eficiencia y rapidez en los procedimientos.

Esto disminuye costos y mejora la calidad, facilitando de esta forma la auditoría médica, actuando cada uno de sus miembros como "auditor de los demás".

Desde los comienzos estas entidades no lucrativas desarrollan temas de docencia e investigación como una manera de mantener actualizado a su equipo médico, además de alentar a sus afiliados a elegir dentro de los integrantes del equipo profesional a su "médico personal" y, a poder realizar por su intermedio controles en salud de manera

preventiva. También han creado varias de estas instituciones, el Consejo de Administración de grupos de afiliados que hacen llegar sugerencias e inquietudes para lograr más y mejores servicios.

Se desarrollan planes de asistencia con aspectos diferenciales de acuerdo con las características de cada población, planes individuales, corporativos, empresarios y planes especialmente diseñados para la desregulación.

Como conclusión, es evidente que el "gerenciamiento de la atención médica" es un hecho ya del presente, y que tendrá aún mayor desarrollo en el futuro, estando alerta de cómo se desarrollará el mismo, para no poner en peligro la calidad y la personalización de la atención médica que debe primar sobre todo concepto vinculado con el control del gasto, de esta forma se estará más cerca de la gente, que es el foco y desarrollando ¡una medicina humanizada! □

CON FIGURAS DEL DEPORTE CERRAMOS LA CAMPAÑA EN PINAMAR "MÁS DEPORTE, MÁS SALUD"



Durante los meses de enero y febrero OSPAT desarrolló su campaña de verano "Más deporte, más salud". Las acciones principales de esta estrategia orientada a promover la actividad física tuvieron lugar en el tradicional balneario CR de Pinamar, donde referentes del deporte nacional dictaron clínicas sobre diferentes disciplinas.

"Implementamos esta campaña entendiendo que la actividad deportiva y recreativa no solamente genera hábitos que permiten alargar la vida sino que además incluyen socialmente", expresó el presidente de OSPAT, Carlos Felice, quien se mostró muy satisfecho por el alto nivel de participación del público y de figuras convocadas.

Fútbol, rugby, hockey, vóley, beach tennis y natación fueron los deportes elegidos para las demostraciones. Según Felice, "se buscó motorizar a través de este ciclo clínicas deportivas en la playa la posibilidad de que los niños desde muy chicos aprendan prácticas saludables y valores que harán que tengan una vida mejor en el futuro".

OSPAT logró sumar a su campaña a "Chapa" Retegui, entrenador de los seleccionados femenino y masculino de hockey, a los exfutbolistas Navarro Montoya y Chelo Delgado, y al último campeón del mundo de nado en aguas abiertas, Damián Blaum, quien estuvo acompañado por la subcampeona mundial en esta disciplina, la española Esther Núñez.

Además de estas reconocidas figuras, estuvieron a cargo de las clínicas deportivas OSPAT los jugadores del San Isidro Club, Lucas Alcacer, Federico Gallo y Toto Etchart, y los máximos exponentes locales del beach tennis, Adrián Gudon y Alejandro Pardini. En el caso del voley, la demostración estuvo dirigida por el entrenador y preparador físico Pablo Gianelli.

La campaña "Más deporte, más salud" se implementó con el objetivo de alentar a los veraneantes a dejar de lado el sedentarismo y tomar conciencia sobre la importancia de adoptar la actividad física como un hábito.

OSPAT es una obra social sindical nacional que cuenta con cerca de 300 mil afiliados. Su crecimiento se sustentó en la transparencia y honestidad, en la efectividad y calidad de los servicios para los beneficiarios y en la garantía de acceso a todos los trabajadores.

Telefonica

El Instituto Zaldívar también ve más allá_

Aportamos la tecnología necesaria para desarrollar el nuevo sistema de telepresencia del Instituto Zaldívar. Incrementamos la capacidad de diagnóstico de la organización líder en oftalmología para consolidar un modelo de atención de vanguardia.

Porque ver más allá es transformar posibilidades en realidad.



EN COLABORACIÓN CON

Z

ZALDIVAR

Economía y financiamiento de la salud

Autores: Miguel Ángel Schiavone y Jorge Francisco Ríos

PREFACIO

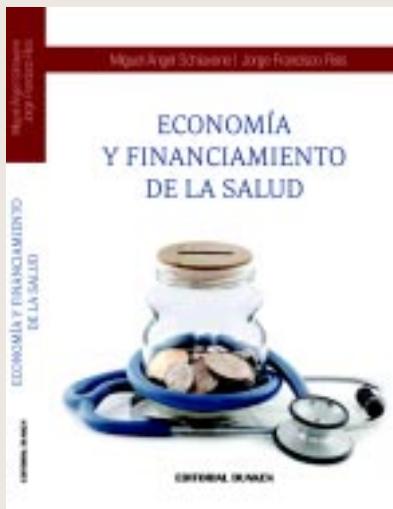
La economía de la salud es la rama de la economía que se encarga del estudio de las demandas y necesidades sanitarias, así como la oferta, cobertura y utilización de servicios de salud y atención médica. El estudio de esta nueva disciplina se sustenta en un marco teórico propio en el que conjugan elementos de las ciencias económicas, de las ciencias de la salud, de las ciencias sociales y de las tecnologías de la información.

La aplicación de la economía en el campo de la salud se deriva de la propia definición de economía, como el uso correcto, efectivo y eficiente de los recursos que son siempre escasos. Economía de la Salud es una disciplina nueva que nace en 1976 en Estados Unidos de América, y sus primeras publicaciones provienen de la década del 80. Si bien hay antecedentes previos recién en la década del 90 comienza a desarrollarse con más énfasis en nuestro país a través de Jornadas y Seminarios.

El presente libro nace ante la necesidad de dar respuesta a la demanda de publicaciones nacionales en relación a este tema ya que tanto a nivel de grado como de posgrado, las referencias bibliográficas eran hasta ahora de autores europeos o norteamericanos, por lo que esperamos que la presente obra sea de utilidad para difundir los conocimientos y sus aplicaciones en el sector salud. El texto está destinado a estudiantes de grado de ciencias económicas y de la salud pero también es de esperar que sea de interés para profesionales que actualmente se desempeñan en estos campos.

Cada uno de los capítulos está escrito por expertos y referentes internacionales en la materia. Los temas seleccionados constituyen los fundamentos de economía y financiamiento de la salud y se incluyen algunos capítulos con temas específicos de aplicación práctica, los que resultarán de interés para profesionales de los distintos ámbitos relacionados con el sector salud tanto en la Gestión Sanitaria como en la Economía de la Salud.

Finalmente queremos agradecer a los autores de los capítulos por sus excelentes contribuciones, al Prof. Vicente Ortún por su prólogo y a la



Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) por su colaboración en la publicación de esta Obra.

Miguel A. Schiavone
Jorge F. Ríos

PRÓLOGO

La sabiduría, el conocimiento como mínimo, está en la red, pero menos del 1% de sus contenidos tiene calidad e interés. Hay que agradecer la experta navegación de los profesores Miguel A. Schiavone y Jorge F. Ríos quienes han buscado reunir una parte de ese 1% para componer un mosaico iniciático a caballo entre la economía de la salud y la investigación sobre servicios sanitarios, tratando de conjugar rigor de fundamentación con relevancia para una gestión de los servicios sanitarios que priorice el objetivo salud.

Los títulos de los capítulos describen su contenido. Pueden abordarse casi en cualquier orden por lectores presumiblemente sanitarios que como William Petty busquen su John Graunt. Abandonar la lectura de un capítulo es inmediato, profundizar siguiendo las referencias bibliográficas también.

No todo puede cubrirse en esta obra. Muchos lectores argentinos estarán ya familiarizados con los trabajos de Daron Acemoglu y James Robinson (particularmente *Why Nations Fail*) especialmente relevante en contextos nacionales, como los de la mayor parte de los autores del libro, caracterizados por una calidad

institucional manifiestamente mejorable. En las reformas sanitarias tienen importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social, legitimidad que se acrecienta con un buen gobierno, concepto complejo en el que se incluyen, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

Hay que mantener la atención en los determinantes básicos del estado de salud en la población, especialmente aquellos que se manifiestan en situaciones de crisis: los derivados de una mala nutrición, el desempleo, el deterioro ambiental o el estilo de vida. Los servicios sanitarios no dejan de ser unos recién llegados a la constelación de determinantes de la salud y su acción no puede suplir deterioros básicos en, por ejemplo, renta o educación.

La esencia de la gestión clínica -y sanitaria- pasa por reducir la brecha entre efectividad y eficacia, que se obtiene por aquello por lo que se paga y que la gestión de las organizaciones sanitarias desborda los contornos de las mismas. Parecería pues, lógico, pagar por resultados en términos de salud y utilizar los incentivos de la competencia por comparación. Sería conveniente acabar con las letanías "más sanidad", "más educación", "más I+D+i" para trabajar en mejor sanidad, mejor educación, mejor I+D+i, aplicando lo que ya sabemos. Una mejor gestión sanitaria precisa de una mejor política con calidad regulatoria, imperio de la ley, efectividad gubernamental y control de la corrupción.

Y para acabar de animar al lector nadie mejor que Borges: Uno llega a ser grande por lo que lee, no por lo que escribe. □

Vicente Ortún
Centre de Recerca en
Economia i Salut (CRES)
Decano de la Facultat de
Ciències Econòmiques
y Empresariales
Universitat Pompeu
Fabra, Barcelona
Expresidente de AES España
y expresidente de SESPAS



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 Provisión Médica



Ex ministros latinoamericanos expusieron acerca de la cobertura universal en salud

La Escuela de Verano de Salud Pública de la Universidad ISALUD que se realizó del 10 al 14 de febrero convocó a la Dra. María Julia Muñoz, Ministra de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (2005-2010); la Dra. Caroline Chang, Ministra de Salud Pública de la República del Ecuador (2007-2010); el Dr. Óscar Ugarte Ubilluz, Ministro de Salud de la República del Perú (2008-2011); y el Dr. Ginés González García, Ministro de Salud y Ambiente de la República Argentina (2002-2007) para abordar las reformas sanitarias latinoamericanas y reflexionar sobre sus alcances y límites.

Auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el encuentro se inició con un mensaje de su Directora, Dra. Carissa Etienne, en el que remarcó que el debate sobre la cobertura universal en salud (CUS) resulta de una oportunidad clave, ya que todos los países de la región están comprometidos con los principios y la visión. Sin embargo explicó que cada país está estableciendo su propio rumbo hacia ella, y el compartir experiencias y lecciones aprendidas constituye una excelente oportunidad. Dijo además que la CUS, basada en los derechos humanos esenciales, constituye una responsabilidad de todos los gobiernos.

A continuación el Dr. Alejandro Gherardi, Representante interino de OPS/OMS en la Argentina, presentó la posición oficial de la Organización respecto de la CUS, basándose en las propuestas del informe sobre la salud en el mundo 2010, de la OMS, y resaltó que dicha postura es esgrimida desde la propia creación del organismo, siendo ratificada ampliamente en diversas instancias, entre las cuales mencionó la reunión de Alma Ata, en 1978.

Para finalizar la apertura, el Rector de la Universidad ISALUD, Dr. Rubén Torres, profundizó en los aspectos de equidad, en términos de acceso a bienes y servicios de salud, en igual condición de oportunidad y calidad para todos los ciudadanos; el paulatino pasaje de la fragmentación y segmentación hacia sistemas centrados en redes integradas de servicios de salud; la ga-



rantía de acceso a trabajadores de la salud correctamente capacitados, retribuidos y desplegados especialmente; la necesidad de priorizar el financiamiento de la salud, poniendo énfasis en la disminución del gasto de bolsillo. Finalmente destacó la necesidad de implementar buenas prácticas de gobernanza y gobernabilidad, no sólo del sector, sino del conjunto.

El segundo día, la Dra. Chang hizo referencia a su experiencia en el proceso de transformación del sector salud en Ecuador, resaltando que prefería esta denominación de transformación a la de reforma dado la existencia de una dinámica permanente de cambios en el sector sanitario.

En las líneas centrales del proceso, destacó la decisión política y respaldo del presidente de ese país —Rafael Correa— en su designación al frente de la cartera de salud. Tanto ella como su equipo no contaban con experiencia en la militancia política partidaria. Remarcó, entonces, la contemplación del presidente Correa en aspectos técnicos como un respaldo clave para el proceso.

Puso también un importante énfasis en la necesidad de generar participación popular en los caminos de avance hacia la CUS, empoderando a la sociedad civil en su conjunto detrás de la consecución de la misma. Finalmente presentó una conmovedora defensa de la participación política de la mujer, remarcando las diferencias que aún persisten en términos de igualdad de género.

Por su parte, el Dr. Ugarte presentó los avances habidos por el

Perú en el camino de la CUS, profundizando en la disminución de la fragmentación y segmentación, integrando los seguros contributivos con los públicos y con participación privada. A la vez mostró cifras elocuentes respecto del aumento del financiamiento estatal de la salud.

En lo que respecta a Uruguay, la Dra. Muñoz, expuso en un primer momento la situación de contexto político social hallada en ese país, en el momento de su ingreso a la cartera de Salud Pública, destacando los niveles de pobreza y especialmente de inequidad en el acceso a los servicios. Asimismo, destacó la estrategia de incorporación paulatina de universos (menores de 18 años, esposas, jubilados, etc.) al Sistema Nacional Integrado de Salud —creado durante su mandato—, describiendo detalladamente los aumentos del financiamiento público, la integración del sector mutualista, la descentralización del ASSE (sistema de servicios de salud del Estado), la instrumentación del Seguro Nacional de Salud, su órgano de control (Junta Nacional de Salud), la incorporación a todos esos estamentos de la representación de trabajadores del sector y la ciudadanía, y la descripción de todos los instrumentos legales que soportaron la reforma.

El cierre del encuentro, estuvo a cargo del ex ministro de la cartera sanitaria en la Argentina, Dr. González García, quien inició su exposición haciendo también referencia al contexto de crisis económica y social en que debió asumir su responsabilidad, describiendo luego el espíritu de las herramientas generadas para el fortalecimiento del sector, poniendo especial énfasis en el programa REMEDIAR, de entrega gratuita de medicamentos, la aprobación de la ley de prescripción de medicamentos por su nombre genérico y el programa NACER.

Asimismo, destacó la necesidad de avanzar en la integración de los sectores, tomando en cuenta los particulares aspectos que la condición de país federal impone a la Argentina. Por último se refirió a las modificaciones socioculturales y la innovación tecnológica, como aspectos fundamentales a tener en cuenta en el camino hacia la CUS. □





Trabajando en equipo, sumamos oportunidades para nuestros Asegurados

La Compañía de Seguros especialista en Responsabilidad Profesional que amplió su cartera de seguros para brindarle más soluciones a las empresas y a los profesionales de la salud.

CAUCIÓN I VIDA I ACCIDENTES PERSONALES
RESPONSABILIDAD CIVIL I PRAXIS PROFESIONAL



TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

CALIFICACIÓN



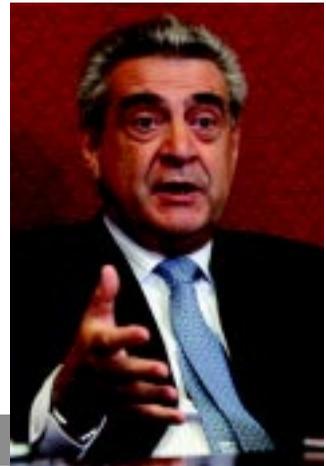
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Av. Belgrano 634, Piso 9 - 1092AAT, Buenos Aires Argentina - Tel. (54 11) 4876.5300

Empresas de informática en la Argentina: Una mirada sobre el impacto de los procesos de sindicalización en la Salud Corporativa

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



A fines del año pasado, luego de varios años de avances y retrocesos en el tema, el Ministerio de Trabajo de la Nación otorgó la inscripción gremial a la Unión Informática, sellando de alguna manera la sindicalización del sector homónimo.

Esto no significa necesariamente el ingreso de todas las personas presuntamente alcanzadas por los encuadramientos al nuevo Sindicato. Aunque probablemente sí hará que las empresas informáticas deban comenzar a transitar el camino con ese o con otros Sindicatos.

No nos vamos a referir aquí al impacto económico que esto genera en el negocio de las empresas, sino al impacto que el proceso genera en la organización y, sobre todo, en la gente.

En efecto, en materia de Salud Corporativa el cambio que va a llegar afecta a la organización, porque el inevitable proceso de ingreso a un Sindicato –cualquiera sea– y el consecuente pase a una Obra Social Sindical –cualquiera sea también– requiere de numerosas tareas administrativas que incluyen desde la movilización de las personas para la realización de trámites, hasta la preparación de una importante cantidad de documentación y de formularios. Sólo imaginemos lo que es organizar a 300, 500, 1.000 o incluso más personas respecto de cuándo y dónde ir a realizarlos y el impacto que tiene en el área de Operaciones de la empresa.

Estamos refiriéndonos en primer lugar a la recategorización del personal involucrado, ya que pasa de ser “personal de dirección” a “personal de convenio” hecho que requiere del correspondiente trámite en Anses y luego debe necesariamente afiliarse a ese personal a la Obra Social de la actividad.

La pregunta aquí es si la Obra Social de la actividad brindará la calidad y el alcance de las coberturas y beneficios que dichos empleados tenían antes de la sindicalización. Tengamos presente que las empresas del sector informático han venido brindando un beneficio médico muy competitivo en términos de mercado. De hecho, prácticamente el 100% de los empleados reciben la atención médica a través de alguno de los principales operadores de salud (GALENO, MEDICUS, OMINT, OSDE y SWISS MEDICAL).

Este beneficio es financiado en su mayor parte con los aportes y contribuciones legales y, eventualmente, si dichos importes no alcanzaran a cubrir el costo médico, son las empresas las que usualmente se hacen cargo de las diferencias.

Ahora bien ¿qué impacto genera este cambio en la financiación del gasto médico?

Al recategorizar a los empleados en la Obra Social

de la actividad, automáticamente los aportes y contribuciones son derivados a dicha entidad, razón por la cual se deja de financiar las cuotas de los planes médicos vigentes. Por lo tanto, si el personal involucrado quiere mantener el actual plan médico, necesariamente debe llevar a cabo el proceso de “Desregulación” de la Obra Social de la actividad.

Por eso es clave entender cuál es el “mapa de situación” de la población involucrada, ya que todas las personas no realizan el mismo trámite, ni requieren de la misma documentación para los mismos. Por lo tanto es vital conocer perfectamente “qué” debe organizarse y “cómo” organizarlo. Los tiempos que se demore en llevar a cabo el proceso, puede tener un alto costo económico. Por eso resulta indispensable la planificación adecuada y la preparación con suficiente antelación de la documentación a presentar.

