

Por el Dr. Javier O. Vilosio



OPINIÓN
Hacia un nuevo
"Shock de Acceso"
Por el Dr. A. Sánchez de León



COLUMNA
La tarea que está por delante
Por el Dr. Ignacio Katz

Mé^{di}cos

La revista de salud y calidad de vida

Año XVI. N° 85. Marzo 2015



Nuevo Ministro de Salud de la Nación
Daniel Gollan: "Somos técnicos formados,
pero antes que nada militantes".

PRAXIS MÉDICA

DUDAS Y CERTEZAS



30 años



GALENO

cuidamos tus viajes,
cuidamos tu mundo



CALIDAD ISO 9001 | UNIVERSAL-ASSISTANCE.COM



ASISTENCIA AL VIAJERO

cuidamos tu mundo



La **red** de emergencias médicas
más grande del país

**Llegamos
donde
estés**

-  EMERGENCIAS
-  URGENCIAS
-  VISITAS DOMICILIARIAS
-  TRASLADOS PROGRAMADOS

Sifeme reunió
armoniosamente
a **cientos de**
empresas con la
mejor respuesta
y la mayor
confiabilidad en
todo el territorio
nacional.

www.sifeme.com

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

ES BUENO TENERTE



Existen prestaciones obligatorias de cobertura médico asistencial, infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de Internet www.buenosaires.gov.ar. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspaños. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72583) - www.ossalud.gov.ar - R.N.D.S. 4-0080-D. R.N.E.M.P. (Prov.) 140B.

Confíenlos la salud de sus afiliados mientras viajan.



La asistencia al viajero número uno del mundo.

Avalados por más de 42 años de experiencia y especialización en servicios para el **Sector Salud**.

Brindamos **ayuda inmediata, en el idioma del viajero, durante las 24 horas, los 365 días del año, y en todo el mundo.**

Cualquiera sea el destino que elijan, allí estaremos para asistirlos ante:



una consulta médica
o enfermedad



un accidente
o traslado sanitario



un imprevisto
legal



una emergencia
odontológica



un vuelo
demorado



la pérdida de equipaje
o documentos de viaje

0800 122 2774
divisionsalud@assist-card.com



ASSIST CARD
ANYTIME, ANYWHERE, ANY REASON



La imagen de la figura humana ha sido retocada y/o modificada digitalmente.

andar

Obra Social de Viajantes Vendedores de la República Argentina

— LA MEJOR
COBERTURA FAMILIAR
AL MEJOR PRECIO

0810-345-0184

Línea exclusiva de asesoramiento comercial



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**

NUEVA LÍNEA DE PLANES

evolución

LOS TIEMPOS CAMBIAN.
NUESTROS PLANES
TAMBIÉN.

0810 444 SALUD (72583)

www.sancorsalud.com.ar  



Revista bimestral



EDITOR RESPONSABLE:

Jorge L. Sabatini

**DIRECCION, REDACCION,
ADMINISTRACION Y PUBLICIDAD:**

Paseo Colón 1632 Piso 7º Of. D -
C.P. 1063 - Buenos Aires - Argentina.
Telefax: 4362-2024/4300-6119

Web Site:

www.revistamedicos.com.ar

E-Mail:

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

Colaboran en esta edición:

Ricardo Llosa y Yamila 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. Impresión: Adagraf Impresores S.A., Salmún Feijoo 1035 1274 - CABA. Tel.: (54-11) 4303-2007/2008.

GRAGEAS	12
OPINIÓN	
<i>Encuentro en el Vaticano</i> Por el Dr. Jorge Gilardi	18
OPINIÓN	
<i>El valor del negocio con una fuerza de trabajo saludable</i> <i>Una perspectiva global</i> Por el Dr. Héctor Barrios	20
COLUMNA	
<i>La tarea que está por delante</i> Por el Dr. Ignacio Katz	22
VOCES	
<i>La matrícula anual que deben abonar las Empresas de Medicina Prepaga:</i> <i>¿Es la Regulación que se esperaba?</i> Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Oscar Cochlar	24
PRAXIS MÉDICA - LA VISIÓN DE LAS ASEGURADORAS	
<i>Medicina Defensiva</i> Por el Dr. Horacio E. Canto - Swiss Medical Group	26
<i>Responsabilidad Médica:</i> <i>la importancia de fortalecer el mercado</i> Por el Dr. Fabián Vítolo - Noble Compañía de Seguros	28
<i>La Responsabilidad Civil Profesional Médica y su siniestralidad</i> Por Jorge E. Furlan - Prudencia Seguros	30
<i>La violencia como síntoma de disfunción de la atención de la salud</i> <i>y como agravante del riesgo asegurado</i> Por el Dr. Alfredo Rossi - Seguros Médicos	32
<i>La insuficiencia de las sumas aseguradas</i> Por el Lic. Fernando R. Moneta - TPC Compañía de Seguros	34
COLUMNA	
<i>Breve marco de la Seguridad Social</i> Por el Dr. Antonio Ángel Camerano	35
COLUMNA	
<i>Mientras farmacéuticas cuentan billones, pacientes cuentan horas de vida</i> Por el Dr. Sergio Horis Del Prete	36
OPINIÓN	
<i>Hacia un nuevo "Shock de Acceso" en la Argentina</i> Por el Dr. Adolfo Sánchez de León	38
LA MEDICINA EN EL CINE	
<i>Bioética en la reproducción asistida</i> <i>Una familia numerosa</i>	40
OPINIÓN	
<i>Dolor y Salud Pública</i> Por Javier O. Vilosio	42
COLUMNA	
<i>Consentimiento Informado y el nuevo Código Civil y Comercial</i> Por el Dr. Fernando G. Mariona	44
COLUMNA	
<i>El nuevo Código Civil y Comercial y el sector salud (1ª. parte)</i> Por el Dr. Floreal López Delgado	46
OPINIÓN	
<i>Integrales e integradas (parte 2/3)</i> Por el Lic. Víctor N. Cerasale	48

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.



**UN BIENESTAR TAN GRANDE
COMO LA CONFIANZA.**

300.000
BENEFICIARIOS

**Más de 300.000 beneficiarios
avalan nuestra experiencia.**



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

Casa Central

Av. Leandro N. Alem 690 1er. piso (C1001AA0)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

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

OSPe

**Obra Social
de Petroleros**



ASSIST CARD incorporó a Swiss Medical a su cartera de clientes

La alianza entre ambas empresas establece que desde el mes de diciembre, la compañía de medicina privada cuenta con los productos de asistencia al viajero de ASSIST CARD para los socios que tienen asistencia internacional.

ASSIST CARD, la empresa líder a nivel mundial en asistencia al viajero (www.assistcard.com), incorporó a su cartera de clientes a Swiss Medical Medicina Privada, una de las más prestigiosas instituciones de salud en el país (www.swissmedical.com.ar). El acuerdo establece que todos los socios de la prepaga que cuentan con protección internacional, disfrutaron de los productos de asistencia al viajero de la reconocida compañía.

Swiss Medical Medicina Privada es una de las instituciones más importantes en el mercado de la Salud; cuenta con más de 840.000 afiliados y 25 años de trayectoria en la Argentina. De esta manera, ASSIST CARD, con más de 42 años de experiencia, se consolida como la asistencia al viajero de las empresas de salud líderes del país.

El servicio está incluido para los socios de la prepaga que cuentan con cobertura internacional y abarca los viajes que realicen por el mundo. Además, los viajeros podrán disfrutar de todos los beneficios y servicios de la nueva aplicación para *smartphones* de ASSIST CARD, que incluye: conversor de divisas, mapas, traductor, chequeo de vuelos, noticias, pronósticos meteorológicos, y un exclusivo chat con atención personalizada las 24 hs, los 7 días de la semana.

“Esta alianza representa un paso estratégico para ambas compañías, a través de la cual los clientes estarán protegidos y cuidados en cualquier parte del mundo”, expresó Sara Muzzio, Gerente de Negocios Corporativos de ASSIST CARD Argentina. ■



ASSIST CARD, es la mayor organización en el mundo dedicada exclusivamente a brindar asistencia integral al viajero. Fue establecida en el año 1972 en Suiza, y desde entonces se ha expandido rápidamente en los cinco continentes. Dispone de 14 centrales de asistencia interconectadas entre sí con tecnología de última generación, garantizando disponibilidad de atención ininterrumpida 24/7 y en 16 idiomas. Posee más de 400 mil prestadores alrededor del mundo y tiene la capacidad de brindar soluciones y respuesta inmediata en más de 197 países, resolviendo desde una simple consulta médica hasta las eventualidades más complejas como un traslado sanitario transoceánico, ANYTIME, ANYWHERE, ANY REASON. www.assist-card.com

OSPAT ES SPONSOR DE LA CAMISETA DE UNIÓN DE SANTA FE

El Presidente de la Obra Social OSPAT, Carlos Felice, y el Presidente del Club Atlético Unión de Santa Fe, Luis Spahn formalizaron el acuerdo que compromete el sponsoreo de la obra social en el frente y en la espalda de la camiseta del club durante todo el Torneo oficial de Primera División del Fútbol Argentino. Concentrada en una perspectiva de prevención, promoción y protección de la salud, OSPAT lleva adelante acciones orientadas a alejar hábitos saludables como la práctica regular de la actividad física. Por ello, bajo la conducción del Dr. Carlos Felice, decidió acompañar al club santafesino como estímulo a la población para su práctica cotidiana a través de un medio altamente efectivo como lo es el fútbol y su difusión espectacular. Además, la obra social se comunica desde una entidad deportiva de primera línea, que representa a buena parte de la sociedad santafesina, su tradición e idiosincrasia.

Para Carlos Felice, la firma de este acuerdo es trascendental, debido a que “desde OSPAT apoyamos fuertemente al deporte en Santa Fe y es una enorme satisfacción acompañar, en particular, a dos Instituciones señeras como lo son Colón y Unión. Tratamos de fomentar la inclusión social del joven que se va formando en las instituciones y los clubes. Esto va mucho más allá de estar o no en una camiseta. Los clubes hoy son actores sociales, que tienen la posibilidad de promover una sociedad diferente, con nuevos valores”.

“Somos privilegiados porque Unión nos abre las puertas. Y debemos estar agradecidos de estar presentes juntos a dos equipos de Primera”, remarcó Felice.

Por su parte el presidente de la entidad tatengue, Luis Spahn aseguró que “estamos muy contentos por la Institución, por todos los unionistas y por la grandeza de OSPAT de apoyar a los clubes de Santa Fe, que es una forma de llegar a todos los ciudadanos. Soy un convencido que desde las instituciones se genera el país”. Al momento de ser consultado acerca del significado que tiene para él, el aporte que realiza Carlos Felice al deporte en general, Spahn aseguró que “necesitamos dirigentes con su visión, para ir construyendo una sociedad con menos violencia, con más justicia y con más posibilidades. Y apoyar a los clubes, creo que es un paso fundamental”. ■



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

Nueva Web GALENO, ¡Siempre pensando en vos!

Nuevo
diseño

Más
servicios

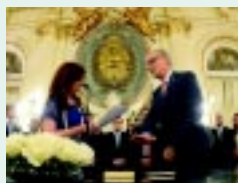
Dinámica

Ágil

Regístrate en el sitio web www.e-galeno.com.ar y podés consultar
tu cartilla médica actualizada diariamente. Estés donde estés,
Galeno siempre te acompaña, consultá todos
los servicios pensados para vos.

NUEVO MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Daniel Gollan: “Somos técnicos formados, pero antes que nada militantes”



El flamante ministro de Salud de la Nación, Daniel Gollan, sostuvo que “nos hemos formado bien técnicamente pero antes que nada somos militantes, lo que significa tener un compromiso muy fuerte con la ciudadanía”. El funcionario realizó estas declaraciones tras prestar juramento ante la Presidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner, en el Salón Blanco de la Casa Rosada.

Aseguró que “forma parte un grupo de profesionales y técnicos, pero también de militantes de un proyecto en el que fuimos convocados en el 2003 por Néstor Kirchner”, y añadió que en Salud “nunca uno está contento con los logros alcanzados” al referirse a los desafíos

que enfrentará su gestión.

Gollan detalló que “fuimos convocados por Néstor Kirchner en el 2003 a trabajar en este proyecto que parecía imposible, transformar la Argentina de la manera que se la ha transformado, ya que veníamos al borde de la disolución nacional”.

En este sentido precisó que reconstruir todo “fue producto del acompañamiento de compañeros militantes trabajando durante 12 o 14 horas por día. Nos hemos formado bien técnicamente pero antes que nada somos militantes, lo que significa tener un compromiso muy fuerte con la ciudadanía”.

Respecto a los desafíos de su cartera, Gollan expresó que “estamos aproximándonos al cumplimiento de las metas del milenio en el descenso de la mortalidad materno infantil, y el objetivo es seguir mejorando permanentemente todos los indicadores en salud porque cada vida que se pierde es una derrota”.

Daniel Gollan es un sanitarista formado como médico en la Universidad Nacional de Rosario, que tiene una larga trayectoria en distintos ámbitos de la salud pública y llega a esta nueva etapa tras haberse desempeñado desde junio de 2014 como secretario de Salud Comunitaria de la cartera sanitaria nacional.

Como responsable de esa dependencia, tuvo a su cargo –además de las áreas de Maternidad e Infancia, Medicina Comunitaria y Prestaciones Médicas– el Plan Nacer/Programa Sumar, que en los últimos diez años incluyó a más de 9,5 millones de personas en todo el país, según datos oficiales. ■

OSIM lanzó al mercado novedosa aplicación móvil

La Obra Social de Personal de Dirección, OSIM, lanzó una novedosa herramienta para que los ejecutivos comerciales puedan agilizar y optimizar sus ventas de forma sencilla, a través de la cual se podrá:

- ✓ Gestionar las altas en forma rápida y segura
- ✓ Consultar reportes de altas procesadas y trámites pendientes
- ✓ Actualizar los datos
- ✓ Calcular el valor del aporte bruto que se destina a la obra social
- ✓ Consultar por dudas al momento de la venta
- ✓ Contactar en forma inmediata con el Centro de Atención a Empresas de OSIM, donde personal altamente capacitado brinda asesoramiento y acompañamiento.



La novedosa aplicación creada para facilitar la gestión de los ejecutivos comerciales, está en el marco de innovación en tecnología que en materia de Seguridad Social, viene implementando desde hace varios años atrás OSIM.

El Director Comercial de OSIM, Dr. Diego Newton al ser consultado al respecto dijo “queremos acercarnos cada día más a los ejecutivos y facilitarles su tarea diaria de ventas para el logro de una mayor producción”.