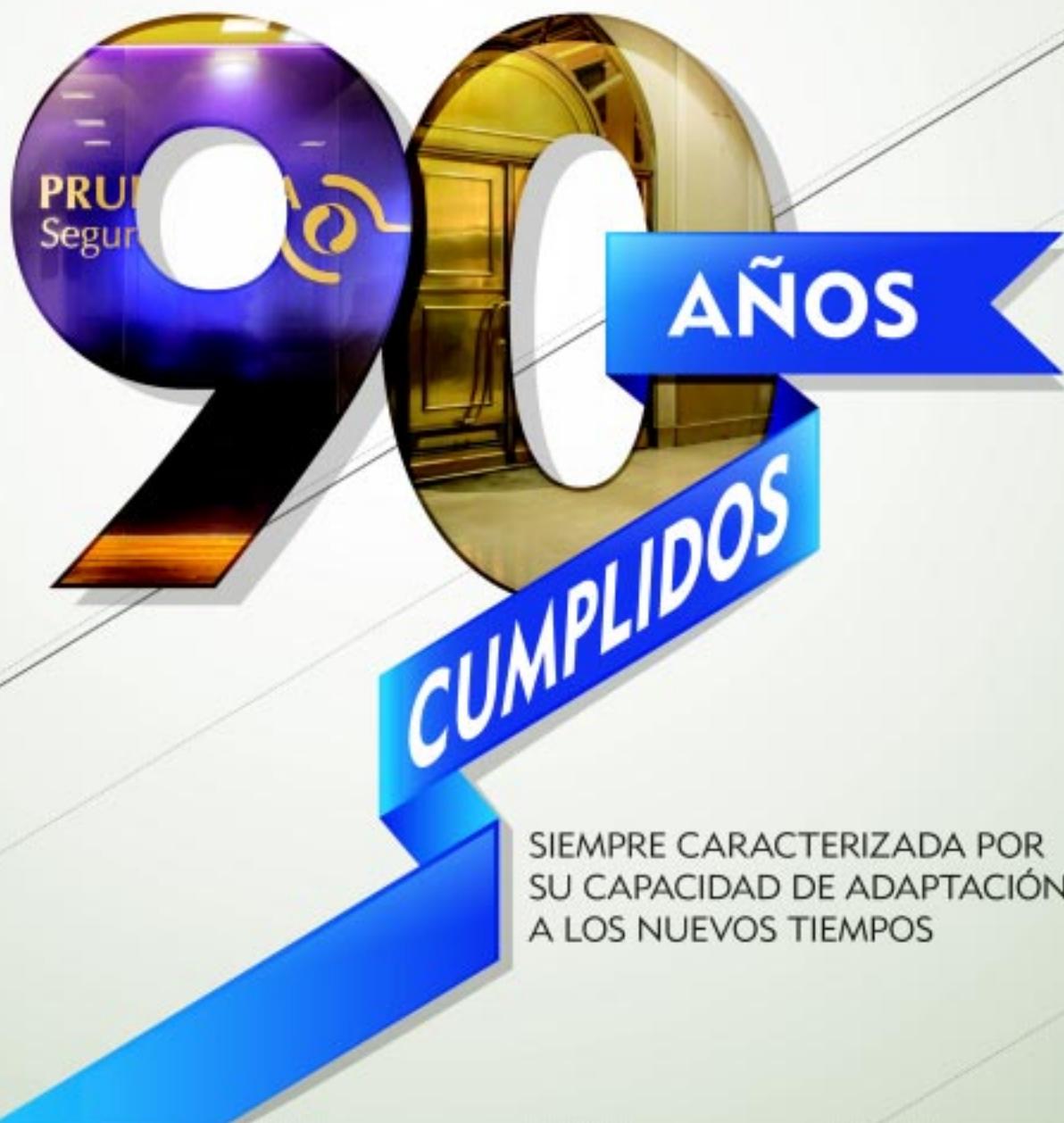
También la Comunicación es un elemento muy importante. La noticia de un cambio de Obra Social genera una cuota de ansiedad y de interrogantes en la gente alcanzada por el proceso. Y aun en los casos en que no hay cambios en la cobertura médica, resulta indispensable una fluida y clara comunicación: pensemos que la Salud es el elemento más valorado por la gente luego del salario.

TIPS PARA EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

- ✓ Contar con “socios internos” que dimensionen los impactos del proceso en las distintas áreas de la organización.
- ✓ Entender el mapa de situación de la población involucrada.
- ✓ Organizar la comunicación y los interlocutores en cada situación.
- ✓ Organizar los tiempos y procesos del cambio.
- ✓ Preparar toda la documentación respaldatoria para efectivizar los trámites.
- ✓ Tener en cuenta los tiempos de recredencialización de la empresa Prepaga (si correspondiere).
- ✓ Planificar el impacto y los “schedules” en el área de Operaciones en el caso de llevar a cabo la desregulación de Obra Social.
- ✓ Cuantificar los efectos de contar con Obras Sociales diferentes para el grupo “Fuera” y para los “Dentro de Convenio” (excedentes y déficits de aportes y contribuciones legales).

En fin, como siempre amigo lector, los cambios requieren de adaptaciones...y también de una adecuada planificación. □

PRUDENCIA
Seguros

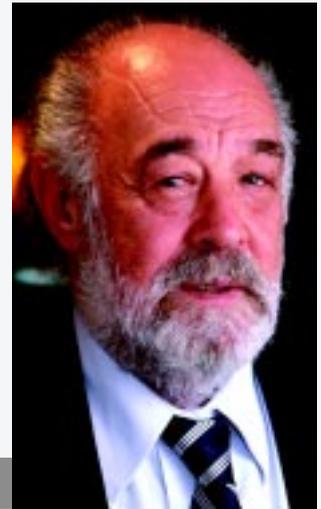


PRUDENCIA SEGUROS

Palacio Houlder | 25 de Mayo 489, P.6 | C1002ABI | CABA | ARG | Tel: +5411 5235 8816
prudencia@prudenciaseguros.com.ar | www.prudenciaseguros.com.ar

Conexiones y transformaciones

“Quien no quiere pensar es un fanático;
quien no puede pensar es un idiota;
quien no osa pensar es un cobarde”
Francis Bacon 1561 – 1626



Por el Dr. Ignacio Katz

Pensar no es adoptar ideas ajenas. Bajo esa premisa, para reflexionar sobre la participación de la salud en la clase de vida de nuestra sociedad se hace necesario el camino de la profundización del análisis de la realidad y la relevancia de los problemas metodológicos para formular diagnósticos y elaborar instrumentos a los cuales recurrir. Vale señalar que “método” en griego significa “camino” y éste impone guías o indicadores que están dados por la siguiente secuencia: datos-información-conocimiento-comprensión-discernimiento. Por lo tanto, de lo que se trata es de pensar caminos, recorridos, que nos orienten para comprender el panorama del campo sanitario en la Argentina, y, lo que es más importante, que nos lleven a un destino de transformación social.

Conocer los instrumentos para el recorrido de este camino nos permite comprender los distintos elementos que influyen en la realidad de la salud de los habitantes del país. Por caso, uno de ellos es el accionar de las burocracias que se encuentran involucradas en el tema y las consecuencias en que nos hallamos inmersos a partir de esa verdadera “casta de rémoras”. También nos permite diferenciar “confusiones” de “complejidades”, lo que nos lleva a examinar las interacciones que permanentemente se dan en el ámbito económico y social. Estas sólo pueden ser reconocidas y calibradas si se poseen criterios metodológicos específicos para distinguir una situación difícil de comprender por una confusión de conceptos y actores, de otra caracterizada por la multiplicidad de factores intervinientes.

Joseph Schumpeter decía que “*la economía es un gran carruaje en el que viajan muchos pasajeros, cuyo interés y cuya eficacia no son compatibles entre sí*”. Si trasplantamos ese razonamiento a la órbita de la salud, también comprendemos que el campo sanitario puede asemejarse a un vehículo con pasajeros con diferentes intenciones, estilos y objetivos. Esquemáticamente, la “atención médica de la salud” puede visualizarse como siendo transportada en un vehículo que contiene como elementos básicos a sus componentes: prestador –proveedor – financiador–

usuario (a los que he hecho referencia en el libro “La Fórmula Sanitaria”-*Eudeba*, 2003). El aspecto más delicado es el siguiente: cuando se da la pelea entre quienes desean tener el rol de conducir el transporte y fijar el destino, sin importarles el bien común.

¿Cómo forjar herramientas en este perpetuo conflicto -en salvaguarda del bien común y de la dignidad humana- para no caer en las distintas variantes de la esclavitud y simultáneamente en el barbarismo deshumanizante? Como bien se sabe, todo conflicto tiene su origen en la contradicción entre:

- las fuerzas productivas y
- la forma de las relaciones.

En la actualidad, no podemos desconocer que los modos de producción de los servicios asistenciales se modificaron de manera creciente a partir de 1970 por el incremento de los conocimientos y el impacto tecnológico que los acompañaron en forma sinérgica, a los que se sumaron cambios no menores como los que impuso un mercado desregulado. Lo antedicho obliga no sólo a una revisión del campo de la salud, sino a un profundo cambio de paradigma (ruptura epistemológica) que posibilite un rediseño de la arquitectura organizacional que abarque su estructura, su estrategia y su cultura laboral, y tenga como soporte un *acuerdo sanitario que englobe al sector público y privado en un sistema federal integrado de salud* como garantía del crecimiento de la productividad y del desarrollo humano.

Las nuevas herramientas informáticas y toda la aparatología de última generación, donde la cultura digital predomina, ponen en tensión los modos de estructurar las relaciones entre los diversos actores del campo de la salud, inclusive -y como algo no menor- el vínculo entre pacientes y médicos. ¿Está organizado el espacio sanitario de una forma que asimile orgánica y positivamente este enorme paquete de innovaciones?

La vulnerabilidad en salud está dada prioritariamente por las desigualdades que provoca la inequidad distributiva, el envejecimiento de la población y

la multiplicación de demandas ante carencias de políticas no sustentadas en estructuras articuladas en concordancia con los actuales conocimientos y los recursos instrumentales actuales. Por lo tanto, se hace perentoria una planificación estratégica y el cumplimiento de una agenda que de ella emane. Dicha planificación debe tender un "puente de plata" entre la atención médica basada en los recursos tradicionales y este nuevo sistema contemporáneo de producción de servicios asistenciales.

En cuanto a la viabilidad financiera del sistema sanitario, ésta no depende sólo de la evolución de las variables macroeconómicas ya que existen factores activos que atañen a las demandas de salud y a la planificación y gestión del sistema. Dado que las estructuras administrativas en general son débiles, están poco desarrolladas y se hallan dispersas con escasa articulación entre ellas, se impone una organización de la salud pública en red, según grados de complejidad para lo cual el primer paso es lograr un "Acuerdo Sanitario Nacional" que reconozca no sólo esa fragmentación y la consecuente dilución de responsabilidades, sino también los cambios en los modos de producción de los servicios asistenciales que no están representados en la actual organización (que, a fin de cuentas, en realidad es una desorganización). Y este Acuerdo debe ser el producto de una negociación permanente dado el equilibrio dinámico inestable que impone el devenir del "camino" a los diferentes "pasajeros" de este particular transporte.

El Estado, ante un recorrido en permanente ebullición de reclamos cruzados, debe cumplir un papel prioritario, ya que él constituye la estructura social y tiene que ser el orientador máximo del trayecto.

Al mismo tiempo, y sin diluir las responsabilidades estatales, se requiere una sociedad responsable y participativa a fin de adaptarse y potenciar los cambios que la realidad impone y así lograr un nivel deseado en la seguridad social acorde a la multiplicación de demandas.

Llegado a este punto, vale diferenciar el concepto de *individuo* del de *ciudadano*. El primero se manifiesta solitario, sin más vínculos con los demás que el interés privado. En cambio, el ciudadano es quien asume la responsabilidad de mitigar los efectos causados por la brecha entre los necesitados y los poseedores de los recursos. El ciudadano es activo, demanda y busca que se cumplan sus derechos.

En esta etapa, para que la atención de la salud en la Argentina deje de ser un territorio fragmentado en miles de islas, también se necesita de la concientización popular. Ahora más que nunca. □

Ignacio Katz Doctor en Medicina (UBA).
Director Académico de la Especialización en Gestión
Estratégica de Organizaciones de Salud Universidad
Nacional del Centro (UNICEN).

UNIVERSIDAD
ISALUD
EDUCACION PARA LA
TRANSFORMACION

MAESTRÍAS, ESPECIALIZACIONES Y PROFESORADO 2014

- » ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD
- » SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
- » MEDICINA LEGAL
- » ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
- » AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD
- » PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- » ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS DEL ADULTO Y ANCIANO
- » FARMACOPOLÍTICAS
- » GESTIÓN DE SERVICIOS DE DISCAPACIDAD
- » GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL
- » GESTIÓN DE SERVICIOS DE GERONTOLOGÍA
- » GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA
- » PROFESORADO UNIVERSITARIO

Resoluciones: Econ. Res. N° 184/09 ME. Maes. CONEAU Res. 473/09 Categoría B. Esp. CONEAU Res. 484/09 Categoría B | Sist. Res. N° 184/09 ME. Maes. CONEAU Res. 474/09 Categoría B. Esp. CONEAU Res. 483/09 Categoría B | Med. Legal Res. N° 94/02 ME. CONEAU Res. 208/07 | Adm. Hosp. Res. N° 1529/07 ME. CONEAU Res. 246/10 Categoría B. | Auditoría Res. N° 02/09 ME. Proyecto aprobado por CONEAU | Riesgos CONEAU Expte. 804-122/10 | Enfermería CONEAU Expte. N° 10.847/11 | Farmacop. Res. 1777/10 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Disca Res. N° 1813/08 ME CONEAU Res. 247/10 Categoría C | S Mental Res. N° 499/02 ME CONEAU Res. 243/10 Categoría C | Geronto. Res. N° 275/00 ME CONEAU Res. 410/04 Categoría C | Seg. Al. Res. N° 584/09 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Profe. Res. 701/09 ME

5239.4000
www.isalud.edu.ar
posgrados@isalud.edu.ar
Venezuela 931/847/758 | CABA

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

El federalismo en salud no puede servir de justificación a la inequidad



Por el Dr. José Pedro Bustos
y el Dr. Oscar Cochlar.

Desde el punto de vista jurídico, las provincias argentinas conservan todas las competencias no delegadas a la Nación. Así lo expresa el art. 121 de la Constitución Nacional. Y la salud, no es competencia delegada.

La significación que tiene esa prerrogativa implica que las provincias no tienen que aplicar las normas que dicta el Poder Legislativo Nacional, salvo que adhieran expresamente a ellas. Basta poner un ejemplo práctico: la ley 26.862 conocida como de "fertilización asistida" fue promulgada el 26 de junio de 2013, mientras que la provincia de Buenos Aires había dictado la ley 14.208 de fecha 2 de diciembre de 2010, para cubrir, en ambos casos, las diferentes técnicas de reproducción asistida.

El Programa Médico Obligatorio reviste tal característica (la de obligatorio) exclusivamente para aquellos sujetos a la legislación nacional, mas podría cada provincia dictar su propio Programa si así lo quisiera. Tienen atribuciones y competencias para hacerlo.

Esa característica genera, además, que coexistan en todo el país diferentes sistemas de salud de acuerdo a la "pertenencia" que generen esos beneficiarios y/o usuarios. Por lo tanto, se han producido diferentes interpretaciones judiciales que los Tribunales han brindado a una misma situación. Siguiendo con el ejemplo de las leyes de fertilización asistida, la ley de la Provincia de Buenos Aires (14.208) dice en su artículo 4^{to}. *"El Estado Provincial, a través de sus efectores públicos, deberá otorgar los citados tratamientos destinados a garantizar los derechos de los habitantes de la Provincia de Buenos Aires, con dos (2) años de residencia en la misma, preferentemente a quienes carezcan de todo tipo de cobertura médico-asistencial integral en el sistema de seguridad social y medicina prepaga"*. La palabra "preferentemente" no excluyó a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, por lo que se dictaron fallos contradictorios en cuanto a la aplicación de la norma con

anterioridad al dictado de la ley nacional respecto de beneficiarios (hoy usuarios) con residencia permanente en esa Provincia.

No escapará al conocimiento del lector que el NO Sistema de Salud Argentino (la negativa está referida a la existencia de un Sistema, no a la cobertura), incluye la salud pública, la Privada y la de la Seguridad Social, y dentro de la pública la nacional, la provincial y hasta la municipal. La de la Seguridad Social, la correspondiente a la Nación en su prerrogativa (leyes 23.660 y 23.661) y la de las Provincias (obras sociales Provinciales).

El federalismo en salud conlleva la coexistencia de diversos regímenes que se superponen incluso en cuanto a los controles. Así, podemos ver diferentes regulaciones en materia de medicamentos, registro y matrícula de profesionales, habilitación de efectores sanitarios, normativa de acreditación y certificación, regulación en materia de financiamiento y desigual tratamiento de enfermedades epidémicas, entre otros.

Hubo y hay diferentes intentos tendientes a unificar legislación, cobertura y aprovechar la economía de escala que significaría la integración de subsistemas.

Para 2003 no había una efectiva coordinación entre las autoridades sanitarias federales y provinciales. Todos los ministros y secretarios de salud recrearon el Consejo Federal de Salud (COFESA), devolviendo visibilidad a la autoridad del sector y posibilitando la adopción de rápidas medidas por consenso pleno frente a la emergencia. Así se alcanzó el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos, en marzo de 2003.

Se proyectaba cambiar el modelo de atención, para que estuviere más orientado a la prevención, y que coincidiera con políticas de cuidado de la salud y de promoción de ambientes saludables. Así, se pretendía -dentro de un determinado plazo- coordinar y homogeneizar un modelo de atención, un modelo de gestión y uno de financiamiento.

En esos tiempos, además, las provincias se comprometieron a trabajar con la Nación en la implementación de metas e integraciones de subsectores (obras sociales Provinciales, por ejemplo), con la finalidad de unificar condiciones de cobertura para todos los argentinos.

Otro ejemplo de ese objetivo se traduce en el dictado del decreto 317/2005 conocido como de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales, que creaba un Sistema de implementación progresiva en las regiones del país, de acuerdo a la cantidad y densidad de la población beneficiaria de cada una de las obras sociales. Paralelamente, allí se avanzaba sobre la oferta prestacional, el rol de la gestión de los organismos de contralor y de los agentes del seguro de salud, la acreditación y categorización de los prestadores, entre otros objetivos. Vale aclarar que ese decreto se encuentra vigente.

Los dos ejemplos transcritos -el Plan Federal de Salud 2004-2007 y el decreto 317/05- sirven para demostrar que en nada se ha avanzado en la integración de subsistemas. A modo ilustrativo, podemos señalar que en el Sistema Nacional de Salud se encuentran aproximadamente unos 19 millones de usuarios (incluyendo el Pami); y en las obras sociales provinciales y restantes subsistemas (universidades, poder legislativo, poder judicial de la Nación, fuerzas armadas) encontramos otros 5 millones de argentinos y no existe integración reglamentaria posible entre ellos.

La situación geográfica y la distribución de los centros de atención sanitaria, agregaron aún más dificultades al panorama general. Esto trajo como consecuencia que, tomando los casos más extremos como los de las provincias del norte, el acceso a los centros sanitarios sean mucho más dificultosos que los que existen en los centros urbanos como el Gran Buenos Aires, donde la accesibilidad no tiene tantos obstáculos. Esta problemática contribuye a acentuar la inequidad y desigualdad en la recepción de la atención sanitaria. Tal inconveniente no es solucionable con el aumento de la inversión en salud. No son necesarios mayores recursos si éstos no le llegan a la población pobre que está lejos de los centros de atención.

Cuando tratamos de convencer y convencernos de considerar como un derecho personalísimo el acceso al mayor nivel de salud posible no podemos dejar de señalar el diferente tratamiento que tienen las mismas patologías dependiendo del lugar donde sean tratadas. Es cierto que hay realidades regionales diferentes, pero ellas -como el federalismo- no pueden servir de fundamento a la inequidad en el otorgamiento de la cobertura a la población que reside en la República Argentina.

Hace falta, entonces, generar un gran pacto nacional que priorice el modelo sanitario antes que la propiedad de los fondos. La atención primaria antes que la potestad de la recaudación. La accesibilidad y la calidad antes que la distribución de recursos. □



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

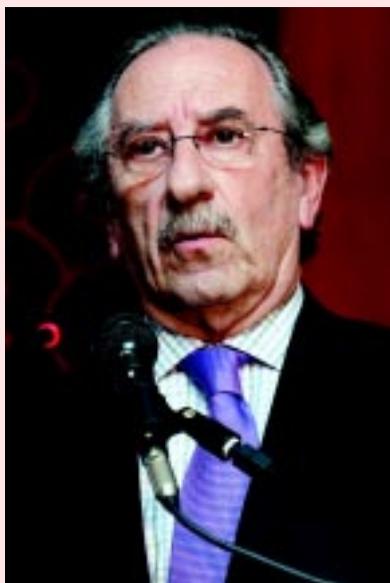
Hipolito Yrigoyen 900 Piso 5 Of B 1086 Capital Federal
Te. 011 4342 9473 - email: federacionfarmaceutica@infovia.com.ar
www.fefara.org.ar

La cobertura de RC Profesional Médica está madurando

Han pasado casi cincuenta años desde que la cobertura de R.C. Profesional Médica irrumpió en el mercado. Los primeros 15 años casi pasó inadvertida. Los aseguradores argentinos no se mostraron muy entusiasmados en desarrollarla.

A partir de mediados de la década de los noventa, varios de ellos con o sin apoyo de reaseguro, tanto para la cobertura de ocurrencia cuanto para la de reclamo o claims made, comenzaron a brindarla. Dentro de ese "bouquet" de empresas, algunas de ellas buscaron la máxima especialización posible, diseñaron textos de póliza en un idioma comprensible, fijaron exclusiones de cobertura adaptadas a la realidad de la medicina asistencial tanto pública como privada, modificaron tarifas estableciendo parámetros de análisis y evaluación del riesgo para poder cotizarlo sin la sofisticación de latitudes septentrionales.

No sólo se redactaron nuevos textos de póliza comprensibles y "a medida", sino que también se desarrollaron formularios de Propuesta de cobertura específicos, a los que se logró vía Superintendencia de Seguros de la Nación, con aprobación de los planes de cobertura que la Propuesta formara parte del Contrato de Seguro; se instituyeron sistemas de "inspección", similares a las auditorías de procesos en terreno, las que fueron efectuadas por recurso humano especializado, en cualquier lugar del país sin importar el elevado costo, desde La Quiaca hasta Tierra del Fuego. Dichas



Por: Fernando G. Marion – Abogado.
Director de TPC
Compañía de Seguros S.A.

Inspecciones arrojaron como resultado los procedimientos que se debían corregir, los que fueron individualizados en las pólizas como "Recomendaciones", para luego reiterar la Inspección, verificar el cumplimiento y en caso negativo a ello, colaborar con el Asegurado para favorecer el cambio.

Las aseguradoras de Praxis Médica sin distinción, desarrollaron Manuales de Prevención de Riesgos, diseñaron cientos de Formularios de Consentimiento Informado para decenas de prácticas médicas que distribuyeron entre sus asegurados, colaboraron en el diseño de Historias Clínicas, se obligaron contractualmen-

te a colaborar en la capacitación del equipo de salud para la instalación en los establecimientos de alta y mediana complejidad los denominados Comités de Riesgo, se diseñó y entregó a los asegurados el Formulario de recolección de Incidentes interno, para que la Dirección Médica de cada Establecimiento Médico pudiera estar informada en tiempo real de lo que estaba ocurriendo con un paciente, ya sea por un resultado inesperado, una queja de éste o del entorno del paciente.

Las aseguradoras en conjunto o en forma individual y según sus estrategias, participaron en cuanto Congreso, Seminario, Simposio médico les fue permitido por la Comunidad Médica, explicando sus experiencias, transmitiendo los resultados de sus recogidas de datos por la atención de los siniestros, y las fallas de conducta con la intención de transmitir estrategias para modificarlas, capacitando al equipo médico al menos de las cuatro especialidades tradicionalmente más reclamadas. También las Aseguradoras realizaron sus propios Congresos, Seminarios o Simposios, corriendo obviamente invitación a la Comunidad Médica en General, así como a sus propios asegurados y fundamentalmente al "top ten" por siniestralidad de cada aseguradora. En ese sentido varias aseguradoras le dan cobertura a la culpa grave asimilable al dolo, excluyendo de la garantía del asegurado, solamente el dolo del asegurado o un dependiente.

La Argentina probablemente sea el país en América latina, donde existen más reclamos por

mala praxis médica, más aseguradoras dando cobertura, más personas físicas y jurídicas aseguradas, mayor frecuencia y mayor severidad en los reclamos.

Los Aseguradores argentinos en estos últimos veinte años han pagado unos cuantos millones de pesos ya sea por sentencias condenatorias en sede judicial, cuanto por acuerdos en Mediación prejudicial. No existen en el mercado quejas de asegurados por el comportamiento de las aseguradoras de praxis médica. Las aseguradoras "estamos", no nos "fuimos".

La Comunidad Aseguradora ha desarrollado cursos, seminarios, congresos y simposios para informar a los Funcionarios Judiciales cuál es la problemática de la Medicina Asistencia pública y privada en todos sus aspectos, inclusive acerca de la problemática de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud,

los Falsos Positivos y los Falsos Negativos.

La Comunidad Aseguradora ha desarrollado en este tiempo una serie de mecanismos y estrategias para la prevención de los riesgos, mejoramiento de la calidad de la prestación y seguridad del paciente, a veces a la par de las organizaciones médicas, aunque en la mayoría de los casos en soledad pero evaluando la experiencia acumulada en nuestro país, en el ánimo de disminuir la frecuencia y colaborar en la capacitación del equipo de salud, para poner distancia frente al riesgo de juzgamiento de su responsabilidad profesional. Dicha experiencia está basada en el análisis de las conductas del equipo de salud en cada acto médico, ya sea de pacientes en situaciones de emergencia, internación, actos quirúrgicos programados o ambulatorios, medicina domiciliaria, centros de diagnósticos por

imágenes, laboratorios de análisis clínicos, entre otros.

La Comunidad Médica en algunas ocasiones ha tomado conciencia de ello, y todos los aseguradores que integramos el mercado argentino nos sentimos muy orgullosos de tener en nuestras compañías, ya sea interna o externamente a grupos de profesionales de la Medicina o del Derecho con verdadera especialización y dedicación exclusiva a los temas de Derecho Médico en su más amplia acepción de la rama profesional. Por momentos nos parece que por un precio (prima o premio) muy razonable, la comunidad médica tiene acceso a esos profesionales para que los asesore, los capacite o los defienda, todas las veces que sea necesario, todos los días del año y de sol a sol.

Estamos muy conformes con lo que hicimos y seguiremos haciendo, por la Comunidad Médica. □



El sector asegurador y su situación actual

El Sector asegurador no cambió su tendencia de crecimiento de los últimos años, y aunque si bien no es igual la comparación si la misma la referimos a cada ramo en particular, al 30 de junio de 2013 fecha de cierre del último ejercicio anual, el conjunto de la producción total del mercado creció en valores nominales un 35.7% en relación a igual fecha del año 2012. Durante los trimestres cerrados del ejercicio 2013-2014 se mantiene la tendencia mencionada.

Las primas emitidas netas de anulaciones superó los 80.000 millones de pesos al cierre del ejercicio económico mencionado anteriormente. De este modo, el Sector continúa experimentando crecimiento, y aumenta su peso relativo dentro de la actividad económica nacional. La participación de los principales ramos en el total de las primas, expresada en valores porcentuales, fue la siguiente: Automotores: 34.56%, Riesgos del Trabajo 27.01%, Vida 14.66%. El conjunto de los ramos patrimoniales representa el 79.9% del conjunto de la producción. Es de destacar que las aseguradoras que operan en seguros patrimoniales son mayoritariamente compañías de seguros mixtas dado que suelen tener participación en seguros de personas como ser los seguros colectivos de vida y accidentes personales.

Asimismo, se mantiene cierta concentración de las ventas en una veintena de compañías que acumulan el 35% del total.

No obstante lo señalado en cuanto al crecimiento del sector, los resultados técnicos del ejercicio de las aseguradoras de patrimoniales, al igual que en el 2012, fueron perdidosos, en el 2013 en 3.600 millones aunque como resultado de las inversiones el consecuencia final se muestra utilitario en un 3% de las primas devengadas, cuando en el año 2012 era de un 5%.

Sobre este conjunto de información podemos destacar que en nichos de negocios donde existían



Por el Dr. Jorge Furlan,
Coordinador General de
Prudencia Seguros.

expectativas de mayor crecimiento porcentual como ser el de Responsabilidad Civil, esto no ocurrió, y solo representó un escaso 1,73% del total. Dentro de este ramo la cobertura de los profesionales de la actividad médica que está incluida dentro del mix de riesgos, podemos señalar que se superó la retención a asegurarse que existía hasta hace unos años y también se consolidó la oferta de seguro en un número limitado de operadores que actúan con dedicación y especialidad en la cobertura citada.

Por lo señalado, la situación del mercado de la cobertura de la mala praxis se modificó sustancialmente respecto de hace unos años, y las aseguradoras especializadas en el tema, apuntan a actuar, no solamente a través de la concreción del seguro, sino, además, dedicadas durante la vigencia de las pólizas a la administración del riesgo y al desarrollo de programas de prevención que pueden realizar aportes al sector de la salud tendientes a mejorar la defensa a posibles repro-

ches de la actividad profesional, individual o institucional, o bien evitar siniestralidad.

Asimismo, se superaron cuestionamientos planteados en la suscripción de la póliza a la base de cobertura de la R.C., que fueron temas de controversias y conflictos durante muchos años.

Por lo tanto podemos resumir que actualmente para la cobertura del riesgo de responsabilidad profesional existe diversidad de productos, y compañías dedicadas a la administración del mismo que son, en cantidad, suficientes para la atención de los requerimientos actuales. Desde la demanda, si bien el crecimiento de la misma no logra significación dentro de la producción de la R.C. general, el futuro sigue siendo un desafío tanto como para captar esa amplia franja del sector médico que hoy no cuenta con aseguramiento, como así también por la apreciación de los montos de los capitales asegurados que se impone por la realidad de las cifras de reclamos que se reciben.

Continuando con el análisis del sector, también podemos señalar que durante el último año se siguió avanzando en el proyecto PlaNes que constituye un plan estratégico elaborado por la Superintendencia de Seguros de la Nación con vistas al año 2020, y que define objetivos a desarrollar hacia el futuro, y, a su vez, también como hecho relevante a destacar podemos mencionar que se introdujo una modificación importante en el régimen de inversiones de las reservas imponiendo al sector derivar parte de sus activos al llamado "inversión en la economía real".

Por último, comentar que el cambio introducido en el año 2011 en el régimen de reaseguros, que es la herramienta por la cual las aseguradoras trasladan el exceso de su posibilidad de retención propia de un riesgo, que fue la obligación de actuar con reaseguradoras locales, no ha alterado durante el ejercicio cerrado al 30 de

junio de 2013 lo que se había actuado con anterioridad.

ASPECTOS QUE GENERAN INCERTIDUMBRE EN EL MERCADO ASEGURADOR

No obstante lo señalado precedentemente en cuanto a la evolución general del sector en los últimos años, me atrevo a comentar que existe incertidumbre actualmente en ciertos factores económicos que podrían afectar la evolución de algunos de los ramos del seguro.

Lo mencionado tiene que ver con el aceleramiento de los porcentuales de inflación que afecta en general al conjunto de las coberturas del sector generando infraseguros en los capitales asegurados y descalce de las reservas constituidas por las aseguradoras; con el desdoblamiento teórico del mercado de divisas como consecuencia del cepo cambiario y el freno en las importaciones y exportaciones; la situación de la industria automotriz, agravada por impuestos de reciente aplicación, y de la construcción que se recuperan de la mano del repunte de la demanda

brasileña y de la obra pública; los desincentivos para la inversión, las dificultades de ciertas economías regionales y el crecimiento del déficit estructural de las provincias. Estos factores señalados pueden afectar a ramos como caución, de muy buenos resultados técnicos, o al de automotores, con constantes resultados técnicos negativos que pueden profundizarse.

Por lo tanto, será vital el resultado del cuadro de inversiones de muchas aseguradoras para reflejar resultados finales favorables.

PRUDENCIA SEGUROS

Prudencia Seguros cumplió recientemente 90 años de existencia como empresa destacada en el sector asegurador de la República Argentina, mercado en el cual ha evidenciado como característica constante y distintiva, una notable capacidad de adaptación a los nuevos tiempos, innovación y generación de productos nuevos, muchos de ellos dirigidos a nichos que demandan alta especialización para su gestión.

Convertida por su acreditada experiencia, solvencia financiera y capacidad técnica en una de las compañías tradicionales y respetadas del mercado asegurador local, está ubicada entre las empresas líderes en los segmentos de Responsabilidad Civil, Caución y los Seguros Ambientales, ramos en los cuales se desempeña con especialización y de manera distintiva.

En materia de Responsabilidad Civil, ocupa un lugar destacado en la cobertura de la *mala praxis* profesional, especialmente en el área de las actividades de la salud, superando un desafío importante que fue la etapa iniciada en el año 2002 cuando el mercado asegurador se había retraído de la suscripción de este tipo de riesgo.

Actualmente Prudencia Seguros lleva adelante, un proyecto de crecimiento sostenido con la permanente actualización y consolidación de su operación y en la investigación y desarrollo de nuevos productos y servicios, originados en la vocación de impulsar y facilitar los negocios y actividades de sus clientes. □



Florida 15 Piso 5°
www.ospat.com.ar
Tel: 4342-6111 / 4343-5171
LÍNEA GRATUITA- 0-800-999-1656

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

“El sector ha crecido durante los últimos 5 años”

El mercado de responsabilidad profesional médica (mala praxis) ha crecido en forma sostenida durante los últimos cinco años, a razón de un 20% anual, no sólo por un mayor número de asegurados sino también por el efecto de la inflación y por ajustes de sumas aseguradas que acompañan los montos crecientes de demandas y sentencias. Estos seguros representan el 19% de todos los seguros de responsabilidad civil de la Argentina, habiendo finalizado el ejercicio 2012-2013 con un prima anual de 220 millones de pesos. Esta producción tiene una representación alta (cerca al 20%) dentro del nicho de seguros de responsabilidad civil, aunque se debe tener en cuenta que este último rubro tiene una participación de apenas 2% de toda la producción de seguros patrimoniales de nuestro país.

Cerca del 70% de esta producción se encuentra concentrada en cuatro compañías especializadas con más de una década en el mercado.

A diferencia de quienes consideran que el mercado de responsabilidad médica se encuentra totalmente maduro, creemos que todavía queda mucho campo para transitar. Si nos basamos en la cantidad de asegurados institucionales e individuales que han reportado los principales operadores, y luego comparamos ese número con la totalidad de instituciones y profesionales de la salud que arroja el último censo, observaremos que más del 50% se encuentra fuera del sector asegurador. El gran desafío consiste entonces en agrandar la participación de RC médica dentro del



Por el Dr. Fabián Vítolo
Gerente de Relaciones
Institucionales y
Servicios Médicos de
Noble Compañía de
Seguros.

ramo RC. Creemos que se puede lograr a partir de la creciente demanda de cobertura y servicios por parte de instituciones y profesionales de la salud, sobre todo por parte de especialistas no médicos, como psicólogos, enfermeros, técnicos, kinesiólogos, etc. que comienzan a tener una mayor conciencia de este riesgo y a solicitar una cobertura adecuada.

La litigiosidad continúa alta, con un promedio de demanda cercano al millón de pesos (sin contar en este promedio a los juicios originados en daños obstétricos, cuyo promedio supera los 2,5 millones, pudiendo excepcionalmente alcanzar cifras varias veces millonarias). Impulsado entre otras cosas por la inflación, el

monto medio demandado aumentó un 15% con respecto al ejercicio anterior, y continúa acortándose el plazo transcurrido entre el acto médico y la demanda, que hoy está en 18 meses. No hay mayores cambios en cuanto al ranking de las especialidades más demandadas, encabezado por los cirujanos y traumatólogos en términos de frecuencia y los obstetras y anesestesiólogos en cuanto a severidad. Si se suman las mediaciones y juicios en actividad de los cuatro principales operadores, la cifra supera los 5.000 casos. Desde el punto de vista de las sentencias, cada vez son más los fallos de Cámara que superan el millón de pesos de capital, sin contar con los intereses y costas que generalmente hacen que estos montos se dupliquen o tripliquen.

Frente a la frecuencia y severidad creciente de las demandas, estamos trabajando fuertemente para ajustar las sumas aseguradas de nuestros clientes a las actuales circunstancias. Si bien la suma mínima exigida por la Superintendencia de Seguros de la Nación es de \$120.000, este valor ha quedado desactualizado. En muchos casos las actuales sumas aseguradas no cubren adecuadamente el riesgo de las instituciones médicas y de las especialidades más expuestas. Pensamos que las especialidades quirúrgicas requieren coberturas superiores a \$300.000 y las clínicas con internación superiores a \$500.000. Pese a lo mucho que se ha repetido que los seguros de mala praxis son caros, el gasto del sector salud en seguros de praxis es todavía poco significativo dentro de la estructura de costos de clínicas y sanatorios

privados (no más del 0,5%), y no suele representar más del 2% del ingreso mensual de un médico.