La aplicación se podrá descargar de manera gratuita desde las tiendas virtuales Apple Store, Google Play o desde el sitio de OSIM (www.osim.com.ar).

“Todo lo que necesitas en un solo lugar” es el lema elegido y la frase que mejor describe esta herramienta comercial que está dentro del marco de Conexión OSIM, una serie de canales de comunicación que agilizan la gestión.

El Dr. Jorge Díaz, Gerente General de OSIM presentó la aplicación y recordó épocas donde los trámites eran tediosos y engorrosos, y que por tal razón OSIM se puso a la vanguardia para cambiar esta realidad incorporando innovación tecnológica estratégica para revolucionar el viejo y burocrático sistema de incorporación de beneficiarios.

OSIM Express es el nombre de la aplicación móvil, proyecto del cual formaron parte varios sectores de la empresa para evaluar los diferentes aspectos, haciendo de OSIM Express una herramienta completa y única en su tipo. ■

Conferencia internacional VVAA

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA



El 5 de febrero pasado, TPC recibió la visita de Herman Van Hemsbergen, CEO de VVAA, la compañía más importante de seguros médicos en Holanda.

Fundada en 1924 y habiéndose iniciado en el área de los seguros automotrices, VVAA cuenta hoy con más de 150 mil afiliados y crece día a día como aseguradora de praxis médica sobre la base de sus principios fundacionales: servicio de excelencia, orientación a resultados, transparencia, innovación y confianza. En toda Holanda, VVAA ofrece seguros para profesionales médicos de todas las disciplinas. Además, sus servicios van

mucho más allá de la oferta de seguros: a través de sus distintos Departamentos, VVAA ofrece a sus miembros acompañamiento, red de contención, gestión de riesgo y servicios financieros.

Invitado por TPC Compañía de Seguros, y junto a su presidente Fernando Gómez, Van Hemsbergen disertó sobre las características más salientes de VVAA. “Tenemos un compromiso incondicional con la seguridad de los profesionales médicos de Holanda”, destacó el CEO. Además, Van Hemsbergen se refirió a los rasgos que describen el contexto del mercado asegurador en los Países Bajos. “La confianza es central en nuestro mercado de seguros”, remarcó. Para VVAA, es de suma importancia que cada afiliado se sienta totalmente satisfecho con los servicios que brinda la Compañía. Por eso, un equipo de 800 personas y 200 consultores trabaja buscando beneficiar y proteger a los profesionales médicos y, de este modo, VVAA logra reinvertir sus sólidas ganancias para seguir mejorando siempre sus servicios. ■



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 | VIDA | ACCIDENTES PERSONALES
RESPONSABILIDAD CIVIL | PRAXIS PROFESIONAL
CAUCIÓN AMBIENTAL (SEGURO AMBIENTAL OBLIGATORIO)



TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

CALIFICACIÓN



Evaluadora
Latinoamericana S.A.



COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

Europ Assistance División Salud



La Dirección Regional Europ Assistance División Salud América Latina, sigue en franco crecimiento en los países de la región.

La campaña comercial 2015 ya se ha iniciado y se sigue replicando el modelo comercial realizado en la Argentina y en todos los países de la región, explico su responsable Daniel R.J.Piscicelli.

Ya están en pleno circuito de cierre y puesta en marcha, empresas muy importantes del sector salud y Tarjetas de crédito local.

Sigue el crecimiento en la región, Venezuela, Ecuador, Panamá, Costa Rica, Bolivia y República Dominicana, son algunos de los países que ya han iniciado la gestión comercial por medio de sus respectivos Directores Comerciales.

Europ Assistance estima un crecimiento del 25% en el mercado de la salud para el año en curso. ■

DIPLOMATURA EN DIDÁCTICA Y PEDAGOGÍA UNIVERSITARIA EN ÁREAS DE LA SALUD



La Facultad de Medicina de la Fundación Barceló anunció que están abiertas las inscripciones a la *Diplomatura en Didáctica y Pedagogía Universitaria en áreas de la salud*. Bajo la dirección de la Lic. Diana Gayol, el curso tiene una duración de 8 meses con una modalidad semipresencial y se inicia el jueves 16 de abril.

Destinada a profesionales de la salud, la diplomatura tiene como objetivo ofrecer a los futuros profesores el acceso a una formación didáctica, brindando instrumentos que orienten, tanto en la preparación y dictado de las clases como en su estilo personal. Asimismo, buscará incorporar herramientas metodológicas y de investigación actuales, centrando su accionar en diversos sujetos de aprendizaje en áreas de la salud. La educación necesita que los alumnos puedan *aprender a aprender*, como una meta social deseable y un factor de progreso personal y colectivo. Por ello, con este curso, la Facultad de Medicina de la Fundación Barceló continúa reafirmando su compromiso de formar profesionales de excepcional calidad en el área de la salud. Informes e Inscripción: informesba@barcelo.edu.ar ■

PRÓXIMAS JORNADAS FEFARA

13^{as} Jornadas Nacionales y 12^{as} Internacionales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos. 2as Jornadas Profesionales Farmacéuticas



Estas Jornadas organizadas por FEFARA tendrán lugar en el Howard Johnson Resort Spa & Convention de Pilar, Provincia de Buenos Aires, los días 2 y 3 de julio de 2015.

En el año del 10° aniversario de la fundación de nuestra Federación, les proponemos encontrarnos para celebrar debatiendo ideas y escuchando a todos los que deseen manifestarse sobre Política, Economía y Gestión del Medicamento.

Como en cada ocasión, nos visitarán personalidades destacadas del país y el mundo, conformando un atractivo programa de conferencias sobre las cuales iremos dándole más detalles en próximas comunicaciones. ■

ECOTABLAS



Las playas de Mar del Plata fueron protagonistas otra vez este año de una nueva campaña a favor del medio ambiente de la Obra Social andar.

A través de la confección de unas llamativas tablas de surf hechas con botellas de plástico, biólogos del ENOSUR (Ente de Obras y Servicios Urbanos de Mar del Plata) y representantes de andar recorrieron las playas explicándole a la gente las ventajas de reciclar, reutilizar residuos, y tener actitudes amigables con el medio ambiente en que vivimos.

Las tablas confeccionadas con envases descartables sirven para surfear olas y divertirse en el mar, y también en ríos, lagunas y lagos; ya que existe un tipo de tabla para la práctica del SUP, que es una suerte de surf a remo. Ambos modelos, explican, se construyen bajo la misma técnica. Las ecotablas estuvieron presentes en las diferentes jornadas del circuito argentino de surf que se desarrolló en la ciudad balnearia y reconocidos campeones como Martín Passeri y Maxi Siri no dejaron pasar la oportunidad de probarlas en el mar.

El objetivo general de la campaña año tras año es concientizar al público sobre los perjuicios a la salud que provoca la producción de residuos domésticos, y la posibilidad de prevenirlos y disminuirlos mediante cambios individuales de hábitos de consumo.

Este tipo de acciones dirigidas a visualizar los problemas relacionados a la gestión de residuos vienen siendo realizadas por la Obra Social de Viajantes Vendedores (andar) hace ya siete años, motivo que le ha valido el reconocimiento del Honorable Concejo Deliberante de Gral. Pueyrredón en reiteradas oportunidades. ■



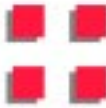
Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

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*

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

 **SMG**
SEGUROS

Encuentro en el Vaticano

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



El Papa recibe un estetoscopio, símbolo de los médicos, de manos del Dr. Gilardi.

Estar en el Vaticano es una experiencia única y brinda una energía que supera lo imaginable. Mucho más cuando la figura que representa a la Iglesia católica es nada más y nada menos que el Papa Francisco; pero todo se potencia cuando la Asociación de Médicos Municipales es invitada a participar de un encuentro con el Pontificio Consejo para Operadores Sanitarios que depende del Vaticano.

Para los que formamos parte de la familia de la AMM es un hecho cualitativo y nos llena de orgullo porque vemos cómo la institución crece y se expande más allá de las fronteras y ya es una referencia en congresos internacionales.

El encuentro estuvo coordinado por la Santa Sede y allí nos tocó conocer a monseñor Jean Marie Musivi Mupendawatu, Secretario Pontificio para la salud del Vaticano. La primera sensación fue de sorpresa porque señaló la buena impresión que causó el trabajo de la AMM y la importancia de quienes la integran: los médicos.

Tras la primera impresión y cuando conocieron la cantidad de médicos que representábamos y las zonas de influencia de nuestros hospitales, nos propusieron proyectar trabajos conjuntos. Están interesados en la labor de los médicos, independientemente de la religión que profesen. Se trató de un encuentro institucional con múltiples coincidencias orientadas exclusivamente a los temas de salud pública. De más está decir que el marco y la protección del Vaticano nos hace mirar para adentro y sentirnos orgullosos de nuestro trabajo todos los días del año para asistir al que lo necesita, muchas veces en condiciones que no son las adecuadas, pero que tampoco son una traba para los profesionales de la salud.

Con todo, cabe señalar la activa participación de la Embajada Argentina que facilitó el encuentro, que no será el único.

Es importante señalar que en esta primera aproximación se acordó la posibilidad de trabajar en la elaboración de documentos sobre temas sanitarios que serán de conocimiento público. Además en noviembre de 2015, la AMM podría participar en un encuentro mundial de operadores sanitarios. Por ahora es un proyecto que está en gestión y veremos cómo evoluciona. Ahora deberemos consensuar cuál es el trabajo que se puede hacer entre ambas instituciones. Para ellos no es importante que nuestros socios sean o no católicos porque la iniciativa es ecuménica en el pensamiento; lo

que sí les importa es la vocación de ser médicos. Les interesa la función asistencial, social, humana, respecto a la vida y a la salud que realizamos los médicos en los hospitales públicos. Así me lo manifestó enfáticamente el secretario del consejo; quien estaba muy informado sobre qué era la asociación, qué hacíamos y a quiénes representábamos.

UN HISTÓRICO MOMENTO CON EL PAPA

El 10 de diciembre será una fecha que quedará marcada a fuego en la AMM ya que el Papa tuvo la delicadeza de recibirnos en una audiencia que marcará para siempre nuestras vidas.

El Papa Francisco es un hombre que día a día demuestra su preocupación por los temas de salud. Tiene pleno conocimiento sobre nuestros hospitales públicos y la labor que allí realizamos. En el diálogo que mantuvimos se refirió a quienes llamó los desplazados, que son los ancianos indefensos, los niños desprotegidos y los enfermos; y, también, habló de la importancia de nuestro rol como médicos en el cuidado y acompañamiento de éstos. No nos olvidemos que antes de ser Francisco, era el Cardenal Bergoglio y su figura era conocida en los pasillos de los hospitales. Es un hombre que conoce a fondo el trabajo de los médicos y la realidad de los hospitales.

En uno de los momentos más emotivos y en nombre de los médicos municipales le entregué una placa con el logo de la AMM. También le regalé un libro de un sacerdote saigonés, Van Tuan, "La esperanza no defrauda", escrito durante sus nueve años de confinamiento en una celda de dos metros por dos metros. Lo recibió con gran beneplácito y finalmente, le di lo que considero el símbolo de los médicos de los hospitales públicos, de los de las guardias, de los del SAME: un estetoscopio.

Un pequeño comentario quizá sirva para evocar el momento anterior a semejante encuentro. La noche antes a la reunión con el Santo Padre en la que iba a representar a los médicos de nuestros hospitales frente a una persona de la relevancia de Francisco, me costó conciliar el sueño. Luego, cuando se produjo el encuentro al momento me hizo sentir que lo conocía de toda la vida. Sencillo, cálido, firme, con profundas convicciones. Infunde seguridad, escucha, mira a los ojos. Me di cuenta de que le había regalado el libro "La esperanza no defrauda" al "Papa de la esperanza". □

PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PRAXIS MEDICA

COMO SIEMPRE

PRUDENCIA
Seguros



El valor del negocio con una fuerza de trabajo saludable

Una perspectiva global

Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson



La mayoría de las empresas a nivel mundial no tienen actualmente una estrategia articulada de Salud y Productividad (Health&Productivity en la bibliografía internacional y H&P como lo referenciaremos más adelante) que los diferencie de sus competidores y los ayude a atraer, motivar y retener el talento. Sin embargo, muchas de ellas reconocen la necesidad de contar con una estrategia para brindar beneficios claves de la organización, optimizar la Propuesta de Valor al empleado y proporcionar una motivación para que los empleados se incorporen y permanezcan en la organización.

Para explorar esas estrategias TOWERS WATSON viene desarrollando una encuesta anual que cubre organizaciones de 15 mercados claves alrededor del mundo.

Si bien hasta ahora en dicha encuesta no se encontraba incluida la Argentina, en este año 2015 participaremos por primera vez y eso nos permitirá obtener resultados comparados con el resto del mundo.

Mientras tanto, observemos los resultados de la última encuesta realizada en 2014 que concluye que la mayoría de las organizaciones en todo el mundo, con Europa como una notable excepción, planean desarrollar una estrategia de H&P dentro de los próximos tres años.

Con sorprendente consistencia, alrededor de la mitad de los encuestados en cada país indicaron que ofrecen diversos programas para los empleados pero que no tienen formalmente articulada una estrategia de H&P que esté alineada con los resultados del negocio.

En efecto, tan sólo entre un 10% y 15% de las empresas en cada uno de los mercados dice tener una estrategia articulada con los objetivos y metas establecidas. Otro 15% han comunicado con eficacia la estrategia y cumplido sus compromisos, en tanto que un 10% o menos, indica que han logrado diferenciarse de otras organizaciones similares con su Programa de H&P.

Sin embargo, las empresas tienen claro que deben intensificar su juego...y como señalamos anteriormente planean hacerlo.

FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

A nivel mundial los empleadores clasifican el estrés, la falta de ejercicio físico y la obesidad como los principales factores de riesgo para la salud que enfrentan sus empleados, pero el estrés se identificó como el mayor factor de riesgo de la salud en casi todos los países encuestados.

Las cuestiones particularmente relacionadas con el estrés están impulsando la necesidad de un compromiso más amplio de la organización que se extienda más allá de la cuestión física y la salud mental, para abarcar también el entorno de trabajo.

La encuesta de Towers Watson destaca el hecho que la principal fuente de estrés para los empleados de todo el mundo está relacionada a su experiencia de trabajo, falta de personal, bajos aumentos salariales y las expectativas de conflicto.