Es cierto que un gran porcentaje de las demandas que ingresan hoy a las compañías de seguros son consideradas por peritos expertos como aventuras judiciales, casos sin mayor fundamento y fácilmente defendibles. Sin embargo, en más de un cuarto de los casos los legistas reconocen errores serios que produjeron daños que pudieron haber sido evitados. En otro porcentaje de casos, no se puede determinar la responsabilidad del profesional por deficiencias groseras en la documentación médica indispensable. Al concentrar información y manejarse con grandes números, las compañías de seguros especializadas han podido advertir que eventos que los individuos consideran excepcionales son mucho más frecuentes de lo que se piensa. Hoy sabemos que las caídas de los pacientes internados, los errores de sitio quirúrgico, los suicidios en internación, los errores de medicación serios, las infecciones intrahospitalarias y las escaras, por ejemplo, son problemas que por su frecuencia y magnitud deben ser manejados adecuadamente.

De a poco, muchas instituciones comienzan a notar el valor agregado de las aseguradoras de praxis. Al acumular mucha expe-

riencia de errores médicos, las compañías de seguros pueden traducirla en programas de mejora que corrijan patrones de conducta y eviten la recurrencia de problemas identificados, minimizando la posibilidad de demandas y, más importante aún, mejorando la seguridad de los pacientes. Hoy, los departamentos de gerenciamiento de riesgos de las aseguradoras interactúan con los comités de calidad de las instituciones, ayudándolos a adaptar a la práctica médica herramientas que han sido muy útiles en otras industrias. Entre ellas se destacan la creación de departamentos de seguridad de los pacientes, sistemas de reporte de incidentes, análisis de las causas raíces de los accidentes, verificaciones a través de checklists de las condiciones de seguridad antes de iniciar cirugías y sistemas de transferencia de información en forma más estructurada.

Otro fenómeno que estamos notando últimamente es el quiebre de la corporación médica: cada vez son más los profesionales de la salud que asesoran a la parte actora, y en consecuencia estamos recibiendo reclamos mejor fundados y más difíciles de defender. Otro signo de los tiempos es el nuevo enfoque existente en materia de responsabilidad civil, de acuerdo con el cual la indemnización de la víctima –y no la

culpa del agente- es el principal elemento a contemplar, así como también los cambios introducidos a nivel procesal, que permiten una flexibilización en la prueba que el paciente-actor debe producir en un juicio, por aplicación de presunciones judiciales o por la teoría de las cargas probatorias dinámicas que sostiene que la carga de la prueba recae en quien está en mejores condiciones de probar, y ése siempre es el médico...

Por último, pese a las sanciones de la Superintendencia y Fallos de Cámara que los instan a cesar en su operatoria, persiste, sobre todo en el interior, el accionar de los denominados fondos solidarios. Los Fondos Solidarios carecen de fiscalización genérica (IGJ, AFIP, Rentas) y específica (SSN), por lo cual no cumplen con las exigencias que le caben a las aseguradoras en materia de capitales mínimos, inversiones, reservas, planes técnicos y balances, entre otros requisitos. Tampoco pueden ser citados en garantía en un juicio, con la consecuente desprotección del profesional y de las instituciones que los contratan. Claramente se trata de una actividad aseguradora ilegal, injustificable en un ramo en el que operan hace más de diez años compañías de seguros con una alta especialización en este segmento del mercado. □



CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Lima 355 4 J - CABA. (5411) 15 4472 3423 - www.cemptra.org.ar - administracion@cemptra.org.ar

“Actor incumbit probatio” (al actor le incumbe la prueba)

El reemplazo del dinero de papel por el de plástico y el cada vez más frecuente uso de medios electrónicos para las transacciones económicas, ha hecho que el uso de los “cajeros automáticos” se haya instalado definitivamente.

Pero, en el fondo, todos pensamos que dentro del cajero podría haber una extraña criatura capaz de complicarnos la vida convirtiendo nuestros créditos en deudas o pagando deudas de terceros. ¿O no?

La justicia resolvió un caso, en que una señora realizó, por cajero automático, un depósito bancario.

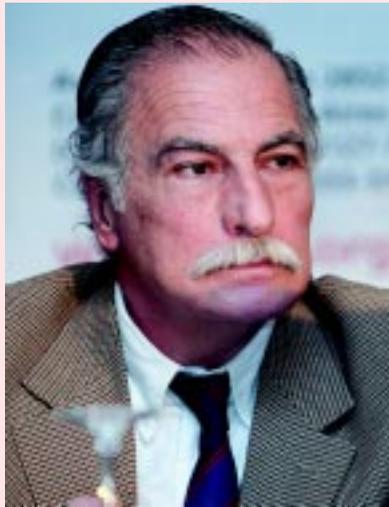
Concurrió al cajero y comenzó a operar siguiendo las instrucciones que la pantalla le brindaba y con la satisfacción del deber cumplido, prolijamente introdujo seiscientos pesos en el numerado sobre, retiró la constancia que acreditaba su inserción en el mundo tecnológico y siguió con su vida.

Días más tarde quiso dejar fuera de toda duda que el progreso tecnológico es superador para la humanidad y casi con displicencia fue a confirmar la existencia virtual de sus seiscientos.

Algunos dicen que empezó a dar voces, que empalideció que lloró (nada de ello se comprobó), pero si estamos convencidos que su pulso se aceleró al observar que la cibernética sólo le había acreditado sesenta de los seiscientos pesos que ella, con sus propias manos había confiado al oscuro buzón del cajero automático.

Obviamente pensó que era una circunstancia rápidamente reversible y le reclamó a la entidad bancaria sus quinientos cuarenta faltantes.

El Banco le rechazó su pretensión porque consideró que había habido un error en la Señora y no



Por el Dr. Alfredo
F. Rossi,
Abogado – Asesor
letrado de Seguros
Médicos

en la entidad financiera.

Siguieron trámites administrativos sin resultado, por lo cual debió iniciar un juicio en los tribunales porteños.

El resultado del juicio fue que la entidad bancaria fue condenada y la señora ganó. (1)

Seguramente muchos pensarán que la decisión fue de estricta justicia, pero eso no parece ser el dato más importante que arrima este relato.

La Justicia consideró que, no obstante el principio según el cual cada parte debe probar los hechos que invoca, esto debía ser morigerado, recurriendo a lo que se denomina la doctrina de las cargas probatorias dinámicas.

De acuerdo a esta doctrina, cuyo nombre nos recuerda a la física del secundario, cuando una de las partes está en mejores condiciones fácticas para producir cierta prue-

ba vinculada a los hechos controvertidos que se debaten en el juicio, debe soportar la carga de la prueba.

El voto del Camarista Dr. Balbín señaló que el cajero automático es un mecanismo dispuesto por el Banco, quien tiene bajo su exclusiva y excluyente responsabilidad el control de los depósitos efectuados por este medio, y que sería “irrazonable” pretender que la Señora usuaria demostrara que había depositado los seiscientos y no los 60 que decía el Banco.

El fallo comentado, seguramente les va a parecer justo, les hará sentirse un poco más protegidos a la hora de enfrentar esas máquinas “dueñas” del dinero pero, también seguramente pensarán qué tiene que ver el tema con los médicos.

Y AHÍ VAMOS A LA COSA

En un excelente trabajo crítico que el Dr. Omar Benabentos presentó ante El XVIII Congreso Panamericano de Derecho Procesal, relataba que, a partir de ideas de Frank Klein, el proceso judicial debía verse como un “mal social” y en consecuencia resolverse cuanto antes.

Por ello, si el Juez considerare que a la actora le resulta más difícil probar un hecho, en este caso médico, puede modificar el régimen de las cargas de la prueba y ponerlo en cabeza del demandado aunque éste hubiera negado el hecho afirmado por la actora. Teoría de las cargas probatorias dinámicas.

Decía Benabentos que esta teoría se basa en que las partes tendrían un deber de colaboración en la búsqueda de la verdad que resuelva el caso.

La teoría violenta el principio de

inocencia de todo aquél contra quién se articula una acción judicial.

Enseña el Dr. Benaventos que el estado de inocencia previsto por la Constitución Nacional y sostenido por la doctrina de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, alcanza a todos los procesos no sólo el Penal sino el Civil también.

Frente a un reclamo por presunta mala praxis, no puede aceptarse la aplicación de la teoría de las cargas probatorias, sin violarse la Constitución.

A partir del principio constitucional de inocencia, el artículo 377 del Código Proc. Civ. y Com. de la Nación, dice: "...cada una de las partes deberá probar el presupuesto de hecho de la norma o normas que invoquen como fundamento de su pretensión, defensa o excepción."

Por el principio del derecho de defensa en juicio, las partes de un juicio deben saber, a quién le corresponde la carga de la prueba de

cada hecho que vaya a ser invocado en el juicio.

Más acá del caso del cajero automático del inicio, hay una tendencia judicial de considerar como un supuesto típico de aplicación de la teoría en los reclamos por presunta mala praxis médica.

Para ello se afirma que el actor que inicia el reclamo, ya sea el paciente o los derechohabientes del mismo, no pueden saber qué es lo que ha ocurrido "en la soledad del quirófano" encontrándose con orfandad probatoria para poder demostrar la culpa del médico demandado.

Y así entonces concluye la teoría en que, a diferencia de los reclamantes, el médico demandado "sí sabe lo que pasó en la soledad del quirófano".

Según esta teoría el médico debería acreditar su "estado de inocencia", aunque el paciente o sus herederos fueran los que afirmaron que él era responsable por imprudencia, impericia o negligencia

incurrida en el desarrollo de los hechos.

Debería el médico probar que de su parte no hubo culpa, y explicar y probar, qué sucedió en la soledad del quirófano.

Adherimos al Dr. Benaventos en cuanto a que el intento de aplicar la teoría de las cargas dinámicas por un "deber" de colaboración de las partes en el proceso, de forma tal de permitir al Juez que cargue la prueba al médico, aparte de lesionar el principio constitucional de inocencia, perjudica no sólo al médico involucrado sino al Sistema de Salud, aumentando la litigiosidad incausada y provocando la medicina defensiva. □

(1) Banco Río de la Plata c/GCBA s/ otras causas con trámite directo ante la Cámara de Apelaciones Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Sala I – Publicado en www.edial.com AA1C07

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

Radiocirugía Estereotáxica

Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal

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>



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

Error Médico, Responsabilidad y Ley de Salud

Por el Dr. Antonio Angel Camerano (*)



Siguendo con nuestro pensamiento fundado de no poder pensar en una Ley de Salud o aggiornar nuestra gestión si no avanzamos sobre temas necesarios, decíamos que: "Tanto el profesional como el paciente son víctimas de un sistema, donde el médico es responsable por la asistencia del paciente, pero no son quienes definen las reglas de juego."

En lo circunstancial, el médico distribuye su tiempo de asistencia, jerarquizando la solución del problema-enfermedad, y se equivoca cuando resta tiempo a la relación médico-paciente y la consignación escrita de lo realizado. Es así como las explicaciones sobre planes de diagnósticos y tratamientos, a pacientes y familiares, no llegan a ser comprendidos y generar la expectativa correspondiente. Es así como la documentación médica escrita padece de grandes errores. El aumento de las demandas a médicos, acusados de falta de responsabilidad, que comenzó a hacerse notorio a mitad de la década de los 80, tuvo un crecimiento geométrico hasta alcanzar en la actualidad a casi el universo de ellos. El análisis de las demandas muestra dos particularidades excesivamente reiteradas: el 80,71% de las acciones se iniciaron sólo en el fuero civil, persiguiendo exclusivamente un fin pecuniario; el 90,41% de las causas fueron promovidas con el otorgamiento de litigar sin gastos. (1-2-3)

En el proceso intervendrá el Juez quien en base a las pruebas documentales y testimoniales, así como a su apreciación elaborará un dictamen o sentencia (en otras palabras si hay culpa o no). En el área Médico-Legal es importantísima la actividad del perito quien en base a pruebas, documentación, exámenes y autopsia elaborará un informe. Ahora bien, para realizar una buena pericia el perito necesita documentación. Si bien la pericia no obliga al Juez, una buena pericia tiende a ser inobjetable. Debe existir una Historia Clínica, unificada (en consultorios externos, hospital de día, atención domiciliaria e internación), prolija, legible, minuciosa, precisa que lleve una secuencialidad. Resultan además vitales, pues reflejan el pensamiento médico así como su proceso de razonamiento los diagnósticos de ingreso, diagnóstico durante la evolución, diagnóstico al egreso (alta-baja), evolución diaria, interconsultas, complicaciones, indicaciones, traslados, reuniones científicas y las hojas de enfermería (controles-indicaciones). Para el caso de los pacientes quirúrgi-

cos la evaluación preanestésico, parte anestésico y parte quirúrgico. Además suelen ser elementos objetivos de diagnóstico los informes de laboratorio, informes de exámenes complementarios e informes de patología. (6)

En cuanto al laboratorio (análisis clínicos): Resulta elemental la identificación inequívoca del paciente en cuanto a nombre y apellido, documento de identidad, edad, sexo, servicio donde es atendido, análisis solicitados, firma y sello (manuscrita o digital) del médico solicitante, (se pueden agregar aclaraciones que ayuden al profesional bioquímico en la interpretación de los resultados obtenidos, o incorporar nuevas determinaciones que complementen las solicitadas). Por su parte el informe del laboratorio debe contener similares datos más resultados (intervalo de referencia), metodología (cuando corresponda), fecha de recepción de la muestra, observaciones, firma y sello (manuscrita o digital) del profesional responsable. (Se deben identificar como muestra remitida aquellas que son enviadas al laboratorio de otros centros o que la extracción no fue realizada por personal del laboratorio). (5-6)

Por su parte el área de diagnóstico por imágenes: Debe contar con idoneidad del especialista (acreditación y categorización), aparatología actualizada, insumos de calidad, servicio de mantenimiento confiable y fluida interrelación. La identificación unívoca del paciente debe ser similar a lo expresado en el laboratorio con estudio solicitado, diagnóstico presuntivo, datos clínicos y estudios previos, motivo de la solicitud, firma y sello (manuscrita o digital) del médico solicitante. (3-5-6)

Por su parte la anatomía patológica: Que como ya hemos visto es una especialidad de resultados es un punto álgido y sensible, dado que el patólogo efectúa un diagnóstico de certeza. Son elementos a tener en cuenta: la adecuada formación científica, correcta interrelación con el resto de las especialidades, insumos y aparatología adecuados. (5-6)

Habría observado el lector que muchos de los factores no dependen del médico sino del medio y de los procesos que en párrafos anteriores hemos dicho se extienden como "mancha" sobre el accionar profesional. Para concluir hablaremos brevemente de "los registros médicos" y de las "normas de adecuación de las historias clínicas" como acto preventivo y de utilidad en el análisis del Evento Adverso. Regis-

Facultad de Ciencias Médicas

Doctorado

Doctorado en Ciencias Biomédicas

Maestrías

Ética Biomédica

Especializaciones

Cardiología

Oncología Clínica

Enfermedades Infecciosas

Psiquiatría

Medicina Legal

Nefrología

Microbiología Clínica

Nutrición

Geriatría

Clínica Pediátrica

Kinesiología Cardio-Respiratoria

Medicina del Deporte

Medicina del Trabajo

Otorrinolaringología

Flebología y Linfología

Cirugía Gastroenterológica

Cirugía Plástica y Reparadora

Cirugía Plástica Infantil

Oftalmología Infantil

Neurocirugía

Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

Implantología Oral

Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial

Clínica Estomatológica

Odontología para niños y adolescentes

tros médicos: Después de 3 años, sin atención (es decir sin movimientos de los registros relacionados a un individuo) los mismos deben pasar del archivo activo al pasivo. Luego de los 15 años sin atención se realiza un acta resumida a la baja, por la autoridad del establecimiento con testigos de ser posibles calificados. No se destruirán los registros de menores, de enfermos crónicos, de bancos de sangre y de enfermos mentales. El acto de reducción a la baja puede realizarse por medios de microfilmación o electrónicos periciables y que cumplan las normas ISO. ⁽⁶⁾

Historia Clínica. Debe cumplir recomendaciones a saber: a) De Confección, una historia clínica será completa y actualizada con citaciones por consultorio externo, aclarando si el paciente cumple o no con las indicaciones adecuadamente. b) De Adecuación: la complejidad de las prácticas deben estar adecuadas a las posibilidades y recursos del centro asistencial donde éstas vayan a realizarse. c) Y de Prescripción: al realizar prescripciones y recetas, hacerlo con letra clara y legible, aclarando las indicaciones. ⁽²⁻⁵⁾

Toda estructura de gerenciamiento generalmente por medio de procesos de tecnología de la información y herramientas informáticas (y ahí nuestro caso) deben evitar las Historias Clínicas Desagregadas. ⁽³⁻⁵⁻⁶⁾

Como corolario no confundamos la denominada despapelización con el uso de la herramienta informática ni menos aún la firma digital con la electrónica. La documentación avaladora siempre debe estar disponible en soporte y eso es responsabilidad nominal de dirección. ⁽³⁻⁵⁾

El cuidado del paciente debe ser el principal compromiso del profesional de la salud y las instituciones de salud médica ejercido con equidad, calidad y calidez a su persona. ⁽⁶⁾ □

BIBLIOGRAFÍA:

1. Zoltán Berger F. Departamento de Medicina, Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santos Dumont 999, Santiago. Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. Med. Chile v.127 n.9. Santiago set. 1999

2. J. Aso Escario. Bioética de la actividad pericial médica. Jefe Clínico de Neurocirugía (Hospital MAZ, Zaragoza). Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de Huesca. Cuad Med Forense 2009; 15(56):105-117

3. Ateneo Historia Clínica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán Paracelso, Spitalbuch. Pedro Laín Entralgo. La relación médico-enfermo. 2012.

4. J González. Grado de Cumplimiento de las Historias Clínicas. Revista del Hospital Ramos Mejía. CABA. 2010.

5. Dirección de Bienestar Universitario de la Universidad de la Plata. Responsabilidad Nominal. 2012.

6. Elizabeth Villarreal Cantillo. Artículo de reflexión. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos. Universidad del Norte. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119.

(*) Título Médico - Graduado de la Facultad de Medicina - UBA - 1983. Maestrando de la Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Facultad de Medicina - UBA - Fundación Sanatorio Güemes - 2013. Follow Me on Twitter @aacamerano

Cómo regular los precios de medicamentos en la Argentina ⁽¹⁾

Por el Dr. Federico Tobar



INTRODUCCIÓN

Luego de dos décadas de desregulación de mercados, entre los cuales el farmacéutico no podía faltar, comienza en América latina una cruzada para racionalizar los precios de comercialización de los medicamentos. Son varios los países que han avanzado por este camino, entre los cuales se pueden destacar dos grandes vías alternativas: la primera consiste en un intervencionismo de corte setentista en el cual los gobiernos fijan en forma arbitraria los precios de los productos. Venezuela y la Argentina claramente se destacan en esa vía mientras Ecuador comienza a abandonarla siguiendo el modelo de Colombia, que adoptó regímenes regulatorios diferenciados y transparentes.

La segunda vía involucra un esfuerzo sistemático por promover la competencia e incorporar mayor racionalidad en la fijación de precios. En este segundo camino una de las herramientas más utilizadas consiste en fijar los precios a través de comparaciones internacionales. A través de la revisión de las elecciones aprendidas de la experiencia internacional reciente, en este documento se propone la implementación de dos regímenes regulatorios diferenciales en la Argentina distinguiendo una estrategia procompetitiva que estimule la competencia por precios allí donde es posible, de un régimen de control directo con fijación de precios máximos a través de comparaciones internacionales para los productos monopólicos u oligopólicos.

MODELOS DE REGULACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS

El mayor desafío que configuran los medicamentos para las políticas públicas en América latina no está relacionado tanto con su disponibilidad y ni siquiera con su calidad sino mucho más con el acceso de la población a los mismos. Los precios de los medicamentos constituyen un componente central en la determinación del acceso. Se ha utilizado el neologismo "asequibilidad" como traducción del inglés *affordability* para hacer referencia a la relación entre los precios que debe pagar la población y sus ingresos.

La revisión de las experiencias internacionales indica que las estrategias más efectivas de regulación económica de medicamentos centradas en el objetivo de promover el acceso son aquellas que apuntan en el sentido de promover una mayor competencia por precios sin por ello comprometer elementos técnicos

como la calidad, seguridad y sustituibilidad de los productos ^[1]. Pero en ocasiones las soluciones procompetitivas no resultan suficientes para reducir precios porque una parte importante de los productos son monopólicos y se llevan una porción aún mayor del gasto. Entonces, donde no hay productos competidores es imposible lograr un mayor acceso a través de estrategias que fomenten la competencia. Esto sólo sería posible a través de subterfugios que no resultan muy sostenibles en el tiempo como, por ejemplo, las importaciones paralelas o las licencias compulsivas de patentes.

Muchos países han optado por controlar precios de forma directa. Pero para ello recurrieron a diversos métodos: fijación basada en el costo (por ejemplo: España), fijación basada en el beneficio empresarial obtenido (Francia e Inglaterra), fijación de precios menores para medicamentos repetidos o *me too* (Suecia, Francia y Brasil); por comparación a nivel internacional (en casi todo Europa, en Brasil y en México), fijación por volumen de venta (en Inglaterra), congelamiento de precios (Alemania, España, Italia e incluso Venezuela y Panamá lo han usado), requisitos de actuación positiva en términos de exportaciones, empleo, inversión en I&D (por ejemplo Inglaterra y Canadá han avanzado en este sentido) ^[2].

En la década de los 90, los precios de los medicamentos en los países de América latina crecieron de forma sostenida, tanto en términos absolutos como en lo que se refiere a la participación relativa dentro de los gastos sanitarios nacionales. Mientras en la región, se liberaban los precios de los medicamentos y se disparaba la inflación farmacéutica, los países europeos incorporaron un conjunto de regulaciones entre las cuales se destaca la tendencia a establecer comparaciones internacionales ^[2,3,4]. En la literatura especializada se suele emplear la expresión "efecto pingüino" para referir a este proceso aludiendo al comportamiento de esas aves australes que sincronizan sus movimientos con los de sus pares ^[2]. El resultado del empleo de tales políticas fue que la dispersión de precios entre países se redujo. En contraste, en América latina la dispersión de precios entre países se incrementaba.

En forma progresiva, los países de la región comenzaron a reaccionar a esa situación. Brasil fue el primer país de América latina en incorporar comparaciones internacionales de precios para controlar los productos monopólicos y, en forma simultánea, pro-

mover la competencia genérica para los demás productos. El modelo Brasileño es exhaustivo y combina la evaluación tecnológica (distinguiendo aquellos productos innovadores con ventaja terapéutica de los *mee too* y de los genéricos). Pero requiere de condiciones institucionales difíciles de replicar. En efecto, en Brasil se incorporaron primero equipos de economistas dentro de la ANVISA (equivalente al ANMAT argentino). Luego se creó una Comisión Nacional de Regulación de Medicamentos integrada por diferentes ministerios y en la cual la ANVISA ejerce la secretaría técnica. Posteriormente se instituyó una Comisión de Evaluación de tecnologías sanitarias y se acreditaron centros académicos y definieron *guidelines* para la evaluación de las tecnologías sanitarias tanto en sus aspectos técnicos como económicos.

El camino seguido por Brasil se asemeja, al recorrido por los países europeos, así como Australia y Canadá. Todos esos casos tienen en común tres condiciones básicas que resultan muy difíciles de replicar tanto en la Argentina como en la mayoría de los países de América latina: a) el haber definido una estrategia integral para la promoción de los medicamentos contemplando objetivos de acceso con objetivos de desarrollo económico y científico técnico, b) haber avanzado en forma progresiva con modificaciones lentas y graduales a sus políticas centradas en la evaluación y el monitoreo permanente de los resultados alcanzados, c) la construcción y el desarrollo institucional continuados, basados en sistemas de información propios y en la formación de cuadros técnicos estables.

Entre las experiencias recientes de regulación de precios de medicamentos merece que se destaque la política adoptada en Colombia, donde la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos instituida por la Ley N° 100 de 1994 incorporó tres regímenes de regulación: libertad vigilada, libertad regulada y control directo. La diferenciación de regímenes constituye una ventaja porque permitiría estimular la competencia allí donde hay diversos oferentes y, al mismo tiempo, evitar abusos en los segmentos monopolícos y oligopólicos. Sin embargo, Colombia no contemplaba la incorporación de precios de referencia internacional hasta el 2011 cuando la circular N° 1 incorporó dos procedimientos diferenciados para seguimiento de los precios: precios de referencia nacional (para los productos con tres o más oferentes) y precios de referencia internacional (para los productos con menos de tres oferentes).

Una definición metodológica relevante es cómo construir el precio de referencia. Esto involucra dos grandes cuestiones: 1) ¿Qué precios comparar? Es decir, en qué segmento del circuito de producción y comercialización de medicamentos se debe hacer la medición [5]. 2) ¿Cómo calcular el Precio de Referencia? Es decir, cuál procedimiento matemático emplear para construir un valor comparador. En ambos casos, una nueva propuesta elaborada por el Grupo Técnico de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM) presentada el 5 de abril de 2013, incorpora cambios sustantivos [6].

En primer lugar la nueva propuesta elimina el régimen de libertad regulada dejando sólo dos regímenes: control directo y libertad vigilada. Esto puede ser interpretado como un avance en la medida que contribuye a la transparencia y simplicidad de los

MODULOS DE PRESTACIONES SERVICIOS Y COBERTURAS PARA OBRAS SOCIALES MUTUALES Y PREPAGOS

ALTA COMPLEJIDAD
Autorice toda la Alta Complejidad sin altibajos financieros

RED NACIONAL DE PRESTADORES
Su Cartilla Nacional para Especialistas, Tránsito, o Turismo

0800 ATENCIÓN TELEFÓNICA 24x365
Sus afiliados tienen respuesta de una persona en todo momento

ECONOMÍAS DE ESCALA EN MEDICAMENTOS COMPLEJOS
Vademecum abierto Fármacos novedosos Alto costo

MediAr[®]
medicina de argentina

Av. Paseo Colón 823 4^{to} B C/OSMAC/CA de BUENOS AIRES
Tel Fax (54 11) 4361 7146 / 4863 4307-2065 / 1802
0800 222 MEDIAR (633427)
www.medi-ar.com.ar contacto@medi-ar.com.ar

procedimientos regulatorios empleados. Las circulares anteriores mantenían los tres regímenes acordes a lo definido por la Ley N° 81 de 1988 para diversos mercados (el de medicamentos entre ellos).

En segundo lugar, la nueva propuesta admite la utilización de precios tomados en diferentes puntos de la cadena de producción y comercialización, mientras que la circular anterior (N° 1 de 2011) se restringía al precio de venta al público. El cambio amplía las posibilidades de comparación puesto que, en ocasiones los productos monopólicos no son vendidos en forma directa al público a través del canal comercial sino que son provistos en forma directa por las instituciones financiadoras. Para viabilizar esa toma alternativa de precios la propuesta incorpora Factores de Ajuste (artículo 11) que permitirían equiparar precios tomados en diferentes puntos de la cadena.

En tercer lugar, la nueva propuesta reemplaza el cálculo del Precio de Referencia a través de la mediana de precios de un mismo producto, por la media ponderada por las ventas. Los antecedentes internacionales se dividen al respecto de esta cuestión. Por ejemplo, mientras en algunos casos, como México, se emplea la media ponderada por las ventas; en otros se recurre a la mediana porque no se dispone de información sobre las cantidades vendidas de cada producto^[7]. Se ha señalado que una fragilidad de los sistemas de regulación de precios en América latina reside en que la información empleada para ello suele depender demasiado de los mismos oferentes que están siendo regulados^[8,9].

En conclusión, a partir de 2011 con la sanción de la Ley N° 1.438 Colombia reunió voluntad política como para comenzar a modificar su reforma de salud y, como era de esperarse, los precios de los medicamentos no pueden quedar fuera de esa revisión. Se elaboró una Política Farmacéutica Nacional que fue sometida al proceso de discusión y aprobación del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). La reformulación del funcionamiento del CNPMDM y la reglamentación de los mecanismos de *pricing* posicionan al país a la vanguardia de políticas regulatorias de medicamentos. Podría afirmarse que han disparado un nuevo efecto pingüino latino si se contempla que Ecuador se propone incorporar regímenes similares a través de su decreto N° 777/2011 y que El Salvador lo acaba de hacer al reglamentar su Ley de Medicamentos^[10].

Otra mención especial merece El Salvador, donde la recientemente creada Dirección Nacional de Medicamentos^[11] determina el Precio de Venta Máximo al Público de cada medicamento partiendo de que el mismo no podrá resultar superior al precio promedio del área de Centroamérica y Panamá y que tendrá como base el Precio Internacional de Referencia. Esto es interesante porque para instrumentar dicha política la Dirección Nacional de Medicamentos debió disponer de una base de datos de precios internacional amplia, así como definir Conjuntos homogéneos de productos farmacéuticos que poseen los mismos principios activos, concentración y forma farmacéutica. Por otro lado, para instrumentar la fijación de precios posibilitando la alimentación de su base de precios internacional, se referaron los márgenes de comercialización en los diferentes países. Esta última medida está siendo contemplada ahora por Colombia a través de la mencionada propuesta a la CNPMDM.^[12]

LECCIONES APRENDIDAS DE LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL RECIENTE

En conclusión la revisión de las lecciones aprendidas de la experiencia internacional indican que si en la Argentina hay voluntad política para avanzar hacia una regulación del precio de los medicamentos deben contemplarse diez lecciones:

- 1) Los regímenes regulatorios más sostenibles son aquellos que promueven la competencia por precios eliminando o reduciendo prácticas anticompetitivas y distorsiones.
- 2) Los regímenes procompetitivos más eficaces son aquellos centrados en información transparente y que involucran a la ciudadanía como aliada en el control.
- 3) Asumir modelos de regulación complejos requiere de sistemas de información avanzados y equipos profesionales estables y calificados. Por lo cual es recomendable comenzar con esquemas relativamente simples que podrán ir haciéndose más complejos en la medida que los sistemas de información resulten más robustos y los cuadros técnicos a cargo de los mismos hayan desplegado competencias suficientes.
- 4) Por tratarse de un mercado complejo y con alto ritmo innovativo (y una más alta tasa de incorporación de pseudoinnovaciones), es necesario que la autoridad de aplicación de un esquema regulatorio del precio de medicamentos no se restrinja a la Secretaría de Comercio sino que también incorpore a otros ministerios (como Economía, Salud y Ciencia y Tecnología) y, en especial, que delegue en forma progresiva de seguimiento económico en el ANMAT.
- 5) El monitoreo del mercado es imprescindible fundamentalmente para dar seguimiento a dos variables básicas: precios de venta y cantidad de oferentes de cada producto.
- 6) El monitoreo debe apuntar tanto al comportamiento del mercado interno como a la evolución de los precios en nivel internacional sobre un conjunto limitado de países tomados como referencia.
- 7) Hay desarrollos en la región que permitirían captar sinergias, tales como bases de datos para monitoreo internacional de precios. Sería negligente implementar solos una base de datos internacional cuando otros países ya están recorriendo ese camino.
- 8) En los segmentos de productos donde se registra una dinámica competitiva es conveniente estimular la competencia genérica.
- 9) En los segmentos de productos en los que se registran evidencias de prácticas anticompetitivas es conveniente promover la intervención del Estado.
- 10) El marco regulatorio puede contribuir a desestimular una pseudoinnovación que no aporta ventajas terapéuticas pero encarece los medicamentos.

PROPUESTAS CONCRETAS PARA UN MARCO REGULATORIO ARGENTINO

En función de lo hasta aquí expuesto se formaliza, a continuación, una propuesta de bases para construir un marco regulatorio de precios de los medicamentos en la Argentina:

1. Institucionalizar una Comisión Nacional de Regula-

- ción de Precios de Medicamentos (CNRPM) con un cuerpo técnico estable mínimo e integrada por el Ministerio de Economía, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Ciencia y Tecnología, el Ministerio de Salud y el ANMAT.
- La CNRPM definirá dos regímenes regulatorios diferenciales para definir el precio de los medicamentos y establecerá los procedimientos para encuadrar cada producto dentro de un régimen y para definir el precio.
 - Los regímenes serán: a) libertad regulada y b) control directo.
 - Para todos los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional (ya sea en farmacia o sólo a nivel de mayoristas) se fijará un Precio de Referencia.
 - En forma independiente a cómo se defina el precio de venta al público, todos los medicamentos comercializados en el territorio nacional serán clasificados en tres categorías: verde, roja y amarilla. Ello será distinguido en el envase imprimiendo en todos los casos un logotipo de la CNRPM y un círculo del color correspondiente y servirá para orientar a los consumidores respecto al precio del producto y su condición de competencia.
 - Los productos serán encuadrados dentro de la categoría **COMPETIDORES**: Cuando se trate de un producto con suficiente cantidad de oferentes (cuatro o más) y en el cual no se registra una concentración de las ventas alta (por ejemplo inferior a 2.500 puntos del coeficiente de Herfindahl-Hirschman). En este caso, el precio de referencia será fijado a través de la media ponderada de los precios de venta al público en el mercado nacional.
 - Los productos serán encuadrados dentro de la categoría **NO COMPETIDORES**: Cuando se trate de un producto con insuficiente cantidad de oferentes (tres o menos) y en el cual se registra una concentración alta de las ventas alta (por ejemplo igual o superior a 2.500 puntos del coeficiente de Herfindahl-Hirschman). En este caso el precio de referencia será fijado a través de comparaciones internacionales. Para ello se utilizará una medida de tendencia central como la mediana de los precios de venta al público en un conjunto de países de referencia.
 - En función de la categoría y de la diferencia entre el precio venta al público y el de referencia se establecerán cuatro condiciones que definirán la información a ser incluida en el envase del producto:

Producto	PVP \leq PR	PVP<PR
COMPETIDOR	Círculo amarillo Junto a la leyenda: "La CNRPM informa que existen alternativas más económicas de este mismo medicamento".	Círculo Verde Junto a la leyenda: "La CNRPM informa que el precio de este medicamento es competitivo".
NO COMPETIDOR	Círculo Rojo Con el precio máximo de venta al público autorizado.	Círculo Verde Junto a la leyenda: "La CNRPM informa que el precio de este medicamento es competitivo".

REFERENCIAS

- Puig-Pujoy J. Políticas de fomento de la competencia en precios en el mercado de genéricos: lecciones de la experiencia europea. *Gaceta Sanitaria* 2010;24(3):193-199.
- Tobar, Federico; Drake, Ignacio and Martich, Evangelina. Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. *Rev Panam Salud Publica*. 2012, vol.32, n.6, pp. 457-463.
- Puig-Pujoy J. Review of the literature on reference pricing. *Health Policy* 2000;54:87-123.
- Collazo Herrera M, Ramos Picos D, Yáñez Vega, Raúl, de la Cruz Pérez B. (2007). ¿El Control del precio de los medicamentos debe ser una responsabilidad de las autoridades reguladoras nacionales? *Latin American Journal of Pharmacy* 2007;26(6): 913-23.
- Creese A, Quick Jonathan. Working paper on differential pricing arrangement and feasibility. *Context setting paper*. Ginebra: OMS; 2001.
- Colombia. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Técnicos. "Propuesta de redacción del grupo técnico asesor para ser presentada a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Técnicos". 5 de abril de 2013. Disponible en: http://www.consultorsalud.com/jupgrade/docs/Borrador_metodologia_regimen_control_directo_precios_medicamentos_2013.pdf
- Puig-Pujoy J, López Casanovas G. La aplicación de precios de referencia a los medicamentos. *Cuadernos de Información Económica* 1999;143:77-89.
- Moise P, Docteur E. Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in México. *OECD. Health Working Papers* no 25. 2007. <http://www.oecd.org/health/health-systems/38097348.pdf>
- Comisión Federal de Competencia México y OCDE "Recomendaciones para promover un marco regulatorio más favorable a la competencia en el mercado farmacéutico". Agosto 2009. Documento preparado como parte del programa proceso para el fortalecimiento del marco regulatorio para la competitividad en México" que inició el ejecutivo federal en enero 2008 en colaboración con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
- República de El Salvador. Presidencia de la República. Decreto del Poder Ejecutivo No 244.
- República de El Salvador. Presidencia de la República. Decreto Legislativo No 1008. 22 de febrero de 2012.
- Tobar, Federico; "Cambios en la regulación de precios de medicamentos en Colombia: Comentarios sobre la Propuesta de Redacción del Grupo Técnico Asesor para ser presentada a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Técnicos". *Boletín Fármacos* 2013; 16 (2) Mayo. Páginas 68-69.

(1) Este trabajo fue publicado por la Cámara de Entidades Prestadoras de Salud (CEPSAL) en 2013.



Su salud en las mejores manos

Estados Unidos 2863
(1227ABU) Ciudad de Buenos Aires
Call Center 0800-333-3313



www.osfe.org.ar

Informe Especial

MODELOS DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES

Formas de Retribución Profesional en Salud

INTRODUCCIÓN

Las formas de retribución profesional en salud con sus diferentes modelos de contratación son las herramientas necesarias para vincular el desempeño de los proveedores de servicios de salud y los financiadores.

Constituyen una herramienta importante de la gestión puesto que inciden directamente en los costos e indirectamente en la conducta de los prestadores.

Se transforman en los instrumentos para viabilizar la compensación económica al prestador por los servicios de salud brindados a individuos o poblaciones.

El espectro que incluye a los prestadores se compone de una amplia variedad de protagonistas: desde proveedores de servicios de salud unipersonales (médicos, odontólogos, kinesiólogos, psicólogos, etc.) a complejas instituciones empresariales.

Entre estos extremos se encuentran pequeñas y medianas instituciones tales como agrupaciones de profesionales, laboratorios de análisis clínicos, centros de diagnóstico o tratamiento, clínicas, sanatorios y redes de servicios vinculadas societariamente o por rubro profesional.