GESTIÓN DE GRUPOS DE RIESGO

Respecto a la capacidad de gestión con grupos de personas con riesgos para la salud y con enfermedades crónicas, los empleadores han coincidido que han obtenido éxitos parciales y que dicha capacidad varía ampliamente según el país, probablemente debido a la compleja interrelación entre los hábitos de salud de los empleados y el acceso y disponibilidad a servicios de salud de calidad.

COMPONENTES DE UNA ESTRATEGIA DE H&P

Más del 60% de los encuestados que desarrollan estrategias de H&P, brindan beneficios médicos, salud ocupacional y servicios médicos y de bienestar en el lugar de trabajo. Sin embargo hay poca consistencia entre países y regiones: EE.UU. se encuentra en el primer lugar, Canadá en el segundo, seguido por Brasil y México dentro del porcentaje de empresas que ofrecen estos programas.

No obstante, se cree que los altos porcentajes de empresas que proporcionan estos Programas en México y Brasil, en realidad reflejan las regulaciones que tienen establecidos dichos países para la materia.

PARTICIPACIÓN DE LOS EMPLEADOS

Las tasas de participación de los empleados en los Programas de H&P también varían considerablemente según el país y se ubican generalmente entre el 15% y el 60%, dependiendo de la actividad que se desarrolla.

Naturalmente, la falta de compromiso de los empleados con su propia salud es un obstáculo clave para su cambio de comportamiento.

Por eso, la utilización de incentivos financieros para la participación en Programas o para la consecución en los mismos no resulta un tema menor. El uso de recompensas financieras para la obtención de resultados en materia de salud es particularmente predominante en Estados Unidos donde en la actualidad el 71% de los encuestados cuenta con un programa de H&P y un 18% está considerando implementarlo en 2015 o 2016.

También en Canadá y en Asia está creciendo esta práctica, aunque a diferencia de EE.UU., donde el incentivo está orientado a reducciones de costos del seguro médico, en Canadá y en Asia la mayoría de los incentivos son Bonos o regalos.

No casualmente los resultados de la encuesta en todos los mercados tiene una sorprendente coherencia en las prioridades para una estrategia de H&P.

Así, uno de los temas clave en los mercados analizados es la necesidad de crear una cultura de cuidado de la salud y mejorar la participación de los empleados en el mantenimiento y recuperación de su salud.

Las únicas excepciones son China y Europa. En el primer caso los encuestados indicaron que la mejora del estrés y de la ansiedad de los empleados es su principal prioridad, seguido por el compromiso sobre su salud por los empleados. En Europa, las preocupaciones de seguridad ocuparon el primer lugar impulsadas seguramente por los requisitos legales que existen en muchos de los países de la región.

En los EE.UU., así como en Brasil y en México, las estrategias de H&P están fuertemente vinculadas al aumento del costo de la atención de la salud para los empleadores y para los empleados, por lo que el enfoque de estos encuestados sobre la creación de una cultura de cuidado de la salud y la gestión de una fuerza laboral saludable no es sorprendente.

En casi todos los demás países, los costos de la atención de la salud son mucho más bajos, y por lo tanto, por el momento, no son un tema clave que pueda afectar el negocio.

En Europa, por ejemplo, la propia reputación, la satisfacción del cliente y la posibilidad de tener conflictos laborales tienden a ser de mayor preocupación para las empresas que el bienestar de los empleados.

Aunque las prioridades en gran parte de Asia generalmente siguen constantemente las de EE.UU., los factores subyacentes difieren. Así, si bien productividad y ausentismo son cuestiones ciertamente importantes, la atracción y la retención del talento son la mayor preocupación de los empleadores en los mercados de rápido crecimiento de Asia.

En conclusión, amigo lector, en unos meses podremos ver dónde se ubica la Argentina respecto de todos estos cambios que van instalándose en los escenarios mundiales y cuáles son las nuevas estrategias que deberemos desarrollar si nos queremos alinear. □



UNIVERSIDAD
ISALUD
EDUCACION PARA LA
TRANSFORMACION

**MAESTRÍAS,
ESPECIALIZACIONES
Y PROFESORADO 2015**

- » 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. Nº 184/99 ME; Maes. CONEAU Res. 473/99 Categoría B; Exp. CONEAU Res. 484/09 Categoría B | Sist. Res. Nº 184/99 ME; Maes. CONEAU Res. 474/99 Categoría B; Exp. CONEAU Res. 485/09 Categoría B | Med. Legal Res. Nº 94/03 ME; CONEAU Res. 208/07 | Adm. Hosp. Res. Nº 1529/07 ME; CONEAU Res. 246/10 Categoría B; | Auditoría Res. Nº 93/08 ME; Proyecto aprobado por CONEAU | Riesgos CONEAU Expte. 884-123/10 | Estomatología CONEAU Expte. Nº 18.842/11 | Farmacop. Res. 1777/10 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Disc. Res. Nº 1813/08 ME CONEAU Res. 247/10 Categoría C | S. Mental Res. Nº 495/02 ME CONEAU Res. 243/10 Categoría C | Geront. Res. Nº 275/08 ME CONEAU Res. 413/04 Categoría C | Seg. Ali. Res. Nº 584/09 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Prof. Res. 701/89 ME

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

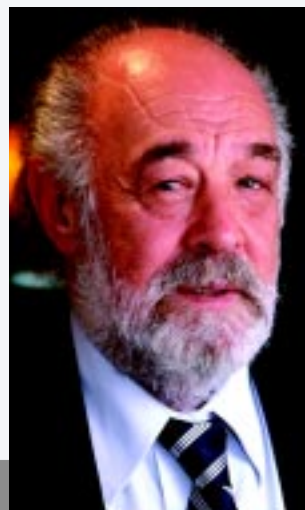
f www.isalud.edu.ar/facebook - **t** [Twitter@UISALUD](https://twitter.com/UISALUD)

La tarea que está por delante

“cuanto más progresa la crisis,
más progresa la incapacidad para pensar la crisis”

Edgar Morin

Por el Dr. Ignacio Katz



Hoy, en el campo sanitario, para poner en marcha los mecanismos del cambio, tenemos que superar un esquema obsoleto donde la fragmentación del “asistema” de salud se acentúa día a día y donde se debaten los mismos temas desde hace 20 o 30 años. Para avanzar, necesitamos saber hacia dónde hacerlo. Y si el rumbo no está claro, lo más probable es que nuestros esfuerzos se dispersen en un ramillete de direcciones divergentes.

Claro que para definir un horizonte es necesario comenzar reconociendo la situación actual y actuar con sensatez y mucho pragmatismo. No se trata de un “inmediatismo mágico”, no hay fórmulas repentinas que como un brebaje milagroso nos conviertan en un abrir y cerrar de ojos en lo que queremos ser. De ahí que debamos recurrir a experiencias de otros países y adecuarlas a nuestras realidades en base a la restricción económica y a las conductas sociales que actualmente resaltan la vulnerabilidad sanitaria nacional y en donde una corrupción naturalizada se mixtura con la ineficiencia en la gestión.

La presente encrucijada tiene como puerta de salida y por sendero a recorrer, un “acuerdo” que logre desatar el nudo sin cortarlo, a través de una negociación que involucre a los actores esenciales a fin de que interactúen con la prioritaria finalidad de reducir la brecha que instaló una frontera entre la *medicina privada* y la *caridad pública*. En la actualidad, quien puede se costea una prepa y quien no, depende del “asistema público”, errático y a su vez asimétrico según la ciudad en la que la persona deba atenderse.

No se trata de ser más eficientes en la “caridad pública”, porque ese concepto remite más a una situación de dádiva o de beneficencia y está, por lo tanto, completamente alejado de la idea del “derecho a la salud” para todos los habitantes de nuestro país. De lo que se trata no es de conformarse con lo que hay, sino de tener *políticas públicas* en salud que garanticen niveles de calidad básicos para todos. Tenemos, por lo tanto, que construir un sistema de salud solidario, equitativo, oportuno y eficiente, para que se acorte la brecha entre los que acceden a la asistencia médica y aquellos que deben conformarse con una medicina limitada. Es decir, avanzar sobre instituciones *débiles* para transformarlas en *sólidas*, ya que tenemos situaciones muy graves de postergación social que imponen impulsar políticas que maximicen sus beneficios y

reduzcan la vulnerabilidad, diseñando “dispositivos” (herramientas) capaces de conducir el cambio.

En este proceso de construcción de un verdadero sistema de atención médica federal, integrado y solidario para mejorar el gasto público en salud, debe concretarse lo tantas veces anunciado: la creación del Observatorio Nacional de Salud, organismo vital para monitorear las distintas problemáticas sanitarias de todo el país y ofrecer a las autoridades de las áreas competentes información indispensable para la mejor toma de decisiones. Hoy por hoy, no poseemos registros fehacientes que vayan desde la cantidad de médicos, especialistas, técnicos y demás profesionales que existen en cada provincia, hasta cuántas instituciones de salud y de qué tipo operan en cada lugar. Tampoco sabemos qué clase de parque tecnológico poseemos ni en qué condiciones.

Esta creación concreta (no enunciativa) del Observatorio, puede ser la vía de entrada para dejar la fragmentación existente y la anomia que hace que impulsos genuinos se conviertan con el tiempo en parches o beneficios selectivos para poblaciones privilegiadas. Con los insumos informativos generados por ese organismo, se podrán tomar más y mejores decisiones, consecuentes con la idea de poner verdaderamente en marcha la transformación del campo sanitario nacional.

Para definir el rumbo, esas informaciones son esenciales. Mediante una red informativa eficiente, y bajo la coordinación de las autoridades, en el marco de un gran Acuerdo Sanitario, pueden optimizarse los registros de pacientes, qué enfermedades prevalecen, cuántos son los tiempos de internación para cada dolencia, cómo son las listas de espera para las prácticas quirúrgicas. La ausencia de lo antedicho hace que los planes de salud se conviertan en deseos abstractos sin llegar a una planificación estratégica, a fin de lograr una programación concatenada, lógica, mediante una agenda precisa.

Si hacemos historia, recordaremos que Otto Bismarck trató de controlar la vida interna de Alemania a fines del siglo XIX, aplicando la política del palo y la zanahoria. Así, en 1878, había promulgado una ley que limitaba en forma masiva la acción política del Partido Socialista Obrero Alemán, tal y como entonces se llamaba el actual Partido Socialdemócrata. Consciente sin embargo de que esto solo no sería suficiente para cambiar la situación, en 1881 aconsejó a Guillermo I la emisión de un “mensaje imperial”, que él mismo leyó en

el Parlamento y que decía entre otras cosas que, como solución a los graves problemas sociales se abogaba por el fomento del bienestar de la clase trabajadora como complemento a la represión de los disturbios socialdemócratas y se anunciaba una iniciativa legislativa en materia de seguridad social. En aplicación de esta política, en los años subsiguientes se elaborarían sendas leyes para la creación de las tres ramas clásicas de la seguridad social: el seguro de enfermedad, el seguro de accidentes y el seguro de pensiones. Bismarck esperaba de este modo convencer a la clase trabajadora de que un Estado protector podía ofrecerles más que la socialdemocracia.

Reflexionemos sobre estas etapas evolutivas, sin olvidar que estas propuestas de Bismarck se hicieron 5 años antes de los Mártires de Chicago (1887), que luego de 5.000 huelgas lograron imponer al sector patronal estadounidense la jornada laboral de 8 horas, dando lugar a la efeméride del 1º de mayo, que a partir de 1986 conmemora el Día Internacional del Trabajo. Estamos a 133 años de esos eventos, abordando el mismo tema. La Argentina, con sus idas y venidas tomó algunos aspectos del modelo bismarckiano, copiando las características fundamentales de su sistema de financiación y gestión en los sectores públicos y privados. De todos modos, es hora de redefinir el juego. Dejemos a Bismarck para la Alemania del siglo XIX y pensemos en nuestro propio desarrollo.

Sabemos que no es poco lo que se gasta en salud. Pero al no ser invertido en correspondencia con una planificación estratégica elaborada a través del Consejo Federal de Salud (COFESA) y en base a un Observatorio Nacional de Salud que estamos proponiendo en prédica constante desde hace años, arribamos a las consecuencias que todos padecemos.

La Argentina tiene que ser consecuente con la enorme capacidad potencial que ha tenido y tiene. No se trata de regodearse en vaticinios oscuros, sino de tomar conciencia de la situación y poder lograr que todos los recursos profesionales, económicos y organizacionales del país logren su máximo desarrollo posible. Se trata de la búsqueda de una salud de calidad al alcance de todos, sin desigualdades sociales ni geográficas, y que incorpore a una gran porción de la sociedad que, en la práctica, debe conformarse con una atención precaria, que la convierte en objeto de carencia y sufrimientos.

Kenneth Arrow decía: "No hay innovación sin intervención del Estado y el beneficio comercial de toda inversión es inferior al beneficio social que se debe lograr". Con ese lema como norte, debemos lograr que el Estado encabece un proceso de desarrollo que nos lleve a un nuevo estadio sanitario, mediante la integración y participación de los componentes esenciales del campo de la salud, y procure la activación del Observatorio de Salud. Este proceso debe saber capitalizar los conocimientos adquiridos durante generaciones y no derrochar recursos, porque en este tema, lo que no sobra es tiempo. No basta con el deseo, si éste no se transforma en propuesta. Definamos el rumbo y avancemos. □

Ignacio Katz Doctor en Medicina (UBA).
Director Académico de la Especialización en Gestión
Estratégica de Organizaciones de Salud Universidad
Nacional del Centro (UNICEN).
Autor de: "Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud" (Eudeba, 2012).

CARRERA DE GRADO

- Medicina
- Licenciatura en Enfermería

POSGRADO

- Doctorado en Cs. Biomédicas
- Maestría en Ética Biomédica

CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN

- Cardiología
- Oncología Clínica
- Enfermedades Infecciosas
- Psiquiatría
- Medicina Legal
- Nefrología
- Microbiología Clínica
- Nutrición
- Geriatria
- Clínica Pediátrica
- Kinesiología Cardio-Respiratoria
- Medicina del Deporte
- Medicina del Trabajo
- Otorrinolaringología
- Flebología y Linfología
- Cirugía Gastroenterológica
- Cirugía Plástica y Reparadora
- Oftalmología Infantil
- Neurocirugía
- Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
- Implantología Oral
- Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial
- Clínica Estomatológica

Av. Alicia Moreau de Justo 1600 PB

Tel: 4349-0419/0420 • csmedicas@uca.edu.ar

Lunes, Miércoles y Jueves de 12:00 a 20:00

Martes y Viernes de 9:00 a 20:00

www.uca.edu.ar/medicas

La matrícula anual que deben abonar las Empresas de Medicina Prepaga: ¿Es la Regulación que se esperaba?