En tanto que entre los pagadores se encuentran Asociaciones, Centros de Diagnóstico y/o Tratamiento, Clínicas, Sanatorios, Obras Sociales, Entidades de Medicina Prepaga, Mutuales, Cooperativas, Compañías de Seguro, Aseguradoras de Riesgo de Trabajo, entre otros.

En algunas ocasiones prestador o proveedor de servicios asistenciales puede cumplir un doble rol al ser también financiador.



Por la Dra. Laura Cordero. Jefa de Auditoría Médica del Sanatorio Güemes (*)

EL MARCO NORMATIVO PARA REGULAR LA RELACIÓN PRESTADOR-PROVEEDOR DE SERVICIOS Y FINANCIADOR EN EL CONTRATO O CONVENIO

En él se expresa la voluntad de ambas partes, es decir el fin que se persigue con el acuerdo vinculante además de la operatoria que pondrá en marcha para ponerlo en ejecución.

Los contratos constan de un cuerpo y anexos, de los cuales merece destacarse el nominado como Normas Operativas o similar.

En el cuerpo se establecen aspectos fundamentales de la relación prestador-financiador tales como la identificación de los protagonistas en la relación contractual (contratante y contratista); las características de los servicios que se incluyen; aspectos globales de la

operatoria tal como el modelo, monto y tarifas de contratación; mecanismos, formas y plazos de pago; información sobre la población blanco de atención tal como ubicación geográfica y aspectos demográficos o epidemiológicos; métodos de control en el cumplimiento del contrato; modelos de auditoría para contralor de los servicios; previsión de cancelación del contrato y mecanismos de solución de conflictos.

Las normas operativas constituyen el manual de procedimientos para llevar adelante el acuerdo vertido en el cuerpo principal del contrato o convenio.

FORMAS DE CONTRATACIÓN COMO UN INSTRUMENTO DE GESTIÓN

Dentro de la gestión, los modelos de contratación actúan condicionando la oferta, la demanda y la gestión de servicios de salud.

IMPACTO SOBRE LA OFERTA

Su impacto sobre la oferta, radica en que las distintas formas incentivan en algunas ocasiones la derivación o la retención del paciente.

Para comprender lo anterior basta mencionar que un modelo de contratación en el que la retribución al prestador es la misma independientemente de la carga de servicios (por ejemplo pago por consultas realizadas en el mes por cada individuo incluido en el beneficio de la prestación, es decir misma retribución por una, dos o más consultas) tiende a generar una oferta de servicios con mayor tendencia a la derivación y a una subprestación.

En sentido inverso un modelo de contratación en el que la retribución

al prestador es por unidad de servicios (por ejemplo consultas mensuales a beneficiarios incluidos, es decir que si por una consulta el pago es Z, por dos consultas será Zx2, tres consultas Zx3) tiende a general una oferta de servicios con mayor tendencia a la retención del paciente y a la sobreprestación de servicios asistenciales. Otro aspecto a considerar como condicionante de la oferta es que algunos modelos se ajustan en mayor medida a la promoción de la salud (retribución por individuo), en tanto que otros encuentran mayor aplicación en curación o recuperación ante la enfermedad (retribución por práctica). Ante ello, el modelo de retribución incentivaría uno u otros aspectos de la prestación.

Finalmente, aquellos modelos de retribución también inciden sobre la ubicación geográfica de los servicios prestadores, el grado de especialización y el desarrollo de la tecnología sanitaria aplicada.

IMPACTO SOBRE LA DEMANDA

Su rol como condicionante de la demanda radica en su impacto so-

bre la relación médico paciente y la accesibilidad a los servicios.

A modo de ejemplo, los servicios que optan por las formas de retribución profesional por individuo – en general– no permiten la libre elección de prestadores por parte de sus beneficiarios. Por ello, estos servicios suelen tener como requisito el acceso mediante la asistencia inicial de un médico generalista. Igual condición se establece para la realización de interconsultas o acceso a prácticas especializadas.

De lo anterior se desprende que este modelo promueve una demanda con un mayor incentivo para una mejor relación médico-paciente entre el beneficiario y su médico de cabecera. En el otro extremo, pueden aparecer incentivos negativos en la relación médico-paciente con los especialistas.

Además en este modelo, la accesibilidad se ve dificultada ante la necesidad de centrar la atención integral en el médico de cabecera.

IMPACTO SOBRE LA GESTIÓN PROPIAMENTE DICHA

Tal como se describirá a continuación, la forma de condicionar la

gestión por parte de los distintos modelos de contratación para la retribución de servicios profesionales en salud, radica en la cantidad y calidad de los servicios, los costos, la planificación, la administración y los mecanismos de información y control.

En definitiva, los modelos de prestación inciden en la producción o rendimiento y en la calidad de los servicios, así como en las conductas de usuarios y prestadores.

MODELOS DE CONTRATACIÓN

No existe dentro de los modelos de contratación uno que sea inequívocamente superior en el objetivo de obtener un equilibrio óptimo entre el incentivo económico y la utilización eficiente de los servicios, manteniendo una calidad óptima de los servicios.

En cada uno de ellos puede analizarse los riesgos económicos, que surgen de la oferta y demanda de servicios, los costos derivados de la dimensión administrativa de implementación de mecanismos de control pago, previsibilidad del gasto, calidad de la atención.



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

CÁPITA

La contratación de servicios mediante el modelo de cápita consiste en el pago de servicios asistenciales a su proveedor (independientemente de su complejidad: consulta, determinaciones de laboratorio, internaciones, prestaciones especializadas u otras) por unidad de beneficiarios incluido en el padrón.

Es decir, que –independientemente de la cantidad de unidades de servicio recibidas en el tiempo acordado– y que generalmente es un mes (consultas, determinaciones de laboratorio, sesiones de kinesiólogía, internaciones, TAC, RMN, etc.), el pago será la resultante de multiplicar el monto acordado “per cápita” por el número de beneficiarios incluidos (padrón prestacional).

De ello deriva la necesidad de contar con el registro actualizado de los beneficiarios, que en este tipo de contratación se incluye como requisito a los efectos de reconocer la validez de la prestación y por ende la obligación de su financiamiento.

En general este modelo de retribución se realiza con pago anticipado.

EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL MODELO DE CONTRATACIÓN POR CÁPITA

Este tipo de contratación requiere del conocimiento de la tasa de utilización de servicios (cantidad de servicios prestados o recibidos en la unidad de tiempo seleccionada) en una población conocida, para determinar técnicamente costos que permitan llegar a un acuerdo que satisfaga a prestador y financiador.

Requiere, además, una minuciosa descripción del tipo servicio de salud a brindar para evitar distorsiones que atenten con la calidad o permitan realizar los ajustes que sean necesarios.

De este modo, aplicando los valores unitarios de la prestación y su promedio de utilización, se pueden establecer los costos/gastos del tipo de prestación capitada, de modo de poder realizar una evaluación técnica del acuerdo contractual.

CONSIDERACIONES GENERALES FINALES DEL MODELO DE CONTRATACIÓN POR CÁPITA

Tal como se viene reiterando, el riesgo económico derivado de este tipo de contratación, recae funda-

mentalmente en el prestador/proveedor de servicios.

El financiador podrá realizar su planificación presupuestaria aplicando un porcentaje fijo del ingreso recibido por cada uno de los beneficiarios incluidos en el padrón, conociendo de antemano el máximo que deberá pagar para cubrir las necesidades de sus beneficiarios.

En sentido contrario, si la tasa de utilización de servicios excediera el promedio, el riesgo económico de los incrementos impacta directa y exclusivamente en el prestador de servicios.

Este modelo incentiva la subprestación.

Las tasas de utilización de servicios sufren variaciones de acuerdo a las características demográficas y epidemiológicas de la población, así como de la evolución del conocimiento y el nivel de atención involucrado en el proceso de atención, incluyendo el desarrollo de tecnología sanitaria.

Sin embargo, no debe minimizarse la importancia de la variabilidad individual ante la enfermedad, al considerar aspectos epidemiológicos de la población involucrada.

El conocimiento de las características de dicha población permite construir el valor cápita promedio ponderando el peso entre los diferentes grupos que lo componen.

De allí la necesidad de poner en marcha mecanismos que se conviertan en un adecuado ajuste de riesgo, para costeo de cápita.

Los intentos para realizar este ajuste de riesgo han llevado a modelos que permiten capitalizar el conocimiento de la situación de salud de la población blanco, para adecuar el costo cápita a montos que garanticen la calidad de la prestación y la promoción de tareas eficientes de promoción de la salud y prevención-atención-recuperación y rehabilitación en enfermedad.

El ajuste de riesgo ha sido más fácil de desarrollar para el caso de internaciones, ya que allí la información es más accesible.

PRESTACIÓN

El modelo de contratación de servicios de salud por prestación consiste en el pago por unidad de servicios brindado, independientemente de su complejidad y de la cantidad de beneficiarios sobre los

que se han concretado, en un período determinado.

Es decir que el monto a abonar por el financiador surge del producto entre el valor unitario del servicio (consulta, diagnóstico por imágenes, internaciones, cirugías, etc.) acordado contractualmente y el número de dichas prestaciones realizadas en el período correspondiente.

A diferencia del sistema capitado, en esta modalidad el riesgo económico recae en el financiador, y es un modelo que tiende a incentivar la sobreprestación de servicios asistenciales, siendo éste –por lo antedicho– un modelo que no promueve la eficiencia.

Obstaculiza la planificación presupuestaria en virtud de la variabilidad individual y el perfil prestacional. La aparición de eventos catastróficos (enfermedades de baja prevalencia que requieren alto costo para su diagnóstico y tratamiento) pueden poner en riesgo la sustentabilidad en las prestaciones.

Requiere la implementación de rigurosos procesos administrativos de facturación y liquidación de prestaciones, debido a la complejidad para cumplimentar el pago de prestaciones asistenciales, con el consiguiente aumento de costos administrativos. Igual incremento de costos deriva de los mecanismos de contralor (auditoría).

Requiere de una exhaustiva descripción de las prácticas incluidas en la contratación y de un despliegue de rigurosas normas operativas contractuales.

CONSIDERACIONES GENERALES DEL MODELO DE CONTRATACIÓN POR PRESTACIÓN

El riesgo económico derivado de este tipo de contratación, recae fundamentalmente en el financiador de servicios. Los desvíos en las tasas de utilización de servicios que pudieran incrementar los costos deben ser afrontados por el financiador. Los eventos catastróficos y las modificaciones dinámicas de la población incluida en el beneficio, pueden alterar rápidamente los costos e impedir una planificación presupuestaria a mediano o largo plazo.

En este modelo, los desvíos producidos por bajos aranceles a prestadores tienden a corregirse con

sobreprestación de servicios que atentan contra la eficiencia, sin garantizar la efectividad y/o la calidad de las prestaciones. Es el modelo que más tiende a incentivar la sobreprestación.

Como característica de su estructura administrativa, ésta demanda altos costos ya que el financiador debe poner en funcionamiento mecanismos de control que permitan afrontar los costos limitando la sobreutilización de los servicios (auditoría) y garantizando la calidad de los servicios.

Como mecanismos de "limitación" de las eventuales sobreprestaciones los financiadores implementaron sistemas de bonos, planillas, autorizaciones previas y copagos. Estos últimos consisten en un pago directo por parte de los beneficiarios a los prestadores o al financiador, respectivamente, con el objeto de evitar la utilización de servicios con el modelo de consumo. Sin embargo el riesgo de esta práctica es penalizar a quienes realmente tienen un aumento de la demanda en función de su condición de salud/enfermedad.

MÓDULOS

La contratación por módulos consiste en la aplicación de un sistema mixto en el cual se convienen prestaciones que lo integran (incluidas) a un monto fijo y exclusiones que requieren un sistema de pago por prestación.

Este modelo incluye a un amplio espectro de prestaciones que van desde la llamada consulta vestida (consulta más prestaciones de alta utilización para el diagnóstico de patologías prevalentes en cada especialidad) hasta provisión de servicios de la más alta complejidad como trasplantes, cirugías cardiovasculares o neurológicas.

A semejanza de la capitación es necesaria una exhaustiva descripción de las prestaciones incluidas puesto que el financiador abonará un monto acordado por todo lo incluido en él, independientemente de la tasa de su utilización. Se aplicará el modelo por prestación para el pago de los servicios excluidos.

Los riesgos económicos recaen alternadamente en prestador o financiador si las tasas de uso son

mayores en las prestaciones incluidas o excluidas en el Módulo, respectivamente.

Es un modelo que incentiva la subprestación de prácticas incluidas y sobreprestación de las excluidas. Tiende a incentivar la eficiencia en la prestación de servicios incluidos en los módulos.

Suele requerir un alto gasto administrativo en el contralor de las prestaciones, a los efectos de garantizar la calidad de la prestación.

CONSIDERACIONES GENERALES DEL MODELO POR MÓDULO

Por compartir características de los modelos de contratación por cápita y por prestación, constituye el ejemplo característico de los llamados modelos mixtos.

La característica de este tipo de contratación es que el riesgo económico se encuentra compartido entre financiador y proveedor de servicio, puesto que si la utilización de las prestaciones incluidas en el módulo fuesen excesivas el costo puede superar el monto de la contratación.

SOCDUS

Odontología para Sistemas de Salud

- **Respuesta integral en Odontología para Empresas de Salud.**
- **Seguridad, Idoneidad y Eficiencia en todos los aspectos de la actividad odontológica.**
- **Consultorios Propios integrados en una Red de Cobertura a nivel nacional.**

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

Consultorios Propios
Tel.: 4382-5768 (líneas rotativas)

En sentido inverso, si las prestaciones fuera de módulo fueran excesivas, el monto erogable se encontraría por fuera de la previsión presupuestaria, dificultando la planificación presupuestaria.

Desde el punto de vista de la calidad, este modelo podría verse amenazado por la subprestación (de los servicios incluidos) o sobreprestación (de los servicios excluidos).

Por lo anterior, es un modelo que no promueve la eficiencia al incentivar la utilización de las prestaciones excluidas y puede amenazar la efectividad al limitar las prestaciones incluidas.

De allí que los costos operativos de este tipo de contrato son altos, ya que deben incrementarse los mecanismos de control que garanticen la calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos.

GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)

Se trata del pago por el conjunto de prestaciones para la atención de determinadas patologías.

Las instituciones contratadas bajo esta modalidad tienden a seleccionar los Case Mix más lucrativos.

Es un modelo de contratación que promueve la eficiencia, aunque conlleva el riesgo prestacional de la subprestación.

Desprotege las acciones preventivas en salud por poco rentables, poniendo énfasis en la atención de la enfermedad.

Tiene como riesgo la sobreprestación mediante un incremento en los ingresos hospitalarios.

Si se ajustan los montos de contratación según los costos esperados para cada caso o GRD, el riesgo recae en el financiador; de lo contrario, el prestador asume el riesgo de los casos más caros.

PAGO POR CARTERA FIJA

Se trata de un modelo por el cual se remunera por la atención predefinida (ambulatoria o internación parciales o totales) a un grupo de beneficiarios sin considerar cambios en el padrón prestacional.

A modo de ejemplo consistiría en un pago mensual fijo a los beneficiarios de una Obra Social por atención de Internaciones Clínicas sin requerirse padrón poblacional actualizado.

En este tipo de contratación el riesgo económico recae en el prestador de servicios, ya que un aumento en la tasa de utilización de servicios o un incremento súbito en las altas de afiliados no incide en el monto a erogar por el financiador (con la posibilidad de manejar con mínima incertidumbre la planificación presupuestaria) pero puede poner en riesgo la sustentabilidad económica en el proveedor de servicios.

Es un sistema que puede incentivar tanto la eficiencia como derivar en deterioro de la calidad por incentivo de la subprestación.

PAGO POR SERVICIO (ESPECIALIDAD)

Se trata de un modelo de pago por egreso y por servicio (cirugía, clínica, obstetricia, UTI, etc.), por ende el pago surgirá del producto entre número de egresos por el monto unitario de los mismos, independientemente de la patología o los recursos aplicados para diagnóstico y tratamiento. Exige una descripción de inclusiones y exclusiones de la atención.

Los servicios que más frecuentemente se contratan bajo esta modalidad es la Obstetricia.

Comparten aspectos de la prestación y de la capitación. Utilizando el ejemplo de la prestación más frecuentemente contratada, de aumentar la tasa de par-

tos e internaciones obstétricas, el peso económico recaerá en el financiador. En tanto que, si el aumento se produce en la tasa de utilización de servicios incluidos, el riesgo económico recae en el prestador. Al igual que la cápita este modelo de contratación incentiva la subprestación de servicios y si bien promueve la eficiencia, puede conllevar al deterioro de la calidad por aquélla.

LEASING DE CAMAS

Consiste en la contratación de camas, independientemente de su utilización. Por tanto el monto a abonar surgirá del valor cama pactado por el número de camas. Incluye la prestación para la asistencia de quienes pueden ser internados de acuerdo a la patología a tratar.

El riesgo prestacional recae en el prestador de servicios de salud y el riesgo que conlleva es la subprestación de servicios asistenciales.

Es un modelo que promueve la eficiencia.

Se caracteriza por la baja carga administrativa.

CONCLUSIÓN

Los modelos de contratación influyen directamente tanto en la gestión como en la oferta de servicios de salud por parte de los proveedores y condicionan la demanda en la población en blanco.

Inciden en la planificación presupuestaria y motivan disímiles gastos administrativos.

Por ello, exceden su rol como nexo contractual transformándose en verdaderas columnas vertebrales de la gestión. □

(*) Directora de la Carrera de Médico Especialista en Auditoría Médica de la Fundación del Sannatorio Güemes y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.



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



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



osim
Obra Social de Personal de Dirección

info@osim.com.ar
Tel/Fax: (011) 4010-6746

Montevideo 373 4º Piso
(C1019A8G) Capital Federal

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional
www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro valor

- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora.

Nuestras publicaciones

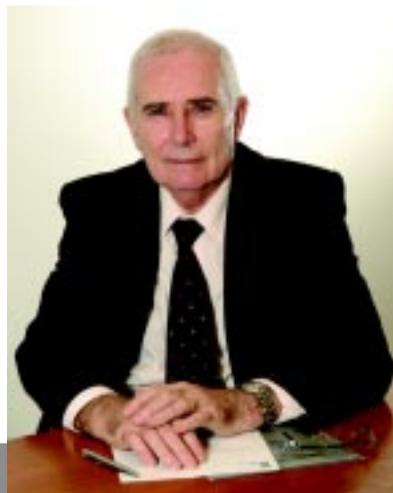


Tucumán 1688, 3º piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



Células madre: ¿El futuro del desarrollo de nuevas drogas?