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

La ley 26.682 conocida comúnmente como la ley de Medicina Prepaga, señala en su artículo 25, inciso a) que uno de los recursos con que contará el Ministerio de Salud -autoridad de aplicación de la ley- será *“una matrícula anual abonada por cada entidad, cuyo monto será fijado por la reglamentación”*.

Por su parte, el decreto reglamentario N° 1993/2011 delegó en la Superintendencia de Servicios de Salud el dictado de la norma que establezca su valor.

En los primeros días del mes de enero, se publicó la resolución N° 1679/2014 (de fecha 30 de diciembre de 2014 y publicada en el Boletín Oficial del 7 de enero de 2015), que estableció una matrícula anual a cargo de cada una de las empresas de medicina prepaga, equivalente al dos por mil (20/00) sobre los ingresos que explicaremos en este artículo.

La matrícula a abonarse mediante doce adelantos mensuales, es una obligación que recae tanto en las empresas de medicina prepaga propiamente dichas, como en las obras sociales que cuenten con beneficiarios adherentes (voluntarios), mutuales, cooperativas, asociaciones civiles y fundaciones.

La edición de la *Revista Médicos* del mes de septiembre de 2014,

incluyó un artículo de nuestra autoría titulado *“¿Alguien tiene interés en continuar con la Regulación de la Medicina Prepaga?”* en donde enumerábamos las reglamentaciones pendientes. En esa nota, señalábamos que la ley era de mayo de 2011 y la reglamentación de diciembre de ese año y ya en mayo de 2013 en otra nota lo planteamos como asignaturas pendientes de regulación.

Desde ese momento no ha habido modificaciones regulatorias, ni nuevas normas hasta la ya señalada.

Volviendo a la nueva resolución, corresponde su análisis desde dos puntos de vista:

a) ¿Era la reglamentación que se esperaba?

En cuanto a esta pregunta, debemos remitirnos también a ese artículo de setiembre del año pasado. Textualmente señalábamos allí:

“Sin entrar a analizar la entidad e importancia que cada uno de los asuntos pendientes de tratamiento pueda tener, desde que no tiene la misma implicancia el establecimiento del canon anual a pagar por cada empresa que el valor de las cuotas para usuarios con preexistencia, para poner un ejemplo que tenga una consecuencia diferente para usuarios que para el Sistema...”

En nuestra opinión, valoramos el dictado de la resolución como un comienzo de actividad sobre aquello que el Sistema reclama regular desde hace más de tres años. Pero es evidente que no se trata de realidades sobre las que los usuarios tengan expectativas de mejoramiento de su situación. En aquella oportunidad mencionamos once (11) aspectos a regular y éste no parece ser uno de los más relevantes. *El establecimiento de los valores de las cuotas por preexistencias* es una de las asignaturas pendientes de mayor relevancia y la que desde hace por lo menos dos años, genera la mayor conflictividad con los usuarios.

Por otro lado, hemos también señalado en artículos anteriores la necesidad de *establecer técnicamente qué es un plan superador de las obras sociales*, ya que es uno de los condicionantes que hace que ellas hayan sido incluidas en la ley de medicina prepaga. Esa definición -a nuestro entender- tiene directa vinculación con la determinación de los montos sobre los que se calculará el importe de la matrícula anual.

Por otro lado, hasta el momento del dictado de la resolución 1.769/2014, no se ha inscripto

ninguna empresa de medicina prepaga en el Registro de manera definitiva, lo cual supone el cumplimiento de una exigencia a entidades que desconocen si se ha considerado su situación procesal.

- b) Su contenido.** El primer análisis que corresponde efectuar respecto de su contenido, pareciera estar referido al porcentaje aplicado.

En este sentido, de la norma no surge cuál o cuáles han sido los fundamentos de su dictado, aunque informalmente se conoce que el porcentaje está vinculado a las sumas necesarias (salarios y cargas sociales) que requiere la Superintendencia para financiar la contratación de personal para el control de las empresas de medicina prepaga.

Entonces, valorar si es mucho o es poco el porcentaje aplicado cuando no se conocen los informes técnicos que le dieron sustento resulta cuando menos aventurado. No podemos saber

si se quiere contratar cien (100) personas o mil (1000) personas, máxime teniendo en cuenta que ya van más de tres años de vigencia de la ley, tiempo por demás suficiente para considerar cuánta gente se necesita para cumplir con esos efectos. Por otro lado no nos consta que se haya consultado, aunque más no sea informalmente, a los referentes del sector de las empresas de medicina prepaga y de las obras sociales.

La segunda cuestión a analizar es cuál es la base de cálculo del porcentaje a abonar. La norma establece el pago de una matrícula vinculada a los ingresos devengados en concepto de cuotas y mayores servicios, en la relación mantenida entre los sujetos incluidos en la ley 26.682 art. 1 y los usuarios, no así la relación existente entre las EMP (Sujetos de ley 26.682) en su rol de prestador con las Obras Sociales y su vinculación contractual. Dicho en otras palabras el hecho imponible en la resolución en deba-

te grava todo aquel ingreso en concepto de cuota y mayores servicios debiendo necesariamente deducir de dicha cuota el aporte y contribución de ley que se encuentra regido por otra relación.

Entendemos que todo aquel ingreso devengado por parte de los sujetos incluidos en la Ley de empresa de medicina privada que provengan de aportes y contribuciones de la seguridad Social no será base de cálculo imponible (como en el caso del IVA) para el cómputo de la matrícula, ello por cuanto la Resolución es clara que grava las sumas en concepto de CUOTAS Y MAYORES SERVICIOS.

Este concepto de cuota y mayor servicio sólo se da en la relación existente entre EMP y Afiliado con prescindencia de lo que ingrese por aporte y contribución, cuyo fundamento se basa en otra vinculación distinta a la aquí regulada.

En lo que hace a las obras sociales, es importante reiterar aquí que sin definición de "plan superador" es difícil precisar cuál es la base de cálculo de esta tasa. □



www.sanidad.org.ar

Medicina Defensiva

La medicina defensiva encuentra una de sus primeras definiciones en 1978 por Lawrence Tancredi, médico psiquiatra y abogado, profesor de psiquiatría clínica de la Universidad de New York.

Tancredi la definió como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica.

¿En qué consiste la medicina defensiva en nuestra práctica cotidiana? El término es muy amplio y engloba a: el profesional que indica estudios complementarios innecesarios para llegar al diagnóstico, el que prescribe medicamentos no justificados, el que remite un enfermo al hospital para quitarse un problema, el que al trabajar en una guardia ingresa un caso por complacencia o para que otro le "saque las castañas del fuego", el que envía a un paciente a otra especialidad tras valorarlo contando con los conocimientos y los recursos necesarios para la resolución de su dolencia, el médico que no hace un procedimiento diagnóstico al que está obligado por su especialidad, alegando que hay cierto riesgo y deja que el enfermo enfrente un riesgo mayor que muchas veces paga con su vida, el que cita una y otra vez al enfermo a su consulta porque no sabe cómo resolverle el problema y el que no realiza una operación de mal pronóstico a sabiendas de que condena al paciente a una muerte segura por el temor a una muerte probable.

A lo largo de este breve artículo trataré de profundizar en esta temática tan poco comentada y demostrada en nuestro medio, así como sus consecuencias.

Todas las acciones mencionadas, el médico las realiza consciente o inconscientemente, no con el propósito de beneficiar al paciente sino con el fin explícito y la creencia



Por el Dr. Horacio E. Canto
Gerente de Riesgo y
Calidad Médica - Swiss
Medical Group

de que ante la posibilidad de un litigio o reclamo por parte del paciente o sus familiares podrá justificar ante la justicia que se cumplieron y superaron las obligaciones de medios, de diagnóstico y de seguimiento en el proceso de atención médica.

La medicina defensiva puede ser activa o positiva, al adoptar el profesional un exceso de distinto tipo de medidas, o pasiva o negativa, al actuar por omisión y esquivando de esa manera asumir la responsabilidad que correspondía, p/ej.: evitando atender determinado tipo de pacientes o evitando efectuar procedimientos de riesgo.

Existen además otras formas de medicina defensiva, como ser, pseudo-consentimientos informados, negativas a firmar certificados de defunción, denuncias policiales injustificadas o en ocasiones regis-

tros agresivos a otros colegas, el paciente o su familia, tratando de esta manera de justificar un resultado disvalioso por el accionar de un tercero.

Lamentablemente la realidad es que la práctica de la medicina defensiva, al contrario de lo que busca el profesional que la práctica, genera mayor deterioro en la relación médico paciente y mayores costos en la atención médica.

Con respecto a estos últimos, si los afronta el propio paciente, generarán en su economía doméstica gastos innecesarios con el consiguiente perjuicio, mientras que si son afrontados por un financiador, ya sea obras sociales, empresas de medicina prepaga o en el ámbito público el propio estado, ocasionará un perjuicio en última instancia a toda la sociedad involucrada, ya que se estarán destinando recursos que podrían ser utilizados más racionalmente, logrando así un mayor beneficio para todos.

En relación específicamente a los costos que trae aparejado la práctica de una medicina defensiva, son casi imposibles de determinar con precisión. No obstante distinto tipo de fuentes mencionan estimativamente que en los Estados Unidos la medicina defensiva representa entre un 10 a un 17% del total del gasto del sistema de salud.

Un ejemplo clásico son los sobrecostos por un excesivo e injustificado pedido de estudios por imágenes, (TAC), en el manejo de traumatismos craneoencefálicos leves. Solamente en niños y adolescentes esto representó en los Estados Unidos en un año casi 45 millones de dólares.

Finalmente, ante esta situación que en muchos casos modifica la práctica médica, debemos preguntarnos: ¿Es ética la Medicina Defensiva? La respuesta es no, ya que:

- impacta sobre la salud individual, cambiando el objetivo del acto médico (del paciente al médico),
- impacta sobre la salud colectiva, por los costos agregados al sistema de salud,
- impacta sobre la relación médico paciente.
- Mantener una comunicación adecuada con cada paciente,
- Intentar una continua actualización de conocimientos, habilidades y destrezas,
- Respetar los derechos de los pacientes, y
- Defender sus derechos como médicos.

Por lo que el médico debe aprender a valorar con certeza el riesgo legal de su desempeño profesional y tomar en cuenta el costo emocional, físico y financiero al paciente, antes de emplear medidas defensivas. Para revertir en nuestro medio el efecto nocivo de dicha práctica, y combatir sus efectos que vician la comunicación entre médico y paciente, es necesario que los médicos lleven a la práctica acciones que permitan renovar en sus consultas la esencia de la medicina humanística y se restaure la relación médico paciente. Esas actitudes en su conjunto, conforman una propuesta de práctica profesional denominada medicina asertiva. Este tipo de práctica médica se resume en 4 puntos:

La mejor manera de actuar éticamente y evitar riesgos por el desempeño profesional es ejercer una medicina centrada en el paciente. Ello resulta complejo, pero al mismo tiempo sencillo. Complejo, porque involucra la formación del profesional desde su origen familiar y social, en la preparación básica, en la universidad, en su paso por los hospitales en el pre y posgrado en la práctica cotidiana de su profesión. Esto quiere decir que los principios éticos y morales se adquieren durante toda la vida, y la ética médica la aprenderá y aplicará cuando estudie y ejerza la medicina. Y sencillo, porque actuar éticamente sólo exige honestidad y seriedad, consigo y con su paciente. Para actuar honestamente se re-

quiere tener una preparación básica sólida, actualizarse y capacitarse continuamente y anteponer los derechos y el bienestar del paciente a cualquier otro interés. El médico debe actuar siempre con la verdad, aunque esto implique reconocer errores y el riesgo que conlleva. En un editorial de la revista de la Asociación Médica Americana, Budetti señala: tal vez la mayor ironía es que la medicina defensiva puede ser contraproducente y en realidad podría aumentar el riesgo de mala praxis. El actual clima de alto cuestionamiento a la responsabilidad profesional es un claro perjuicio a la atención de los pacientes, y la medicina defensiva no solamente no ofrece ningún beneficio, sino que puede ocasionar mucho daño. Uno de los caminos para no tener un reclamo, decididamente no es practicar la misma.

La situación en temas de responsabilidad médica en nuestra sociedad es muy compleja en estos días, por lo que consideré de importancia reflexionar sobre uno de los aspectos a tener en cuenta. □



En la permanente evolución de los servicios farmacéuticos para el bienestar de la comunidad.

Hipólito Yrigoyen 900 – 3ero P. Of. B (1086) – Capital Federal
Tel/Fax: 011 4342 9473 – fefara@fefara.org.ar - www.fefara.org.ar

Responsabilidad Médica: la importancia de fortalecer el mercado

Introducción

El mercado de seguros responsabilidad profesional médica (mala praxis) creció en el ejercicio 2013-2014 un 24%, no sólo por un mayor número de asegurados sino también por el efecto de la inflación y por ajustes de sumas aseguradas que acompañaron (en algunos casos) los montos crecientes de demandas y sentencias. Estos seguros representaron en el último ejercicio el 19% de todos los seguros de responsabilidad civil de la Argentina, habiendo finalizado con un primaje anual de más de 322 millones de pesos.

Cerca del 70% de esta producción continúa 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 crecer. 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 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.

Tarifas

Si bien a lo largo del último año hemos leído en medios especializados que algunos operadores hablaban de "guerra de tarifas", nosotros nos mantenemos fieles a las tasas elaboradas por nuestros técnicos. Nuestro objetivo no es ser los más baratos sino los más solventes a la hora de brindar servicios y responder



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

patrimonialmente. En Responsabilidad Médica no hay mayor margen para concesiones comerciales. Obviamente hemos tenido que hacer algunos ajustes de tarifas para acompañar la inflación. Por otro lado, se han realizado algunos ajustes de tarifas técnicas vinculados a la mayor siniestralidad de algunas especialidades tales con cirugía estética, cirugía general y odontología estética e implantes.

Siniestralidad

Las demandas por responsabilidad profesional mantienen una frecuencia alta y están aumentando en severidad, con montos de reclamo y de sentencias judiciales cada vez más altos. Nuestro promedio de monto demandado supera el millón y medio de pesos, excluyendo casos obstétricos. En casos de daño neurológico al recién nacido por alguna presunta negligencia periparto, este promedio se eleva a los 3 millones y

medio de pesos, habiendo recibido en el último año reclamos extraordinarios por 17 y 20 millones.

Las razones de estos incrementos en los montos de demanda son múltiples. La inflación acumulada de los últimos años en nuestro país sin duda juega un importante papel. Hoy resulta impensable poder responder adecuadamente con sumas aseguradas que no han acompañado las tasas inflacionarias. Por otra parte, los costos de atención, gastos a futuro y lucro cesante de personas dañadas también aumentan. Para tener tan solo un punto de referencia, debe tenerse en cuenta que el seguro de responsabilidad civil automotor es de 4 millones... Sin embargo, pocos médicos e instituciones se aseguran por esta suma en praxis. A esto se suma el beneficio de litigar sin gastos que se otorga a la mayoría de los demandantes, lo cual los exime de pagar la tasa de justicia y costas, favoreciendo la presentación de demandas millonarias.

Desde el lado de las sentencias, debe mencionarse cierta "inflación judicial". En aquellos casos que los Tribunales consideran que hubo negligencia, los montos de condena también son más altos. No es infrecuente encontrar sentencias de Cámara con montos totales superiores a 5 millones.

Si bien persiste un cierto número de "aventuras judiciales" y demandas sin mayores fundamentos, nuestros peritos coinciden en que en aproximadamente el 35% de los reclamos denunciados a nuestra compañía hubo un accionar negligente, imperito o imprudente del profesional. A lo largo de estos trece años, se acumulan en NOBLE casos de errores de sitio quirúrgico, oblitos, caídas de la cama con fracturas o daño cerebral, partos mal manejados, anestesia con deficiente recuperación y daño neurológico, errores y retrasos en diagnóstico de infartos y abdomenes agudos, sólo por mencionar algunas de las razones por las que médicos e instituciones deben responder. En otro porcentaje cercano al 40%, los casos se tornan indefen-

dibles por inadecuada o insuficiente documentación. Reclamamos que por otra parte se encuentran cada vez mejor fundados por peritos médicos y abogados con mayor nivel de especialización desde la parte actora.

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 anesthesiólogos en cuanto a severidad. Si se suman las mediaciones y juicios en actividad de los cuatro principales operadores, la cifra supera los 6.000 casos. Nuestro loss ratio se ha mantenido estable en los últimos ejercicios en un 40%. NOBLE es la compañía de responsabilidad profesional con mejor relación entre su producción y su cantidad de juicios en stock. Sin duda es un indicador excepcional para este tipo de riesgo y estamos convencidos de que es el resultado de una adecuada política de suscripción y de una gran proactividad en el cierre de casos con riesgo médico-legal.

Sumas aseguradas

Las sumas aseguradas bajas generan innumerables problemas a la hora de manejar siniestros. Cuando

un actor reclama por los montos comentados, es improbable que espere recibir menos del 40% de lo que está reclamando. Suponiendo que haya coincidencia entre el asegurado, los peritos y abogados de la defensa en que hubo mala praxis o en que el caso es indefendible por deficiente documentación, se debe tratar de llegar a un acuerdo con los demandantes. Es allí donde surgen los inconvenientes: aun ofreciendo toda la suma asegurada (e inclusive sumando el seguro del médico y de la institución), el monto no satisface a la parte actora, el caso no se puede cerrar y tanto el médico como la institución quedan expuestos en millones que deberán salir de sus bolsillos.

En el caso de muchas instituciones de salud, la situación se agrava por las bajas exigencias y el deficiente control de las coberturas de los profesionales que allí se desempeñan. Continúan aceptándose fondos solidarios, (que no participan de acuerdos -aun de los que aparecen como imprescindibles-) y sumas aseguradas muy bajas que dificultan o impiden el cierre de los casos. El mayor peso de las indemnizaciones recae así sobre quienes sólo tienen

una responsabilidad indirecta en la generación del daño y no sobre sus principales responsables.

Otra de las variables a considerar en el caso de clínicas, sanatorios y centros de salud es el patrimonio que se quiere preservar. Es común ver a instituciones con un patrimonio neto de varios millones que contratan sumas inferiores al millón, valor hartamente insuficiente para proteger dicho patrimonio de reclamos y sentencias cada vez mayores.

Por todo ello, desde NOBLE recomendamos que tanto los profesionales como las instituciones revisen sus montos asegurados, aconsejando las siguientes sumas mínimas:

- Médicos de especialidades clínicas: \$ 400.000
- Médicos de especialidades quirúrgicas: \$ 900.000
- Médicos Obstetras \$ 1.000.000
- Instituciones con internación y partos: \$ 2.000.000
- Instituciones con internación sin partos: \$ 1.000.000
- Centros Quirúrgicos ambulatorios: \$ 1.000.000
- Centros ambulatorios no quirúrgicos: \$ 500.000



GLC
Caja Costeó
del Seguro

**TU SALUD,
NUESTRO COMPROMISO**
Estamos siempre

OSPAT
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

Florida 15 Piso 6º
Tel: 4342-6111 / 4343-5171
LÍNEA GRATUITA- 0-800-999-1655
WWW.OSPAT.COM.AR

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga
9800-222-5413/01723802 www.ospat.gov.ar 19.94.2.5. Nº 1-2130-15

La Responsabilidad Civil Profesional Médica y su siniestralidad

La oferta de cobertura aseguradora del riesgo de la mala praxis médica es sustancialmente diferente respecto de hace unos años, y actualmente las aseguradoras especializadas en el tema han agregado valor a su gestión y apuntan a actuar, básicamente, no sólo 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 reproches de la actividad profesional, individual o institucional, o bien evitar siniestralidad.

En cuanto a la demanda, podemos señalar que si bien el crecimiento de la misma no logra significación dentro de la producción de la Responsabilidad Civil del ramo en 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 y que terminan en sentencias condenatorias que muchas circunstancias ponen en riesgo la sobrevivencia de las instituciones condenadas.

Las tarifas utilizadas para determinar el costo del seguro, en general responden a tasas que se aplican al riesgo específico y se relacionan con la exposición del mismo, como ser las distintas especialidades médicas o bien en las instituciones médicas a los tipos de servicios que brindan las mismas. El pormilaje utilizado para determinar la tasa aplicable tiene su origen en la experiencia del mercado internacional en el riesgo y fueron tarifas aplicadas a partir de los acuerdos suscriptos oportunamente con reaseguradores que brindaron el respaldo a la suscripción de las aseguradoras.

No obstante lo señalado, en la actualidad se observa que en muchas operaciones predominan las tarifas comerciales alejadas de los valores técnicos, y que tienen que ver, seguramente, por la necesidad de incrementar la producción y cumplir con metas en los presupuestos.



**Por Jorge E. Furlan
Coordinador General
de Prudencia Seguros**

Esto lo entendemos como parte de la competencia aunque en el caso de la empresa que represento, Prudencia Seguros, no se hipoteca el futuro con este tipo de objetivos.

En cuanto a las especialidades médicas más castigadas por reclamos, según la experiencia de Prudencia Seguros, se corresponde con lo que se denuncia en el sector de la Salud y son traumatología, obstetricia, cirugía general y las infecciones intrahospitalarias.

Sobre las reclamaciones y reproches por resultados adversos en el desarrollo de la labor profesional de los médicos, entendemos de interés hacer las siguientes consideraciones.

Si bien se ha observado un creciente número de casos, las evidencias que respalden esta afirmación obviamente que deberían responder a registros que documenten fehacientemente la siniestralidad del mercado los cuales no existen unificados hasta donde es de mi conocimiento.

Por lo tanto, para hacer un comentario respaldado y documentado podemos utilizar la información que brindan fuentes calificadas. Al respecto en el libro "El error médico" se señala que *"los juicios por mala praxis han aumentado un 55% en la última década. Los tiempos de*

reclamación se han reducido notoriamente. El 27% de los errores se produce en la etapa diagnóstica, el 43% en la terapéutica y un 30% no es atribuible directamente al profesional".

Entiendo que quizás resulte de interés a los profesionales conocer las causas en las cuales, a mi criterio, se vinculan con el aumento de la siniestralidad y al respecto podemos señalar:

- 1) El deterioro sufrido por las condiciones en las que se brindan las prácticas médicas.
- 2) Despersonalización de la atención médica y deficiencias en la información y contención de los pacientes y sus familiares.
- 3) Cambios en los criterios jurídicos utilizados para juzgar la mala praxis.
- 4) Desarrollo del derecho del consumidor.

Según cada caso mencionado anteriormente podemos señalar:

- 1) La actividad médica es de riesgo y como toda actividad humana está sujeta a errores. Seguramente vamos a coincidir que en los últimos 30 años las condiciones en las que se brindan las prácticas médicas se han deteriorado notablemente por efecto de las recurrentes crisis de financiamiento a las que se encuentra sometido el sistema de atención de la salud del país. Este deterioro es en parte causante del aumento de los errores en los que se incurren, tanto en la faz profesional como en la administrativa de la práctica, y aun si planteáramos que los reclamos y/o litigios que se generan por errores en la administración de la práctica se encuentran excluidos de las coberturas que brindan las aseguradoras -planteo que no sería válido para todos los casos- de todas formas y no obstante que el planteo de la aseguradora pudiera resultar exitoso ese éxito no tiene costo cero.

En efecto la aseguradora tiene que afrontar los costos de la administración de ese litigio, y en virtud del beneficio de litigar sin gastos -con el que seguramente litiga el actor- también tendrá que afrontar los honora-

rios de su representación letrada y en el mejor de los casos una porción de los honorarios de los peritos.

- 2) En reiteradas oportunidades no se verifica un acto erróneo en la praxis médica. Sin embargo el paciente o sus familiares están convencidos de que la práctica médica no fue correcta debido a deficiencias en la información brindada con anterioridad a la práctica médica en algunos supuestos y en otros a deficiencias en la información brindada con posterioridad a la realización del acto médico.

Los profesionales médicos que en general están altamente capacitados para la realización de las prácticas médicas en muchas ocasiones carecen de la misma capacitación para brindar información y para contener al paciente y a sus familiares no ya frente a un caso de mala praxis sino frente a supuestos de prácticas médicas correctas, pero con un resultado negativo para el paciente. Es decir el médico realizó diligente y conscientemente todo cuanto estuvo a su alcance, pero no logró el mejor resultado para el pacien-

te. En este punto también hay que mencionar el desinterés que en general muestran las instituciones médicas por la información y contención al paciente y su familia.

Esta falta de comunicación y contención seguramente es consecuencia de la creciente despersonalización que ha experimentado la atención médica en las últimas décadas.

- 3) En los últimos 15 años se han modificado dos criterios jurídicos que se encuentran directamente relacionados con la apreciación de la mala praxis médica por los jueces.

Uno de ellos es de carácter procesal y está representado por la aplicación por los jueces de la llamada teoría de la carga probatoria dinámica, que en pocas palabras consiste en imponer el peso de la prueba en cabeza de aquella parte que por su situación se halla en mejores condiciones de acercar prueba a la causa. Es decir, que al profesional médico y a la institución sanatorial ya no les es suficiente negar la relación de causalidad entre el daño sufrido por el paciente y la práctica médica reali-

zada sino que deberán aportar los elementos necesarios para formar la convicción del juez en ese sentido.

El otro es de fondo y está relacionado con la aplicación por parte de algunos tribunales de criterios de responsabilidad objetiva para juzgar la responsabilidad de los centros asistenciales. Un caso paradigmático de estos criterios está representado por la condena a centros asistenciales en casos de infecciones intrahospitalarias en los que las instituciones han demostrado haber efectuado todo cuanto se encontraba a su alcance para evitar el riesgo de ese tipo de infecciones.

- 4) Con la aparición y posterior desarrollo del derecho de los consumidores, acompañado también con la creación de numerosas asociaciones de defensa al consumidor se ha marcado una creciente tendencia al aumento de los reclamos. Esta tendencia no es exclusiva de los casos de mala praxis, por el contrario se verifica prácticamente en la totalidad de los servicios que se brindan en la sociedad. □

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN



Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social










Obra Social de Personal de Dirección

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

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

La violencia como síntoma de disfunción de la atención de la salud y como agravante del riesgo asegurado

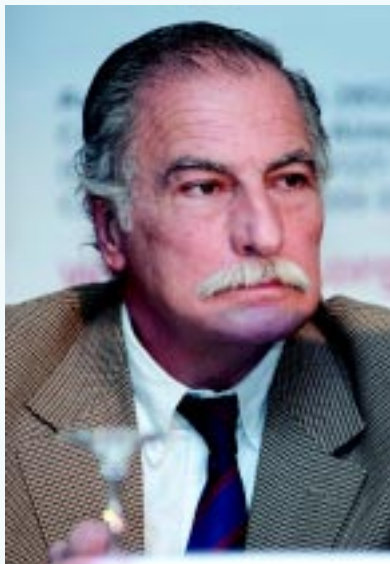
Así como en 1958, de la mano y pluma de Graham Green, el mundo conoció a Jim Wormold, un inglés vendedor de aspiradoras en la Cuba de los tiempos de Batista, que decide ser espía para los servicios secretos británicos como forma de pagarle los estudios a su hija ("Nuestro Hombre en la Habana"), tres años más tarde y con la publicación del libro del mismo autor "A Burn Out case" (Un caso acabado) se conoció el perfil del hombre con burnout, a través del protagonista, descrito como un hombre depresivo, que se sentía totalmente frustrado personal y profesionalmente, es decir estaba "quemado".

A partir de allí se presume que tanto H.B. Bradley, en 1969, como Herbert Freudenberger, en 1974 y la psicóloga social Christina Maslach, tomaron la denominación del síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional, para describir lo que los franceses denominaban ya surmenage.

El psicólogo Freudenberger realizó un estudio de campo con personal sanitario; en particular y describió los estados físicos y psicológicos que él y otros colegas sufrían al trabajar con gran cantidad de jóvenes drogadictos.

En 1980, este profesional estadounidense, decía en su libro, "Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it" que éste síndrome provoca deterioro, cansancio excesivo progresivo, reducción drástica de energía y pérdida de motivación, todo lo cual afecta las actitudes, los modales y el comportamiento general.

En definitiva todos coinciden en describir al fenómeno como un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes.



**Por el Dr. Alfredo Rossi
Abogado de Seguros
Médicos**

El síndrome de burnout, muy frecuente en personal sanitario, hace que el médico afectado tenga un fuerte sentimiento de impotencia, se sienta cansado, antes de empezar sus tareas, por las condiciones en que debe desarrollarlas y vea limitado el ejercicio de su actividad.