Por el Dr. Enrique L. Sánchez (*)



Desde hace ya varios años, las células madre se han posicionado como la intervención terapéutica más prometedora, pero su promesa en el terreno de la medicina se presenta actualmente como mucho más amplia que el mero empleo terapéutico en sí mismo. Hoy se sabe que las células madre pueden ser empleadas como modelos celulares de estados patológicos, lo que significa un avance de enorme importancia en el desarrollo de nuevos fármacos. ⁽¹⁾

En un artículo reciente ⁽²⁾ se reseña el empleo de células madre pluripotenciales humanas no sólo en lo referente a su potencial tecnológico, sino que también se ahonda en las barreras organizacionales, legales y financieras que actualmente están demorando su adopción. Resumimos aquí los puntos clave de esta profunda revisión.

El desarrollo de nuevos fármacos es un costoso proceso y el mayor de los temores en este camino es la pérdida de tiempo y dinero y de la oportunidad al encarar la investigación de una droga equivocada. Suele hallarse en la prensa la referencia a una caída en las acciones de una empresa en respuesta al fracaso de una nueva droga en los ensayos clínicos. Al llegar a esta instancia se encuentra que el fármaco había pasado airoso las pruebas en los modelos pre-clínicos, pero ¿qué ha sucedido para que esos resultados *in vitro* fracasen al momento de encarar las experiencias clínicas? Según los mencionados autores (2) puede tratarse de una falla en la elección del modelo preclínico, ya que algunos modelos celulares han sido diseñados para expresar una diana particular a nivel no fisiológico con el propósito de probar la interacción del candidato con tal diana. Sin embargo, esto puede resultar como no representativo a la hora de demostrar esta interacción *in vivo*. Los procesos biológicos son llevados a cabo por sistemas, no por moléculas independientes, y al alterar las variables de un sistema a menudo aparecen efectos colaterales.

Tratar una enfermedad *in vivo* se asemeja a dirigir una batalla a gran escala en un bosque, en la

que intervienen muchos participantes, favoreciendo o confundiendo los esfuerzos de los otros. Concentrarse sólo en un objetivo ignorando el contexto del medio donde se encuentra la célula es equivalente a disparar sobre un blanco de cartón puertas adentro, con buena iluminación, y declarar la batalla ganada.

El *screening* fenotípico, que alguna vez fue el camino clásico del desarrollo de nuevos fármacos, ha cedido el paso a los ensayos basados en el blanco, y ahora nuevamente se han ubicado en el primer plano, en este caso informados por –pero no dependientes de– los métodos basados en el blanco. La otra condición clave para asegurar que los escenarios sean lo más próximos posible a los hallados *in vivo* podría ser el empleo de Células Madre Pluripotenciales humanas (IVD hPSC). Existen muchas ventajas para utilizar estas células, tales como:

- Representan fielmente las respuestas de una población celular particular, especialmente en poblaciones tales como cardiomiocitos, neuronas y hepatocitos.
- A diferencia de las células primarias, estos hPSCs proliferan y de esta forma no requieren una recolección invasiva, que en algunos casos no es posible, como con las neuronas.
- El cultivo es expandible y puede ser automatizado.
- Se puede modelar la diferenciación celular.

Sin embargo, a pesar de las promesas de esta tecnología, existen obstáculos para su introducción. Uno de éstos impedimentos que Engle y Puppala (2) mencionan, está representado por las simples dificultades que siempre se encuentran en una tecnología nueva para su introducción en una organización. Las nuevas tecnologías requieren ser “com-

pradas" primero por los funcionarios más importantes, pero éstos suelen estar alertas frente a resultados demasiado prometedores que pueden ser alcanzados con una nueva tecnología ya que esto puede provocar una exagerada impaciencia si estas promesas no son alcanzadas. También se ha mencionado el hecho de que cualquier nueva tecnología científica requiere de la creación y evaluación de nuevos protocolos. Las nuevas líneas de células madre también deberán ser identificadas para asegurar que se trata de modelos adecuados.

Otro aspecto es el legal. Las leyes que rigen el empleo de células madre en la investigación presentan una gran variabilidad entre diferentes países, un hecho que puede complicar las colaboraciones internacionales. Las células pluripotenciales (IVD hPSC) están menos reguladas que las células madre embrionarias, pero aún así en general están reguladas.

A pesar de los reparos, Engle y Puppala siguen creyendo que los beneficios de esta tecnología a la larga los superarán. Señalan que a medida que esta tecnología sea gradualmente adoptada por la industria, el advenimiento de nuevas técnicas, nuevos estándares y nuevos protocolos hará descender los costos y los precios a la vez que disminuirán la variabilidad de los resultados.

Actualmente las IVD hPSCs están siendo empleadas por algunos equipos en ensayos de etapas tempranas, pero tal como señalan en su artículo,

ciertamente hay oportunidad para que sean empleadas en otras etapas de la investigación clínica.

En tanto que los medios internacionales aún discuten en forma candente acerca de los aspectos éticos del uso de células madre embrionarias y de su potencial empleo como panacea, puede que en los ámbitos más serenos pero no menos frenéticos del desarrollo farmacológico sea donde esta tecnología realmente tenga impacto. □

Referencias:

1. Clark, G.: Stem Cells; the Future of Drug Development? http://www.pharma-iq.com/pre-clinical-discovery-and-development/articles/stem-cells-the-future-of-drug-development&mac=PharmaIQ_OI_Featured_2011&utm_source=pharmaiq.com&utm_medium=email&utm_campaign=PharmaIQOptIn&utm_content=91213?elq=170a0f16adbb4b4bb7ef7f2d2a5f22f8&elqCampaignId=2650.
2. Engle SJ and Puppala D: Integrating Human Pluripotent Stem Cells into Drug Development. *Cell Stem Cell* 12(6) pp. 669 – 677, 2013

(*) Asesor farmacológico - Ex-Director Médico de Schering-Plough - Ex-Docente de FEFYN. elsanchez1211@hotmail.com

Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres.

intelexis mujer

Conduce Natalia Marquiegui y el Dr. Guillermo Capuya

Lunes 18 hs.

Un programa donde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

Conduce el Dr. Guillermo Capuya y el Prof. Guillermo Garcia Caliendo

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)

LA MEDICINA EN EL CINE

Cuidados paliativos

A million dollar baby

(Clint Eastwood, 2004)

SINOPSIS

Un viejo, temeroso y atormentado entrenador de boxeo acepta a regañadientes entrenar a una joven. Cuando las cosas marchan bien su pupila en un combate por el campeonato mundial recibe un golpe antideportivo que le ocasiona una tetraplejía. Sus temores se cumplen y su atormentada vida alcanza una terrible encrucijada. ⁽¹⁾.

La forma narrativa elegida es la puesta en escena del contenido de la carta que Eddie escribe a la hija de Frankie para contarle este episodio de la vida de su padre y para que sepa cómo era realmente. La voz en *off* que se ha escuchado a lo largo del filme es la que al final de la película aclara que el espectador ha ido viendo la escenificación de la carta según la escribía el remitente. ⁽¹⁾.

Con el formato de una película de boxeo, en este caso de boxeo femenino, Clint Eastwood presenta la historia de dos seres solitarios marcados por su pasado cuyas vidas se cruzan gracias precisamente a este deporte. Una es la de Frankie Dunn, que interpreta el propio Clint Eastwood. Frankie, un viejo entrenador y manager de boxeo que posee un vetusto gimnasio para esta disciplina en Los Ángeles. La otra es la de Maggie Fitzgerald, la protagonista femenina interpretada Hilary Swank, una camarera aspirante a boxeadora. Desde un punto de vista argumental, es precisamente el encuentro entre los dos protagonistas el detonante de la acción y de su desenlace, aunque el peso argumental de Frankie es mayor pues en torno a este pasaje de su vida se realiza la narración. Tres personajes adicionales tienen un impacto importante en el desarrollo de la trama, uno presente, Eddie Scrap- Iron

Dupris, el personaje secundario principal, un viejo boxeador que se ocupa de la limpieza del gimnasio de Frankie, incluso vive en él y que encarna Morgan Freeman y dos sólo citados, la hija de Frankie y el padre de Maggie. ⁽²⁾.

EL ACCIDENTE

Tras una relativamente corta preparación, Frankie, consigue que Maggie gane varios combates y ésta empieza a ser conocida, sus triunfos son tan expeditivos que Frankie necesita comprarle contrincantes y al fin, en contra de sus normas, acepta que luche por el título mundial de la WBA de los pesos welter en Las Vegas con la campeona, una alemana del este llamada Billie 'The Blue Bear' (Lucía Rijker), una auténtica "incumplidora" de las reglas del Marqués de Queensberry. Al terminar el tercer asalto Maggie, olvidándose de la máxima de Frankie, protegerse en todo momento, cuando se retira a su rincón recibe por la espalda un golpe lateral en la cara, a consecuencia de él cae y se golpea el cuello con el borde del banco de boxeo que acaba de ser sacado y que todavía estaba tumbado. En



una secuencia increíble, el espectador ve y percibe que se ha roto el cuello, posteriormente sabrá que Maggie ha sufrido una fractura de C 1 y C 2 con sección completa de la médula espinal. El temeroso entrenador, se encuentra con lo que siempre temió, una terrible consecuencia del boxeo, la tetraplejía de su pupila. ⁽¹⁾.

LA PATOLOGÍA EN FOCO

La última parte de la película muestra las consecuencias de la tetraplejía: médicas, personales, familiares y éticas. Las médicas implican la puesta en marcha de medidas de cuidados inmediatos y paliativos. Las personales reflejan, como Frankie se desvive por Maggie, como el afecto y el amor, entre ambos crece y crece, mostrando que ambos han encontrado sustitutos de sus seres más queridos.

Ficha Técnica:

Título: *Million Dollar Baby*

Título original: *Million Dollar Baby*

País: Estados Unidos

Año: 2004

Director: Clint Eastwood

Música: Clint Eastwood. David Potaux-Razel (canción *Solferino*).

Guión: F.X. Toole (libro). Paul Haggis.

Intérpretes: Clint Eastwood, Hilary Swank, Morgan Freeman, Anthony Mackie, Jay Baruchel, Mike Colter, Lucía Rijker, Brian O'Byrne, Margo Martindale, Riki Lindhome, Michael Pena, Benito Martinez, Bruce MacVittie, David Powlledge y Joe D'Angerio.

Duración: 132 minutos

Género: drama

Productoras: Warner Bros. Pictures, Lakeshore, Entertainment, Malpaso Productions, Albert S. Ruddy Productions y Epsilon Motion Pictures (1,2,3).

Su sentimiento de culpa por haber entrenado a Maggie y permitido el combate le deja huella e inicialmente intenta proyectarlo a Eddie. Maggie asume personalmente el hecho y a pesar de todo, piensa que gracias al boxeo es resuelta por la protagonista. Por último hay unas consecuencias que tienen un impacto ético, los intentos de suicidio de Maggie y la "eutanasia" que lleva a cabo Frankie a petición de aquélla. Este último hecho con la desaparición de Frankie pone fin a la carta de Eddie y a la acción. ^(1,2)

ASPECTOS MÉDICOS DE LA PELÍCULA

Tanto en el argumento como en su análisis médico la tetraplejía de Maggie es el aspecto más relevante.

Teniendo en cuenta el impacto que las lesiones traumáticas tienen en el desarrollo de la película,

la presencia de los médicos y otro personal sanitario es escasa, existe, pero estos profesionales casi siempre están en la penumbra, no hay un protagonismo directo y así no es posible hacer un análisis de este aspecto, ni a favor ni en contra. La realidad es que al director lo que le importa realmente es la lesión de Maggie y su desenlace. Se da por sentado que siendo el boxeo un deporte violento siempre se debe contar en los combates con la presencia de un médico y así ocurre, los vemos valorar las hemorragias o explorar a Maggie cuando sufre su lesión cervical. Tras ésta actuación, pero más como ambientación que otra cosa. La presencia más llamativa de un médico es en la escena en la que un doctor le anuncia que posiblemente tendrán que amputarle una pierna.

Como cualquier película de boxeo que se precie, las contusio-

nes, heridas contusas, fracturas y hemorragias son una constante. Se muestra al boxeo como un deporte duro, brutal, tanto desde un punto de vista humano como médico, mostrando diversos grados de sufrimiento, dando lugar a frecuentes lesiones, muchas graves e incluso mortales, y secuelas a largo plazo; así se cita que Eddie en su combate 109 perdió la visión de un ojo, mostrándose que padece una catarata, obviamente, traumática y que una de las contrincantes a la que Maggie noqueó sufrió una conmoción cerebral y una perforación de oído. Frankie es un artista en el control de las hemorragias y en el conocimiento de los diferentes coagulantes tópicos y su aplicación y también es un maestro en la reducción manual de las fracturas nasales en el cuadrilátero, su técnica, como es obvio, no se acompaña por el uso de ningún tipo de anestesia. Tomando como base la presencia de otro personaje secundario, el filme muestra las dos actitudes que la población tiene con respecto a estos discapacitados, la aceptación e integración, como hacen Frankie y Eddie o la mofa y el escarnio, que es lo que muestran muchos de los boxeadores que acuden al gimnasio. ⁽¹⁾ □

Premios Oscar

Categoría	Persona	Resultado
Mejor película	Clint Eastwood, Paul Haggis	Ganadores
Mejor director	Clint Eastwood	Ganador
Mejor actor de reparto	Morgan Freeman	Ganador
Mejor actriz	Hilary Swank	Ganadora
Oscar al mejor actor	Clint Eastwood	Candidato
Oscar al mejor		
Guión adaptado	Paul Haggis	Candidato
Oscar al mejor montaje	Joel Cox	Candidato

Premios Globo de Oro

Categoría	Persona	Resultado
Mejor película - Drama	Clint Eastwood Paul Haggis	Candidatos
Mejor director	Clint Eastwood	Ganador
Mejor actriz - Drama	Hilary Swank	Ganadora
Mejor actor de reparto	Morgan Freeman	Candidato
Mejor banda sonora	Clint Eastwood	Candidato

Referencias

1. García Sánchez, J.E. y col.: *Million Dollar Baby* (2004) y los cuidados paliativos. *Rev Med Cine* 3 (2007): 5-13
2. *Million Dollar Baby*: http://es.wikipedia.org/wiki/Million_Dollar_Baby.
3. *Million Dollar Baby*: <http://www.filmaffinity.com/es/film314359.html>
4. *Million Dollar Baby*: <http://www.imdb.com/title/tt0405159/>

Menéndez, Mouro & Asociados S.A
Consultora de salud

Cerrito 836 - Piso 11 - Oficina 25 - CABA
(5411) 4815 - 3885 / 4811-6674



contacto@menendezmouro.com
info@odontodos.net

El Consentimiento Informado en Tratamientos Curativos

¿Qué ocurre cuando alguien rechaza un tratamiento que puede salvar la vida de otro?

Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial



DERECHOS Y DERECHOS PERSONALÍSIMOS

La mayoría de los derechos de los que se habla y se discute en tribunales son "derechos patrimoniales" que son sólo una fracción de los muchos "derechos" que tenemos.

El otro grupo, sin duda el más importante, son los "derechos personalísimos" que son inherentes y referidos a la persona, para diferenciarlo de los restantes que vinculan al ser humano con los bienes susceptibles de valor económico.

Son innatos, la titularidad la otorga el solo hecho de ser humano ("genéticamente" opina Santos Cifuentes), vitalicios de contenido variable, según los consensos sociales, se los caracteriza como "esenciales", por oposición a la eventualidad de los demás derechos subjetivos (p. ej. propiedad en todos sus tipos). Y sobre todo son derechos de "objeto interior": sujeto y objeto del derecho confluyen en un mismo ente: la persona.

Comprenden los "grandes derechos" del ser humano: La vida, el cuerpo, la libertad, el honor, la intimidad, la imagen, la identidad y otros de similar importancia.

La doctrina de la Iglesia los denominaba "derechos naturales": aquellos que ningún príncipe podía desconocer.

Coinciden con algunos de los derechos humanos básicos de la revolución francesa sobre todo los referidos a la vida y la libertad y se extienden a los más modernos como la salud.

No están legislados como grupo en el Código Civil, sí en el Proyecto de Reforma, que tiene el mérito de reconocer su existencia y enumera algunos de ellos: inviolabilidad de la persona, afectaciones a la dignidad, protección de la imagen, inexigibilidad de actos peligrosos y actos de disposición sobre el propio cuerpo (pre y postmortem). Existen otros implícitos, como los vinculados al estado civil.

Es destacable que, en el proyecto, la mitad de los artículos se refieran a actos médicos.

Algunos ejemplos, un tanto burdos: nadie puede permitir a otro que lo encarcele, lo mate, o esclavice, que vote en su nombre, o elija con quién debe casarse o (más moderno) para que le cambie el sexo por el que estime oportuno. En medicina: un cirujano debe aceptar que el paciente se oponga a que le amputen una pierna engangrenada pero no debe obedecer la indicación de amputarle una pierna sana.

¿SON "DISPONIBLES" LOS DERECHOS PERSONALÍSIMOS?

No en principio, el proyecto, aclara que "El consentimiento para la disposición de derechos personalísimos es admitido si no es contrario a la ley, la moral, las buenas costumbres. Este consentimiento no se presume es de interpretación restrictiva y libremente revocable".

El proyecto no es ley, pero cualquier juez podría decir exactamente lo mismo con fundamento en la Constitución, los tratados de derechos humanos y la doctrina vigentes.

DERECHOS PERSONALÍSIMOS Y ARTE DE CURAR

La actividad médica tiene el dudoso privilegio de afectar permanentemente derechos personalísimos: la vida, la salud y la intimidad.

Significa que por más que una persona dé indicaciones sobre los tratamientos que quiere o no recibir, máxime si es en representación de otro, sus decisiones deben pasar por el tamiz de "la ley", "la moral" (que comprende la bioética), las "buenas costumbres", y así y todo será de "interpretación restrictiva".

Por ende un "no" o un "sí" pueden no ser válidos y quienes obedezcan esas indicaciones pueden verse en graves problemas porque no lo analizaron "restrictivamente" teniendo en cuenta la ley, la moral, las buenas costumbres y aún si lo hicieron, si después no pueden probar que esa indicación existió porque, "el consentimiento no se presume" (por ejemplo ante la denuncia de un familiar del difunto).

QUE OPINA LA CORTE SUPREMA

En los clásicos fallos "Bahamondez, Marcelo s/ medida cautelar" y más reciente "Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas precautorias" (ambos Testigos de Jehová que se negaban a recibir transfusiones con peligro para su vida) la Corte Suprema aceptó la posibilidad de tomar decisiones contrarias a la propia salud, pero sus fundamentos son:

El art. 19 de la Constitución otorga al individuo libertad para sus acciones privadas siempre que no "perjudiquen a un tercero" y sus correlatos: disponer de sus actos, de su obrar, de su propia vida, de cuanto les es propio, del señorío a su propio cuerpo,

Invoca "la autonomía personal" los "propios valores", la libertad de una persona "adulta" de tomar las

decisiones... que conciernan "a ella directamente", la inconveniencia de someter a una "persona adulta" a un tratamiento sanitario..." que no quiere, siempre que no ofenda...." los derechos ajenos".