Este síndrome se debe a múltiples causas, como ser alto contacto con personas, horarios de trabajo excesivos por la necesidad de cubrir varios puestos de trabajo, remuneración inadecuada, recibir maltrato y/o agresiones sin motivo y las deficientes condiciones y medio ambiente del trabajo. (CyMAT)

El objeto de estas líneas es llamar la atención sobre una de las causas, por el crecimiento exponencial que tiene en estos tiempos en nuestro país: El maltrato y las agresiones físicas y violentas al médico, por el paciente o parientes, o amigos del mismo o incluso

terceros, en ocasión del ejercicio de curar.

Esto, a más de ser absolutamente reprochable, tiene relación directa con el contrato de seguro ya que, por un lado, los agresores, en el momento que deciden ser tales, ya consideran al profesional culpable de algo iniciándose así el camino a los reclamos económicos y por otro porque el profesional agredido queda más expuesto a malas prácticas.

Así, luego de la violencia física, pueden aparecer los casos de litigios tanto con causa como carentes de sustento con los consabidos costos aun cuando los juicios, luego de varios años, sean ganados por los médicos.

Con la agresión física al médico se inicia el vicioso círculo que provocará, burnout, mala praxis, litigios, medicina defensiva y vuelta al comienzo, en un proceso de degradación social.

El problema no es exclusivo de nuestro país y ha merecido la instrumentación de medidas, como las tomadas en España, luego del asesinato de la médica residente Dra. María Eugenia Moreno (34 años) en Murcia, donde se creó un sistema de seguimiento de los casos, que incluso insta la actividad judicial rápida, expeditiva y ejemplarizante, a través de las Fiscalías y de las administraciones comunales.

Este método que propicia el principio de "tolerancia cero" ha logrado el compromiso del ámbito sanitario y judicial y promueve una mayor concientización de la sociedad sobre el problema.

También se reportan casos de maltrato psicológico y agresiones físicas a los médicos en Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos, país donde estudios realizados arrojan que los afectados refieren pesadillas, estar en un estado de guardia permanente y haber modificado

el estilo de las prácticas médicas. (Conf. Dres. Randy A. Sansone, Lori Sansone y Michael W. Wiederman), condiciones que agravan el riesgo de incurrir en mala praxis.

La legislación norteamericana (Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo/1970) ordena a los empleadores generar un lugar de trabajo libre de riesgos que causen o puedan causar la muerte o daños físicos graves y la Oficina de Estadísticas Laborales (BLS) anualmente reporta datos estadísticos sobre los hechos de violencia contra médicos.

Según información brindada por USA TODAY, en octubre de 2013, también China se encontraba diseñando la seguridad de sus hospitales para evitar la muerte de los médicos y enfermeras, pero anticipando que los ataques están motivados por los costos y la calidad de la atención. En hospitales urbanos se utilizan cascos y chalecos anti-arma blanca, por cuanto el uso de armas de fuego es infrecuente.

En la realidad de nuestro país, donde la atención profesional tiene,

a pesar de las condiciones en que se ejerce, uno de los niveles más altos, observamos que entre los agresores, están los familiares del paciente; pacientes no programados, pacientes programados, usuarios del centro donde se producen las agresiones y terceros que no han ido a requerir atención.

Entre las causas principales de las agresiones, están la descomposición social, la dificultad en el acceso a la prestación de salud, la obsolescencia tecnológica, problemas edilicios, escasez de recursos humanos, el cuestionamiento a la atención médica; el tiempo en ser atendido; no recetar el medicamento pretendido; emitir informes médicos no acordes con las exigencias del que lo pide; el reclamo de atención prioritaria de delinquentes heridos.

Debe tenerse presente que los médicos agredidos en hospitales públicos, son los mismos que atienden en Clínicas y Sanatorios Privados y llevan a todo su obrar las consecuencias de la agresión, con lo cual lo que se encuentra afecta-

do es el sistema de salud en general y la cobertura de seguro en particular.

Para el contrato de seguro, la existencia de bullying y de agresión física contra los médicos aumenta el riesgo, por cuanto la agresión incide en la capacidad de concentración y de respuesta del profesional a la práctica médica generando condiciones de posibles malas praxis.

Abordar la violencia y la agresión requiere un enfoque integrado y multidisciplinario que proteja y cuide a los profesionales de la salud, con efectivas medidas de prevención y represión del delito en el marco de una política sostenida de seguridad, sin que se agote en entregar chalecos antibalas o en poner policías públicas y/o privadas.

Sin duda alguna el sector asegurador está convocado a tal integración, por cuanto sus políticas de gestión de riesgo deben incluir soluciones para suprimir la agravación del riesgo que genera la agresión a nuestros médicos. □

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 1668, 3° piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires - Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



La insuficiencia de las sumas aseguradas

El Mercado Asegurador de Responsabilidad Profesional Médica, en los últimos 10 años, ha evolucionado a un ritmo creciente pero claramente con tendencia a la estabilidad y amesetamiento.

Esto es consecuencia de varios factores, algunos propios de la industria aseguradora que no supo encontrar aún el equilibrio entre las variables técnicas y comerciales sin comprometer los resultados. Otros, en cambio, entiendo son atribuibles a los profesionales y empresarios de la salud, que no han alcanzado una conciencia aseguradora madura.

Si tal afirmación fuese equivocada, entonces las pólizas de seguro que hoy protegen el patrimonio del profesional asegurado e instituciones de salud, frente a reclamos como consecuencia de daños ocasionados a sus pacientes por supuestos actos de mala práctica profesional, tendrían sumas aseguradas acordes, no sólo con el patrimonio que se debe proteger (el del profesional asegurado), sino con la valoración que se haga de la vida de los pacientes que recurren al profesional médico y que están expuestos a daños generados por impericia, imprudencia y/o negligencia.

La actividad aseguradora, además de ser una actividad económicamente lucrativa, persigue fines sociales sin los cuales no tendría razón de existir. La humanidad entera está expuesta a contingencias dañosas, no solo aquellas cuyo origen es de orden natural sino también de las que puedan ser provocadas por la acción del ser humano.

Según relevamientos realizados en el mercado de seguros de responsabilidad profesional médica de la República Argentina el promedio de las sumas aseguradas de las pólizas vigentes al 31/12/2014 son para Personas Físicas: \$234.500, y para Personas Jurídicas: \$378.900, mientras que el valor promedio de los reclamos judiciales por mala praxis, a la misma fecha, asciende a \$815.905.

Como podemos observar, la insuficiencia de suma asegurada de los profesionales es en promedio, un 247% y de las instituciones de salud un 115%.

Asimismo, debemos recordar que cada peso reclamado conlleva adicionalmente un porcentaje de gastos causídicos que, si bien no consumen la suma asegurada de las pólizas, son costos que el asegura-



**Por el Lic. Fernando R. Moneta
Gerente Técnico y
Siniestros – TPC
Compañía de Seguros**

do debería tener en cuenta en razón de que los aseguradores los asumirán sólo "en la medida del seguro". Dichos gastos podemos cuantificarlos en aproximadamente un 30% de lo reclamado.

Consecuentemente la insuficiencia de sumas aseguradas planteada, vista desde el punto de vista del costo total del reclamo se incrementa notablemente, trasladando al asegurado el importe no comprendido por la suma asegurada contratada más los gastos causídicos proporcionales.

Todos estos guarismos, deben ser entendidos como PROMEDIOS de mercado y cada profesional asegurable debería analizar las particularidades adicionando los más y los menos que correspondan a su propia realidad.

Si entre todos, aseguradores y profesionales, no logramos corregir esta situación, tarde o temprano las consecuencias de este desequilibrio se traducirán en más pérdidas económicas, mayores costos y probablemente una disminución en la calidad y seguridad del paciente.

El nuevo Código Civil entrará en vigencia el próximo 1 de agosto de 2015. Supongo que algunos profesionales expresarán su beneplácito por la disminución del plazo de pres-

cripción legal (de 10 a 3 años) asumiendo que esto disminuirá la cantidad de reclamos por mala praxis médica. Lamentablemente debo decir que, según mi experiencia y visión aseguradora, creo no ocurrirá.

La siniestralidad medida en términos de frecuencia e intensidad, está directamente relacionada con la percepción que el paciente o sus derecho-habientes hagan sobre el daño sufrido, el manejo y contención que el o los profesionales hagan ante el conflicto, a la existencia real de una relación causal entre la actuación profesional y el daño reclamado y finalmente a la correcta confección de toda la documental médica (historia clínica, consentimiento informado, etc.) necesaria para probar el correcto accionar médico.

Nada de esto ha cambiado, por el contrario, la nueva legislación incorpora la obligatoriedad sobre la confección del Consentimiento Informado y sus normas de realización. Consecuencia de esto entendemos que los reclamos por inobservancia del cumplimiento del deber de información seguramente aumentarán.

Por otro lado también se ha incorporado al cuerpo legal, el deber de prevención y gerenciamiento del riesgo, faltando aún dilucidar quién sería el dependiente de tal prevención, pudiendo ser tanto el profesional médico como la institución.

Asimismo estadísticamente podemos afirmar que actualmente el tiempo promedio transcurrido entre las fechas de ocurrencia y reclamo del daño es de 1 año y 2 meses. Lapso de tiempo inferior al establecido en el nuevo Código.

Es cierto que los reclamos que hoy se realizan superados los 3 años desde la ocurrencia del hecho generador del daño estarían, con la nueva norma prescriptos, pero seguramente ocurrirá que esos mismos reclamos sean hechos en tiempos más cercanos, acelerándose consecuentemente la frecuencia en los primeros años de vigencia del nuevo Código, pero no eliminándose es decir, aumentará la frecuencia temprana.

Adicionalmente las cuestiones vinculadas con la Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente y Calidad de la atención; exigirán de todos una mayor responsabilidad y atención. □

Breve marco de la Seguridad Social



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (*)

El sistema de salud argentino es netamente de organización federal, las provincias retienen su autonomía. Dentro de él las estructuras culturales de nuestro pueblo crearon un seguro que nació con los trabajadores. Hoy se encuentra fragmentado, con falta de coordinación y articulación.

Tras muchos acontecimientos en pocos años, con oportunidades perdidas o no, el mismo es actualizado en 1988 por las leyes N° 23.660 y 23.661 con los alcances de un seguro social.

Políticas de inspiración keynesiana que se fundan inspiradoras de un estado de bienestar argentino se aúnan con la emancipación de la cuestión social, la flexibilización legal del trabajo, la descarga en el ámbito judicial de los conflictos, la generalización del plan social como modo de proveer a la subsistencia de un grueso de la población y se presentan como un obstáculo para algunos y como un camino para otros.

Toda organización actúa de acuerdo con una teoría de los negocios. Su fracaso en producir los resultados esperados es por lo común la primera indicación de reflexionar sobre la misma. Sobre la necesidad de construir alianzas estratégicas "por ello, los aseguradores diseñan los contratos con los prestadores y con los usuarios, destacando la distribución de los riesgos y las coberturas".

Una primera decisión es apostar a la calidad o a la no calidad. La primera es uno de los cuatro derechos a la salud declarada formalmente por la OMS en 2013.

¿Qué es calidad? Es hacer lo correcto, en forma correcta. Con una metodología que consiste en la recolección sistemática para la toma de decisiones, la aplicación de la ciencia y tecnología que maximice beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. Para ello se requiere de indicadores de procesos y resultados. Los indicadores de calidad son pilares de los sistemas de mejoría continua.

Por otra parte, los sistemas de medición deben estar funcionando en "tiempo real", para que puedan ser incorporados a la toma de decisiones gerencial, estableciendo mecanismos apropiados de procesamiento y análisis de los productos de monitoreo y evaluación.

Y no nos apartamos del tema cuando decimos que es fundamental considerar la transformación en la forma

como el profesional se percibe a sí mismo y la percepción por las demás especialidades, reconociéndolo ahora como un participante del equipo de salud. Este último aspecto es quizás el más preocupante de los cambios observados en el perfil médico de la actualidad. Esto implica orientar la formación hacia la atención primaria, desplazar al hospital como núcleo único de educación médica y reconocer en los nuevos currículos, la importancia de las características sociodemográficas y los problemas de salud prevalentes.

"Es muy difícil integrar lo que no se tiene por información o aprehendido", aquí siguiendo a Ortún Rubio recordamos "que la eficiencia es la marca del virtuosismo en Medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad. Que la ética médica exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Que las utilidades relevantes son las del paciente...."

En este estado contextual, debemos rescatar el proceso mental de anticipar el suceso. Se planifica, de una manera u otra, toda actividad humana voluntaria, en la medida en que ello significa el poder anticipar, prever, organizar y decidir cursos de acción.

El límite de los financiadores quizá se encuentre en el "Care Management" del prestador, (estudio amplio de la Gestión de atención o cuidados) que utiliza herramientas informáticas integrando las informaciones financieras con las clínicas.

Arturo Jauretche dijo: "La economía moderna es dirigida. O la dirige el Estado o la dirigen los poderes económicos. Estamos en un mundo económicamente organizado por medidas políticas, y el que no organiza su economía políticamente es una víctima. El cuento de la división internacional del trabajo, con el de la libertad de comercio, que es su ejecución, es pues una de las tantas formulaciones doctrinarias, destinadas a impedir que organicemos sobre los hechos nuestra propia doctrina económica". □

(*) Antonio Camerano - Médico, Mag en Administración en Servicios y Sistemas de Salud (en trámite), UBA-FSG.



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

Mientras farmacéuticas cuentan billones, pacientes cuentan horas de vida

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (*)



La batalla que se libra entre gigantes de la industria farmacéutica por dominar el lucrativo y creciente mercado de tratamientos para la hepatitis C, con un potencial de infectados en el mundo de 170 millones de personas (1.5 a 2% de la población), va camino a convertirse en un enfrentamiento comercial y legal sin precedentes. Y la causa de esa batalla es claramente el *market share* y el dinero, y no consideraciones clínicas. Las perspectivas de que los fármacos para combatir la enfermedad puedan alcanzar ventas de u\$s 20.000 millones anuales para el fin de la década está llevando a los laboratorios a permanentes escaramuzas con tal de posicionarse en el mercado y quedarse con una tajada del negocio. El problema de esta guerra es que se ha vuelto cada vez más despiadada, con los ciudadanos -pacientes como rehenes.