Buenos principios, sin duda, pero es claro que sobreabunda (por las reiteraciones) en indicar que todo lo que resuelve se refiere al individuo adulto y lúcido que decide respecto de sí mismo.

Su inevitable correlato (interpretación "a contrario sensu") es: todo lo dicho NO es aplicable cuando el afectado es "no adulto", el cuerpo es "ajeno", los valores "no propios" y afecta "a un tercero".

El representante es persona diferente de su representado, los padres, hijos, pareja son "terceros" y obviamente la vida sobre la que decide no es la propia.

A QUE TRATAMIENTOS NOS REFERIMOS

A los "terapéuticos" o "curativos": de los que razonablemente se puede esperar que sean beneficiosos, rehabilitadores y que restablezcan la salud en todo, o parte.

No significa "infalibles" que no existen en medicina, recordemos que estamos ante una obligación "de medios", pero sí que exista la expectativa razonable de un buen resultado de acuerdo a la estadística.

Incluimos aquellos que tienen "baja estadística" (más probabilidades de muerte que de vida) si son la única alternativa ante la muerte.

No están comprendidos los casos de terminalidad, incurabilidad y demás que se encuentran comprendidos dentro de la "muerte digna".

LA LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE

Igual que en otros, no se lució tampoco en este aspecto.

La eventualidad de que un representante se oponga a dar el consentimiento informado ante la propuesta de un tratamiento terapéutico debió ser prevista por el legislador en beneficio de la vida del paciente y no lo fue.

Podría deducirse, equivocadamente, que por la vía de negar el consentimiento informado de los arts. 5° y 6° de la ley y sobre todo del verbosísimo art. 5° del decreto reglamentario, basta con la negativa de un representante para impedir la aplicación de un tratamiento que puede salvar la vida del paciente.

El texto es confuso y mezcla, impiadosamente, los supuestos de "terminalidad" con "curabilidad" y propone un procedimiento incompatible con la celeridad con que deben ser tomadas, a veces, las decisiones en medicina asistencial: prevé que ante la oposición de uno solo de los representantes exista la intervención del comité de ética y hasta la judicial.

El procedimiento que crea la norma es asimilable a los actos de contenido patrimonial de los incapaces, en los que es necesario requerir la autorización judicial.

Nos preguntamos: ¿y si no hay tiempo...dejamos morir a quien podría salvarse porque a un pariente se le ocurrió disponer de la vida ajena por razones autorreferenciales, caprichosas o aún dolosas: porque quiere que se muera para heredarlo?

Si el redactor del decreto hubiera sabido que existen los "derechos personalísimos" de los que el derecho a la vida quizá sea el más importante, no hubiera escrito eso que escribió, o lo hubiera circunscripto a los supuestos de no urgencia.

Felizmente es un mero decreto y por ello no puede alterar la Constitución, los tratados de derechos humanos, la ley, ni los principios generales del derecho que consagran el derecho a la vida como superior y en tanto lo limite o contradiga, es claramente inconstitucional.

CONCLUSIONES

El derecho a la vida y la salud es "personalísimo".

Toda decisión contraria a su sostenimiento tomada por un tercero en un tratamiento terapéutico es ilícita por oponerse a la Constitución Nacional art. 19 y a los tratados de Derechos Humanos incorporados por el art. 75 inciso 22 y por ende debe ser tenida como "inexistente".

Igualmente inconstitucional es el art. 5° del decreto 1089/2012 si su aplicación condujera a privar al paciente, por decisión ajena, de un tratamiento que puede salvar su vida. □

FUENTES: Anderson Saltzer "Acerca de la regulación de los Derechos Personalísimos en el Proyecto de Unificación del Código Civil y Comercial. (www.infojus.gov.ar/.../dacf120177-saltzer-acerca_regulacion_derechos_...) Doctrina. Anderson Saltzer. Revista Derecho Privado, Año I Nro. 2, Ediciones Infojus.
Otras citas: Vidal Taquini, Carlos H., "El derecho subjetivo", en Derecho Privado, Oscar J. Ameal (dir.) y Dora M. Gesualdi (coord.), libro homenaje a Alberto J. Bueres, Buenos Aires, Hammurabi, 2001, p. 122. (11) Cifuentes, Santos, "Bases para una teoría de los derechos personalísimos".

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



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 VI: Av. Rolón 881 Boulogne Tel.: 4766-1060

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

La necesidad de un cambio



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

Las veces se repiten porque los problemas se repiten, una y otra vez, haciéndose cada vez más complejos, debido que al no resolverse, al quedar siempre pendientes, al ser siempre pateados hacia adelante, proveen circunstancias que van enseñando paisajes más difíciles de abordar...

La salud, a pesar de todas las expresiones realizadas en los últimos treinta años, sea por organismos internacionales, sea por otros nacionales, sea por sociedades científicas, sea por visiones corporativas donde confluyen ciencias e intereses económicos, viene cursando un deterioro progresivo como consecuencia de la mala calidad de vida de las personas, del estrés de las actividades, de las carencias, de las frustraciones, de las depresiones, de los acosos, y de todas aquellas conductas que desde lo social dañan al individuo, o bien donde éste se ve imposibilitado de vivir en condiciones dignas.

Desde luego, las variables son muchas, tanto como los factores que las modifican.

En dicho contexto, las enfermedades crónicas, y por ende los enfermos crónicos, crecen al ritmo de los deterioros sociales. No es curioso que las economías más prósperas exhiban un número creciente de personas afectadas por patologías crónicas... sin embargo, puede suponerse, que ello se debe a los potenciales diagnósticos... ya que en las economías emergentes, donde muchos enfermos, así como muchas enfermedades, pasan de largo por sobre indicadores y estadísticas, haciéndose invisibles a las necesidades sanitarias, el crecimiento suele ser igual o peor al del de las economías estables, asumiendo incluso que, hoy por hoy, transitamos un estado global de crisis de la que no se salva nadie.

Según lo expresado por el Doctor José María Quintana, coordinador de la Red de Servicios de Salud Orientados a Enfermedades Crónicas (REDISSEC/España), se ha estimado que las enfermedades crónicas fueron causantes de 8,21 millones de muertes, así como de 115 millones de años de vida ajustados por discapacidad [AVAD] en 2005 y sólo en EUROPA [85% de todas las muertes y 77% de todos los AVAD (2,3)], con altas tasas atribuibles al ACV, al cáncer, a la EPOC, y a otras condiciones de no menor importancia.

En España, la Encuesta Nacional de Salud 2006 mostró un promedio de 2,8 de enfermedades crónicas en personas entre 65 y 74 años, llegando a un promedio de 3,23 en los pacientes mayores de 75 años^[4]. En 2006 hubo una hospitalización de cada 3 pacientes de 80 años o más (332 por cada 1.000 habitantes en ese grupo de edad), 1 de cada 5 personas entre 65-79 años (202 admisiones por cada 1.000 habitantes en ese grupo de edad) y 1 de cada 6 en pacientes de 75 o más (168 admisiones por cada 1.000 habitantes de 75 años o más)^[5]. Un trabajo reciente sobre hospitalizaciones potencialmente evitables para 6 condiciones crónicas informaron de tasas de hospitalización de 106 por cada 10.000 habitantes entre 65 y 79 años de edad, y

240 por cada 10.000 habitantes en personas de más de 80 años^[6].

Si bien el ejemplo español se muestra contundente, es apenas una muestra de lo que ocurre en cualquier lugar del mundo... donde los pacientes pueden o no hallar las respuestas que corresponden a sus respectivos casos, asumiendo que en la mayoría de ellos, y en la mayoría de los países, los enfermos crónicos permanecen librados a sus suertes, por carencias en la atención médica, por carencias económicas que les impiden acceder a los tratamientos necesarios, por impedimentos estructurales que desmadrarán lo sanitario, por ausencia de políticas sanitarias específicas, por desconocimiento de sus enfermedades, por ignorancia, o bien por motivos que agregan costos ocultos sin resolver nada de ninguna situación.

Traducido, cuando los actores competentes en cualquier sistema de salud, no actúan de manera coordinada, la cronicidad deja de ser un "hecho médico" para tornarse en un "hecho catastrófico", ya que aquello que no se resuelve en tiempo y forma, suele acumular costos ocultos que se van geometrizando hasta devorar los presupuestos y a sus actores (gestores), que cuando deben intervenir, se enfrentan a un problema de significativa magnitud, para el cual no hay plata que alcance... no hay sistema solidario que comprenda... no hay sistema social que tenga capacidad solidaria para neutralizarlo y/o revertirlo y/o ralentizarlo y/o lo que se quiera o entienda.

Cualquiera sea la interpretación de los hechos, los costos se comen al sistema, al modelo, a los gestores, a los actores, y desde luego, a los pacientes, produciendo una sopa estadística que pasa desapercibida ante cualquier realidad de lecturas rápidas, porque la misma (realidad) está envuelta en urgencias que no dejan ver el "problema" de fondo. Desde luego, por detrás de "todo" aquello que permanece sin resolverse, se va formando un agujero negro monstruoso...

El abordaje del problema demanda un cambio de mentalidad, así como otro en las capacidades de lectura y otro tanto en los de observación y seguimiento de las señales que se producen dentro del universo de los enfermos crónicos, así como dentro del universo de las enfermedades crónicas.

REDISSEC propone un programa científico global sobre investigación en servicios sanitarios, que tiene por objeto:

1. Caracterización de la cronicidad y el cuidado de las enfermedades crónicas mediante la descripción del fenómeno de la cronicidad: la carga de las enfermedades crónicas, necesidades satisfechas y no satisfechas, la utilización de servicios de salud, la equidad en el acceso a la atención y el impacto presupuestario de las enfermedades crónicas;

2. La evaluación de cómo los proveedores de salud u organizaciones de asistencia sanitaria proporcionan servicios para cubrir las necesidades de la población y de los pacientes, de forma oportuna, segura y eficiente;

3. Estudiar el impacto de las intervenciones en los pacientes crónicos y sus cuidadores, prestando especial atención a la eficacia, efectividad y la eficiencia;

4. Evaluación del impacto de las estrategias de política de salud, con un enfoque específico en la evaluación de necesidades de la población, la equidad en el acceso y la eficiencia en la asignación;

5. Potenciación de la innovación en la investigación de servicios sanitarios, a través del desarrollo de la investigación metodológica y herramientas de transferencia destinadas a mejorar la metodología de los estudios y la atención médica en pacientes crónicos.

Comenzar a entender el "problema" contribuye a aportar soluciones "a medida"... partiendo de la premisa que "un cambio de mentalidad" es imprescindible ante la magnitud registrada en el creciente universo de las enfermedades crónicas que permanecen sin respuesta, o bien de aquellas que habiendo recibido alguna respuesta, han quedado boyando de cara a un mañana que nunca llega.

Si los costos impactan antes que se produzcan las respuestas adecuadas, el problema deja de ser tal para convertirse en una calamidad. □

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.elmedicointeractivo.com/analisis/tribuna/124797/atencion-y-cuidados-del-enfermo-cronico>
2. Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf
3. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, et al. Tackling Chronic Disease in Europe. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2010. Available from: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/tackling-chronic-disease-in-europe-strategies,-interventions-and-challenges>
4. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Madrid: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y política social. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2F15/p419&file=inebase>
5. Suárez García FM, Jiménez Torres F, Peiró S, et al. Variabilidad en

las hospitalizaciones de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2010;4(1): 299-313.

6. Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armeño S, et al. Variabilidad en las Hospitalizaciones Potencialmente Evitables relacionadas con la reanudación de enfermedades crónicas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2011;4(2):345-63.

7. United Nations General Assembly Resolution on the prevention and control of noncommunicable diseases (Agenda item 114 (A/64/L.52)). New York: United Nations; 2010. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F64%2FL.52&Submit=Search&Lang=E

8. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>.

9. Institute of Medicine. Country-Level Decision Making for Control of Chronic Diseases: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2012.

10. European Hospital and Healthcare Federation (HOPE). Chronic diseases - A Clinical And Managerial Challenge. Copenhagen: HOPE; 2011.

11. Singh D; Surrey and Sussex Primary Care Trust Alliance. Transforming chronic care: a systematic review of the evidence. *Evid Based Cardiovasc Med*. 2005;9:91-4.

12. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. En: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

13. Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016. Ministerio de Economía y Competitividad 2013. En: <http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.7eeac5cd345b4f34f09dfd1001432ea0/?vgnnextoid=83b192b9036c2210V-gnVCM100001d04140> arCRD.

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2014-02-12. Copyright by Cerasale, 2014. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global*. <http://elbiruniblogspot.com.blogspot.com> CIENCIAS MEDICAS NEWS® <http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com> CIENCIAS DE LA HERENCIA® <http://saludequitativa.blogspot.com> GESTION EN SALUD PUBLICA®

SECCION SALUD

CONDUCTOR
CARLOS ABAD
LUNES 18: 30 HS.
EN VIVO



CANAL 13
CABLEVISIÓN : MULTICANAL



artear



MEDICALBROKERS
INTERNACIONAL

PRODUCCIÓN : 5411 4808 9500

www.seccionsalud.tv

Médicos Municipales Liderazgo en gremialismo médico



Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales

No sólo en la ciudad sino también en muchos rincones de la Argentina, la Asociación de Médicos Municipales es referente esencial de la lucha en toda la problemática de la salud pública; lo es gracias a un protagonismo construido a lo largo del tiempo, armando una estructura de gran solidez. Con todo, y a pesar de algunas críticas las respuestas que dimos fueron más acción y más trabajo.

Hay que señalar que somos nosotros los que contamos con una Carrera de Profesionales, refrendada fuertemente en 2010 con el primer convenio colectivo de trabajo, gracias a la cual podemos gozar de estabilidad laboral y ascenso, tanto vertical como horizontal, así como de ingresar por concurso para que entren los mejores y que nos saquen sólo con un sumario previo, y no a dedo o con la finalización de un contrato; junto a la Federación de Profesionales, durante dos años, realizamos un trabajo enorme. Debemos resaltar algunos elementos importantísimos: la licencia por estrés, algo que se venía reclamando hacía mucho tiempo; cabe destacar el capítulo de los accidentes de trabajo, su cobertura supera a todo el articulado de la ley nacional; y subrayar la inclusión de las condiciones y medio ambiente de trabajo, sobre lo que en 2006 comenzamos a trabajar en forma orgánica, y muy pocos conocíamos, y cuyo estudio y tratamiento lideramos.

La obra social fue otro de los temas que estuvo por mucho tiempo en discusión. Hoy tenemos una obra social propia y la posibilidad de la libre elección, es decir, de transferir nuestros haberes adonde creemos que vamos a recibir la mejor atención. Fue una lucha enorme y hoy es uno más de los objetivos alcanzados que hacen a la solidez de nuestra estructura.

Del mismo modo, logramos tener seis horas destinadas a la capacitación, como así también conseguimos que se nos pague la recertificación, que es el reconocimiento a todos aquellos que se siguen formando y actualizando para volcar ese saber al servicio del paciente y de la salud pública. Para todo esto además, tenemos a nuestro instituto de capacitación que tiene los mejores docentes en los cursos de administración hospitalaria y que crece día a día.

Una mención especial merecen las paritarias propias. Hace mucho tiempo debíamos hacerlas con otros gremios y hoy son exclusivas de los médicos. Debemos remarcar que las últimas negociaciones fueron reñidas pero muy buenas y, año tras año, conseguimos una pauta por encima de la inflación. En nuestra paritaria, la AMM no es furgón de cola de ningún gremio.

En lo referido a la salud mental tenemos todavía un gran trabajo por hacer. Estamos seguros de que si los equipos de la AMM, integrados por médicos de todos los neuropsiquiátricos, que están trabajando en este tema no hubieran hecho lo que hicieron, hoy las cosas serían distintas, pero para peor. Plenamente convencidos nos

enseñaron nuestros colegas del valor de esos hospitales. Actualmente rige una ley de Salud Mental nacional hecha para la biblioteca de los políticos y no para los pacientes. Acompañemos a estos últimos y a nuestros equipos de salud mental. No hay salud mental sin hospitales neuropsiquiátricos bien entendidos como tales.

Con todo, sobre el tema de la violencia hacia el equipo de salud, recordamos que cuando hicimos el primer paro por las agresiones, algunos dijeron que se trataba de una medida política. Se equivocaron, es un tema gremial. La AMM repite constantemente que lo que hacemos es política gremial y no política partidaria.

En la Legislatura aportamos nuestras ideas en los temas de salud que afectan a los médicos, como la Ley de Aborto no Punible, la de Voluntades Anticipadas, la Ley de Sangre, de Fecundación Asistida, y en las incumbencias, etc. La presencia de la AMM en la Legislatura porteña ha sido permanente, trabajando y colaborando en lo relativo a aquellas leyes que marcan los destinos de la salud pública.

En relación a la tragedia de Once, las inundaciones y todas las catástrofes que se sucedieron en el último tiempo, podemos decir con orgullo, que quedó en evidencia que el SAME, los médicos de guardia y los de todos los hospitales siempre están presentes. Son aquellos cuya capacidad no se mide por el horario que cumplen o por el tamaño de un expediente, son, en cambio, los que se miden por su pasión a la hora de trabajar y los que la ciudadanía reconoce día a día por la entrega durante esa labor. Son los que hicieron excelso el sistema de salud de la ciudad, que no consiste en estructuras edilicias, sino en nosotros y en todo el equipo de salud. Es necesario reconocer a aquellos que, cuando el país lloraba a los muertos de Once, a las víctimas de las inundaciones, etc., estaban ahí, anónimos, pero presentes.

Por otra parte, hace meses los nombramientos que habían sido autorizados por el Gobierno de la ciudad, y que fueran ganados por concurso, llegaron desfinanciados a los hospitales. Esta institución fue la que luchó y terminó con esa absurda situación. Desfinanciar el recurso humano de la salud es desfinanciar la salud pública y atacar al paciente, el eje central de cualquier política pública de salud. Por eso nosotros, que a él nos debemos, jamás vamos a permitir que algo así vuelva a suceder. Somos los que hacemos y los que exigimos; los que tenemos más de 25 años de trayectoria y afiliados en todo el país, por lo que somos la compañía más importante que defiende la responsabilidad profesional del equipo de salud.

En fin, somos los que defendemos las políticas sanitarias, los que trabajamos todos los días en los hospitales públicos, por eso insisto, somos los que sabemos. Convenzamos a todos de que la salud pública no se maneja desde los escritorios sino desde las salas y los consultorios de los hospitales. Los médicos no sólo prescribimos la salud: somos los que conducimos la salud. □

andar

Su salud, nuestro compromiso.

Planes de salud para cada necesidad.



Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

0800-345-*andar*(26327)

www.andar.org.ar



Área Protegida



*La tranquilidad de proteger a sus empleados
y público con la mejor cobertura.*

La Calidad es una actitud

www.acudiremergencias.com.ar . Tel.: (011) 6009 3300