El tratamiento de la HVC es complejo, ya que el virus muta y se replica rápidamente requiriendo curación en un intervalo temporal limitado. El lanzamiento del *sofosbuvir* (Sovaldi®) de Gilead Sciences Inc. en 2013, de una sola toma diaria sin efectos secundarios y respuesta viral sostenida (RVS) del 98% a 12 meses no sólo revolucionó el pronóstico sino que escaló rápidamente a ventas cercanas a u\$s 5.000 millones en el primer semestre de 2014. Esto significó el debut comercial más exitoso de un medicamento bajo receta y abrió el fuego para la guerra comercial. Pero también la puerta a la inequidad. Noventa días de tratamiento con esta droga cuestan en EE.UU. entre u\$s 70.000 y 85.000, es decir u\$s 1.000 dólares (728 euros) cada comprimido, por lo cual y dado que el 80% de los infectados por el virus vive en países de renta media a baja, la posibilidad de contar con esta terapia por parte de sus sistemas sanitarios ha llevado a hacer sonar las alarmas.

Un tratamiento de un año equivaldría a más de 265.000 euros, cifra que da vértigo. Algo similar a lo ocurrido originalmente con los retrovirales y los pacientes infectados con HIV en 1990 en África. El precio final de la droga para la HVC resulta 1.100% más alto que el medicamento que la misma empresa posee para el HIV. Cabe preguntarse si es lógico este precio de acuerdo al costo de desarrollo del producto y de una rentabilidad "razonable" de la empresa, cuando el costo de producción se estima entre u\$s 219 a u\$s 469, es decir que cada pastilla no supera 2.5 euros. Gilead Sciences es el mismo laboratorio multinacional dedicado a la comercialización de antivirales que bajo la conducción de Donald Rumsfeld - ex Secretario de Defensa de EE.UU - obtuvo enormes ganancias gracias a las grandes compras de Oseltamivir

(Tamiflu®) - luego vendido a Roche con acuerdo de comercialización común - a partir de la alarma generada primero por la gripe Aviar y luego por la Gripe A H1N1. La compra masiva por parte del ejército de EE.UU. llevó a un aumento significativo del precio de la droga, y con ello la suba de las acciones de Gilead. Este laboratorio comercializa el ya mencionado Sovaldi® en base a una patente obtenida tras la adquisición del laboratorio Pharmasset en 2011 por u\$s 11.000 millones. Varias empresas como Roche Holding y Merck & Co. iniciaron medidas legales para reclamar ante la FDA que Sovaldi® no es una molécula inventada, es decir una "innovación técnica" desde el punto de vista químico sino una innovación terapéutica, lo cual no merece el monopolio de la patente.

Estimando que Gilead lograra aumentar sus beneficios un 457% en los próximos años en base a las ventas de sus productos, estas potenciales ganancias han llevado a otros jugadores a una puja por ganar parte de este mercado. Tal el caso de AbbVie, subsidiaria de Abbot, que acaba de obtener de la FDA autorización para comercializar su compuesto Viekira Pak®, un cóctel de dosis fija de tres antivirales (*ombitasvir*, *dasabuvir* y *ABT-450/ritonavir*). Administrado por vía oral y destinado al tratamiento de HVC con genotipos 1 o 1b, demostró en Fase III de investigación una RSV a 12 semanas de 95 a 100% (cura), así como de 97.1% en receptores de trasplante hepático y del 92% en coinfectados con VIH. De precio similar al *sofosbuvir* (u\$s 84.000) este medicamento que incluye un inhibidor de NS5a, un inhibidor de proteasa NS3/4A y un inhibidor no nucleosido de la polimerasa NS5B que rompe el proceso de replicación del virus requiere tomas de 4 a 6 píldoras una o dos veces por día, lo que disminuye adhesión al tratamiento y le da cierta desventaja en el mercado frente a la dosis única de Sovaldi®.

Para enfrentar esta debilidad terapéutica, AbbVie realizó una jugada comercial negociando descuentos significativos del 30 al 35% con una de las mayores aseguradoras de salud americana (Express Scripts), profundizando la guerra de precios. Esta estrategia implicó para Gilead una caída accionaria del 14%, la peor desde 2001. Además AbbVie planteó legalmente que patentó la idea de combinar dos medicamentos propiedad de Gilead (*sofosbuvir* y *ledipasvir*) y aprobados por la FDA para su comercialización bajo el nombre Harvoni® también de una sola toma diaria, lo cual le daría derecho a recibir una indemnización. Siendo más caro que Sovaldi®, con un precio por comprimido de u\$s 1.125 (u\$s 94.500/ tratamiento de 12 semanas), Harvoni® no requiere de drogas adicionales y puede mostrarse eficaz en 8 sema-

nas, lo cual haría bajar su precio a u\$s 63.000. Si bien desde el punto de vista legal AbbVie no puede comercializar *sofosbuvir* + *ledipasvir*, ya que no cuenta con las patentes ni los compuestos subyacentes, es legal que busque y obtenga patentes que describen un «método de uso» particular de productos aunque no le pertenezcan.

El *Armagedón* entre Gilead y AbbVie se ha vuelto virulento. El dominio de las patentes es crucial para blindar los beneficios. Y relacionado con la Hepatitis C existen 21 patentes diferentes. Gilead demandó a AbbVie y su ex empresa matriz, Abbott Laboratories, afirmando que realizaron un “complot fraudulento” al informar a la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de EE.UU. (PTO) que inventaron métodos para tratar la hepatitis C, en realidad propiedad de Gilead y Pharmasset Inc. El propio Abbott había solicitado ambas patentes en 2011 y la PTO se las concedió a AbbVie a mediados de 2013. A su vez un tercero en discordia, Roche, asegura que tiene derechos sobre Sovaldi® debido a una colaboración de investigación de 2004 con Pharmasset, la empresa que desarrolló el fármaco y que Gilead compró en 2012 por más de u\$s 11.000 millones buscando un fallo que demuestre que tiene una licencia exclusiva sobre Sovaldi® y que Gilead infringe tales derechos.

Pero Gilead no se quedó quieta. Tras las impugnaciones a las patentes acordó con siete industrias farmacéuticas de India efectuar transferencia de tecnología para permitir la venta de versiones genéricas de *sofosbuvir* (solo o en su combinación con *ledipasvir*) a 91 países de bajos recursos, lo cual además de eludir el conflicto de la legislación de patentes India le permitiría controlar al primer fabricante de genéricos del mundo reduciendo la competencia. Dicho acuerdo excluyó la comercialización a 51 países de medianos ingresos como Brasil, China, Turquía, México, Perú y la Argentina entre otros, que son los más interesantes en rentabilidad ya que acumulan 70% de los infectados a nivel mundial. En éstos, el medicamento será negociado exclusivamente por Gilead con precios diferenciados de país en país asegurando cuotas de venta. Tal el caso de Egipto, con un 10 a 14% de infectados y originalmente excluido del listado, quien en 2014 negoció la farmacéutica un acuerdo de suministro vía fabricantes indios con un descuento de 99%, bajando el costo de tratamiento a cerca de u\$s 1.800,

pero bloqueando automáticamente cualquier posibilidad de fabricación como genérico por parte de las industrias locales de rechazarse la patente. Pero nada es beneficencia. Más allá del descuento, el costo sigue siendo elevado para la sustentabilidad del sistema egipcio de salud.

Esta guerra de patentes y precios ha traído nuevas dinámicas al mercado farmacéutico, a partir de la expectativa futura de beneficios que crea la naciente “burbuja biotecnológica”. Por un lado el conflicto de los Estados y sus sistemas de salud por la compleja negociación con las farmacéuticas en torno a precios de *cuasi* monopolio. Por otro, la problemática de tensión entre los pacientes y sus Estados en cuanto a acceso oportuno y equitativo al tratamiento. Si un medicamento salva vidas, pero su precio y la patente lo hacen inaccesible, y si la industria se niega a bajar el arbitrario precio de los fármacos a valores razonables, los Estados deben proteger los intereses sanitarios de sus ciudadanos y hacer uso de diferentes estrategias enfrentando los supuestos derechos esgrimidos que en ningún caso son ilimitados. Ganancias por un lado, años de vida perdidos por otro no es una opción éticamente admisible. Fallos de mercado groseros como éstos deben corregirse ya sea otorgando una licencia obligatoria como genérico – cuestión ya establecido por el TRIPS de la OMC en base a argumentar necesidad de salud pública - o forzando la competencia con otros productos para romper posiciones de monopolio. También rechazando la patente como hace el Gobierno de India o formando bloques regionales para compras coligadas y hasta negociar con otros países la cesión o compra de patente por parte del fabricante. En cualquier caso, la lucha por romper las desigualdades sanitarias no puede limitarse a razones económicas o científicas sino que debe pasar por la preservación del derecho de los pacientes a la salud y a la vida. Y en ese caso, la política sanitaria y sus decisiones se vuelven una necesidad. □

(*) Doctor en Medicina. Magister en Administración de Servicios de Salud UCES, Posgrado en Economía para No Economistas - Cámara Argentina de Comercio. Diplomado en Economía de la Gestión Sanitaria CIESS México DF. Profesor Titular de la Cátedra Análisis de Mercados Sanitarios - Maestría en Economía de la Gestión Sanitaria Universidad ISALUD.



CAMARA DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA
DE LA REPUBLICA ARGENTINA

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

Hacia un nuevo "Shock de Acceso" en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.



Comencemos analizando la salud en nuestro país desde tres perspectivas.

La primera tiene que ver con el nivel de salud de nuestra población

Si analizamos el comportamiento de dos indicadores que miden el nivel de salud como son la Mortalidad Infantil (MI) y la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) vemos que han mejorado en las últimas décadas. Efectivamente la MI descendió un 80% en los últimos 60 años y la EVN aumentó alrededor de un 20% en ese mismo período. O sea hoy los argentinos vivimos unos 13 años más que en aquel entonces. Pero la realidad es que todos los países del mundo han mejorado su salud y lo que cobra importancia entonces es el ritmo o la velocidad de las mejoras de estos indicadores. Desde ese punto de vista la Argentina pasó del 2º lugar en AL de la década del 50 a un 7º lugar en la actualidad en cuanto a ambos indicadores mencionados. Y así con la mayoría de los indicadores de salud. O sea hemos perdido mucho terreno.

La EVN es un indicador que integra además el índice de desarrollo humano. En la primera medición de dicho índice la Argentina estaba primera en AL y actualmente descendimos a un 2º lugar detrás de Chile y con otros países acercándose.

En cuanto a la Mortalidad Materna estamos lejos de cumplir las metas propuestas para el 2015 de los Objetivos del Milenio compromiso asumido por nuestro país en el año 2000. Obviamente los peores indicadores se observan en la población de menores recursos y sin cobertura explícita. Además la Argentina enfrenta una doble carga de morbilidad con una prevalencia muy alta de Enfermedades No Transmisibles.

La segunda perspectiva es la de la respuesta organizada que se da un país justamente para resolver sus problemas de salud, o sea la organización de su Sistema de Salud.

Varios estudios demuestran diferencias en cuanto al nivel de acceso a los servicios según el nivel de cobertura de la población. Quienes poseen cobertura explícita de obra social o prepaga médica acceden más y mejor a los servicios de salud. Incluso entre los que dependen exclusivamente de la cobertura del Estado (sector público exclusivo), los que tienen algún plan de salud como el NACER, Seguro Público Provincial u otro, tienen mejor acceso que quienes no lo tienen. Esto nos habla de la importancia de avanzar hacia un modelo de inclusión hacia sistemas de protección social en salud.

La gran fragmentación y segmentación del sistema (más de 250 obras sociales, múltiples prepagas médicas, 24 provincias autónomas, sistemas municipales,

etc.) complican este panorama. Esto habla de la necesidad de coordinación y de generar Rectoría a nivel Nacional.

La tercera perspectiva es desde el financiamiento de la salud

El gasto en salud en nuestro país es de alrededor del 9% del PBI, similar (en cuanto al porcentaje destinado, no a la cantidad total) a muchos países desarrollados. Pero la diferencia es que mientras que aquí alrededor del 40% de ese gasto es privado (o sea gasto del bolsillo de las personas fundamentalmente) en otros países como Inglaterra, España, Canadá, etc. más del 80% del Gasto es público. Esto habla de una enorme inequidad en nuestro país en donde quien más tiene mejor salud puede obtener.

Alrededor del 33% del gasto es de la Seguridad Social y el 22% es público. Del gasto público el gasto mayoritario lo realizan las provincias, luego los municipios y por último la Nación. El Ministerio de Salud de la Nación solo aporta el 0,3% del PBI. Esto nos habla a su vez de la escasa Rectoría que el gobierno Nacional ejerce sobre el sistema, agravando la fragmentación y segmentación. Esta situación no se modificó en esta década en donde se aumentó exponencialmente el gasto público. La Salud es una gran deuda social.

¿Qué hacer entonces en Salud? Un Nuevo Shock de Acceso

Debemos tener en cuenta que el ritmo de mejoras en los niveles de salud descriptos más arriba, no fue parejo en estas décadas. Del total de mejoras en estos indicadores el 60% ocurrieron entre los años 1945-55 y 1970-75. Justamente ambos períodos en donde se forjaron nuestros dos subsistemas mayoritarios: el Público durante la gestión Carrillo en el 1º gobierno de Perón y el de la Seguridad Social a partir de la ley 18.610 en 1970. En ambas experiencias, en donde los indicadores de salud mostraron una mejora sustancial, lo que se logró fue que la gran mayoría de la población accediera en forma masiva a la tecnología adecuada en un período corto de tiempo. En ambos se logró masificar y poner al alcance de las mayorías, las tecnologías de la época en un tiempo muy corto lo cual impactó en los niveles de salud al resolver gran cantidad de demanda oculta.

Estos shocks de acceso fueron determinantes para mejorar los niveles de salud de la población, especialmente de los más desprotegidos.

Teniendo en cuenta este análisis, algunas de las grandes líneas estratégicas para avanzar estarían dadas por lograr nuevamente un acercamiento masivo de la tecnología disponible a la gran mayoría en un período

de gobierno. Consideramos aquí al acceso no como un valor absoluto (hay o no acceso) sino como un valor continuo que va desde un extremo de acceso oportuno en el tiempo a servicios de calidad hacia otro extremo de acceso inoportuno y de baja calidad. En general podemos afirmar que las personas con mejores coberturas acceden cercanas al primer punto y quienes tienen menor cobertura explícita acceden más cercanos al segundo extremo del continuo configurando grandes brechas de inequidad.

Este nuevo shock de acceso se debe configurar ensamblando varias políticas.

Algunas de ellas podrían estar dirigidas a:

✓ **Incluir a las personas a los sistemas de protección social existentes o nuevos:**

En la actualidad el shock de acceso se debería manifestar incorporando al 34% de la población que trabaja en negro a los sistemas laborales en blanco que le brinden cobertura en salud de la seguridad social. También debemos incorporar a la población sin cobertura a sistemas provinciales de aseguramiento en salud como pueden ser los seguros públicos provinciales u otros. En estos casos debemos asociar fuertemente los planes de protección social como la AUH a coberturas explícitas en salud.

✓ **Modificar la composición del gasto en salud**

Debemos pasar del 45% del gasto privado (altamente inequitativo) a una relación como mínimo de un 80% de gasto público (seguridad social más gasto del Estado) y un 20% privado. Este aumento del gasto público debe estar liderado por una fuerte inversión de la Nación, fundamentalmente subsidiando gasto en medicamentos para los sectores con menores recursos económicos y a los sistemas provinciales de protección social en salud.

✓ **Nueva Relación Nación - Provincias**

A través de un Pacto en Salud que determine roles y funciones de cada uno y el financiamiento adecuado según resultados a obtener. Firma de Convenios entre Nación y Provincias que determinen el sistema a adoptar y fije metas claras.

✓ **Modelo de Atención basado en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud**

Avanzar hacia un nuevo modelo de atención homogéneo en todo el país a partir del establecimiento de Líneas de Cuidados con protocolos de atención adaptados a realidades regionales.

✓ **Incorporar tecnología adecuada**

Incorporar tecnología a la atención de la salud como por ejemplo Historia Clínica digital, recetas electrónicas, etc.

En síntesis

Uno de los principales desafíos del próximo gobierno en la cuestión social deberá ser reformular el sector salud. Luego de una década de superávits gemelos y una macroeconomía fuerte, en donde el Estado Nacional retornó a un centro luego de un período de privatizaciones, haciéndose presente en todas las áreas de la economía y sociales, aumentando el gasto en educación y el gasto social con diferentes programas, y siendo la fuente de mayor creación de empleo, verificamos que este mismo Estado Nacional sigue ausente en el sector salud. La Salud es la gran deuda social. Será responsabilidad del próximo gobierno revertir esta situación. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública. Ex Subsecretario de Relaciones Institucionales e Investigación del Ministerio de Salud de la Nación (2008 - 2009).

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 Estereotáctica

Radioterapia Estereotáctica

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

LA MEDICINA EN EL CINE

Bioética en la reproducción asistida*

Una familia numerosa

(Ken Scott - 2013)

SINOPSIS

Los avances de las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida nos confrontan con nuevos escenarios y prácticas cuya interrogación resulta necesaria. A través de la narrativa cinematográfica, el análisis de *Una familia numerosa* y el de su original canadiense (*Starbuck*, 2011) se pueden encarar desde distintos ejes de análisis en relación a la Inseminación Artificial con Donante, en la cual se dirimen el derecho a la identidad y el derecho a la privacidad.

La historia de David, el protagonista del filme narra dos sucesos que cambian el curso de su vida: su novia le informa que ha quedado embarazada y que piensa tener al niño sin contar con su ayuda, y ese mismo día le comunican que le han interpuesto una demanda ya que David ha donado espermatozoides hace alrededor de veinte años, y como resultado, han nacido 533 hijos, de los cuales 142 quieren averiguar su nombre para conocerlo.

Lo inédito de esta situación nos lleva a analizarla desde tres vertientes, por el lado del derecho, desde la bioética, y desde la responsabilidad, con la mirada puesta en la subjetividad.⁽¹⁾

LA ÓPTICA BIOLOGICISTA

En primer lugar, se debe considerar ubicar una cuestión fundamental al analizar las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA).

Tal como señala Kletnicki, "si la inseminación o la fertilización in vitro se realizan con semen del donante (...) allí se abre una pregunta sobre los lazos de parentesco y los efectos surgidos de su transformación, en tanto procreación y filiación aparecen como categorías disociadas"⁽²⁾

En efecto, la disociación entre procreación y filiación nos lleva por el camino de la interrogación acerca de la paternidad de estos niños. ¿Quiénes son sus padres? Es inte-

Título: *Una familia numerosa*
Título original: *Delivery Man*
País: Estados Unidos
Año: 2013
Estreno en la Argentina: 27 de febrero de 2014
Director: Ken Scott
Música: Jon Brion
Guión: Ken Scott y Martin Petit (sobre el guión original de *Starbuck*, Canadá, 2011)
Intérpretes: Vince Vaughn, Chris Pratt, Cobie Smulders, Andrzej Blumensfeld, Simon Delansy, Bobby Moynihan, Dave Patten, Adam Chandler-Berat, Britt Robertson
Color: color
Duración: 105 minutos
Género: comedia-drama
Productora: Dremworkx

resante notar que en el filme no aparece ninguna mención a quienes han criado a esos jóvenes.

No hay padres en función para estos niños: David aparece como único responsable, ya que él ha donado el espermatozoides que ha hecho posible luego la Inseminación Artificial con Donante (IACD). Nada se dice del óvulo necesario para tal procedimiento, y más aun nada se dice de quiénes se han hecho cargo de la crianza de esos jóvenes.

Por otra parte, si la procreación y la filiación podrían aparecer como categorías disociadas, ¿por qué caminos la vida de David se une a la de estos jóvenes ubicándose como si fuera su padre? ¿Prima aquí un criterio biológico de comprensión de la paternidad, entendiéndola en sentido únicamente genético y no simbólico?

Sería interesante desarrollar más la historia del filme para poder ahondar en esta discusión.

Desde una posición biológica, la determinación de la paternidad es el resultado del ADN, el padre es el que aportó el material genético. Parece ser esta la lectura en la que se ubica el filme, ya que no hay cuestionamiento respecto de esta posición.⁽¹⁾

ASPECTOS JURÍDICOS

Varias de las secuencias abordan la cuestión jurídica que se sus-

cita con el caso, advirtiéndose que en el juicio se ventilan dos derechos fundamentales: el *derecho a la identidad* (de los jóvenes que desean conocer sus orígenes y la información genética de quien ha sido el donante de espermatozoides) y el *derecho a la privacidad* (de quien ha sido el donante).

Esto coincide con la postura de dos corrientes doctrinarias: la corriente *italiana y francesa* sostiene que debe mantenerse el anonimato del donante de gametos, a efectos de dar seguridad acerca de que más tarde no tendrá que enfrentar acciones filiatorias, y consecuentemente alimentarias o sucesorias, protegiendo su derecho a la intimidad y privacidad. La otra corriente del Derecho, correspondiente a la *española, alemana y norteamericana*, sostiene que por sobre el anonimato prevalece el derecho del hijo a conocer su procedencia biológica y la identidad de sus padres genéticos, sin que tal conocimiento genere responsabilidades filiatorias, personales, patrimoniales o de cualquier otra índole.

Es interesante destacar que "la tradición indicó siempre que el donante de espermatozoides es, por definición, anónimo. Ahora bien, a partir de la experiencia argentina en materia de restitución de niños, esta evidencia comenzó a flaquear. ¿El principio del derecho a la identi-

dad?, que permite a todo ser humano conocer sus orígenes, entra en contradicción con el derecho al anonimato del donante de espermatozoides" (3).

LA RESPONSABILIDAD POR LA PATERNIDAD

Después de un fundado y comprensible rechazo inicial, David termina asumiendo la responsabilidad por estas 142 personas que quieren conocerlo, sin repensar la función de la clínica en la distribución del espermatozoides donado.

¿Cómo se produce este movimiento? Esperando convencerlo, los 142 denunciantes le envían, a través de su abogado, un sobre con los perfiles de cada uno de ellos, acompañado por una foto y un breve texto de actividades y gustos de cada uno de los jóvenes.

Cuando recibe el sobre, David señala: "no son mis hijos". Sin embargo, luego en un momento de soledad y reflexión comienza eligiendo un perfil al azar al que le siguen otros, y así va conociéndolos de a uno. Protege su identidad y no se presenta con su seudónimo, pero tampoco se mantiene al margen de sus vidas. Se involucra con ellos a la manera de un "ángel guardián", según sus propias palabras.

Uno de ellos trabaja como encargado de un bar y lo atiende malhumorado porque tiene que ir a una audición para un papel en teatro. David se ofrece a reemplazarlo, dándole además las llaves de la camioneta del reparto de la carnicería. La explicación que le da al muchacho parece ser relativamente simple: "por la satisfacción de saber que he ayudado a alguien a triunfar en la vida".

En el siguiente encuentro, se hace pasar por repartidor de pizza para ver a una chica que termina drogándose con metadona y convulsionando. David la lleva al hospi-



tal, en donde ella miente y dice que es su padre, para que pueda firmarle el alta. La médica es clara en su recomendación: hay un lugar disponible para rehabilitación, y que "por amor a su hija", "debería decirle que la quiere y que no firmará su alta". David escucha a la joven, quien le dice que no quiere quedar encerrada porque va a estar rodeada de gente que se droga, tendrá una recaída y perderá su trabajo, y es sincero con ella cuando firma su alta: "en mi vida, suelo tomar decisiones muy, muy malas. Me gustaría que me mostraras que esta vez no tomé otra mala decisión". Ella le agradece llamándolo "papá" de manera cómplice, y al día siguiente David chequea que se presente en el trabajo a las ocho de la mañana como había prometido.

David señala a su amigo: "me he dado cuenta de que es imposible ser padre de 533 niños. Pero es posible ser su ángel guardián". Acto seguido, vuelve a enunciar confusamente los roles y las funciones: "Yo soy el genitor, ellos son mi responsabilidad". En este sentido, sigue dando lo que tiene, su buena voluntad. Para convertirse en padre deberá dejar de dar lo que tiene y empezar a dar lo que no tiene.

Autor: José Moviola
jose.moviola@yahoo.com.ar

Este filme nos invita a reflexionar acerca de la responsabilidad subjetiva, más allá de la responsabilidad jurídica, en relación a la paternidad que encarna David. El entrecruzamiento de las historias que surgen a partir de la noticia del embarazo de Valerie y la demanda de 142 jóvenes que desean conocer su origen biológico y la identidad de quien ha sido el donante de espermatozoides, nos permite pensar que la reacción paternal, a la manera de un "ángel guardián" con los jóvenes, se da como reflejo de su otra situación con una de sus hijas, en la que David está puesto a prueba como alguien maduro y responsable, capaz de convertirse en padre. □

Referencias

- 1.- Cambra Badil, I y Ormart, E: La bioética en el escenario de las tecnologías de reproducción humana asistida. Rev. Med. Cine 2014; 10 (4):164-173.
2. Klednicki A: Un deseo que no sea anónimo. Tecnologías reproductivas: transformación de lo simbólico y afectación del núcleo real. En: Michel Fariña y col. La encrucijada de la filiación. Tecnologías reproductivas y restitución de niños. Buenos Aires, Lumen/ Humanitas, 2000, pág. 210.
3. Michel Fariña, JJ: La inseminación artificial con donante: un comentario en torno a la Noche Transfigurada. En: Michel Fariña y col. La encrucijada de la filiación. Tecnologías reproductivas y restitución de niños. Buenos Aires, Lumen/ Humanitas, 2000, pág.165-178.

* El autor agradece el valioso aporte de Cambra Badil, I y Ormart, E: (ref.1).

MM

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

Dolor y Salud Pública

Por Javier O. Vilosio

Médico. Mag. en Economía y Cs. Políticas.



EL DOLOR EN NOSOTROS

Los médicos enfrentamos cotidianamente el sufrimiento de las personas. Sabemos desde hace mucho que el sufrir es una experiencia compleja, inevitable y en mayor o menor grado presente en la vida de todos nosotros -aun en la salud- y a la que a lo largo de la historia hemos intentado encontrar explicación o sentido.

Decía Viktor Frankl: *"El Hombre no se destruye por sufrir, sino por sufrir sin ningún sentido"*, y la religión primero y luego la filosofía, la psicología e inclusive la economía ofrecen enfoques para su comprensión, más allá de aquello que los médicos solemos considerar materia de nuestra incumbencia.

Sin embargo, la expresión atribuida a los médicos franceses Bérard y Gubler -hacia finales del Siglo XIX- da cuenta de lo imperioso que debe ser para el médico encarar el alivio del sufrimiento ajeno: *"Curar, pocas veces, aliviar a menudo, consolar: siempre"*.

Un componente muchas veces presente en el sufrimiento de nuestros pacientes es el dolor.

También existen múltiples interpretaciones del "sentido" del dolor, incluyendo algunas que atávicamente lo vinculan con la santidad, la expiación y la culpa. Y en los consultorios y camas de los hospitales, con una discutible noción de "utilidad". Al punto que resulta conveniente distinguir entre el dolor fisiológico y el patológico.

Pero lejos de simplificarse, la cuestión se vuelve más compleja desde la perspectiva de la Salud Pública.

EL DOLOR EN LAS POBLACIONES

El dolor asumido como un problema de dimensión poblacional involucra decisiones de política que definen la oferta y la organización de los servicios asistenciales, la accesibilidad a los fármacos -incluyendo cuestiones normativas, de disponibilidad, financiamiento y costos- especialmente los opioides fuertes, y la educación y capacitación de profesionales y técnicos de Salud, básicamente.

Algunos datos ayudan a dimensionar el problema: según estimaciones en 2020 habrá cerca de un millón de personas sufriendo enfermedades oncológicas en fase terminal, en Latinoamérica y el Caribe. Sabemos que el dolor afecta al 30% - 40% de los pacientes con cáncer en fase de tratamiento curativo, y al 70% - 90% de los que cursan estadios avanzados. Actualmente se estima que sólo entre el 10% y el 30% de ellos reciben tratamiento adecuado.

Por otra parte más de la mitad de las personas que sufren enfermedades crónicas no oncológicas sufren dolor crónicamente. Y a ello hay que sumarle la dimensión poco cuantificada del dolor agudo postraumático y posquirúrgico, este último ampliamente subestimado por los propios médicos.

Se ha estimado también que entre el 40% y el 60% de las consultas en atención primaria son por dolor moderado a severo.

Según la OMS, el 80% de la población mundial vive en países donde el acceso a medicamentos para el adecuado tratamiento del dolor es inexistente o insuficiente. Es decir: con muy alta posibilidad de morir sufriendo dolor no controlado.

En Latinoamérica, la Argentina ocupa una posición muy buena en cuanto al acceso y consumo de opioides per cápita (un indicador utilizado habitualmente). Aunque persisten trabas burocráticas y una muy desigual cobertura entre diferentes financiadores e instituciones asistenciales: una característica de nuestro sistema de salud.

Pero el problema no se agota en la disponibilidad de opioides: gran parte de las personas con dolor crónico son tratadas inadecuadamente con AINEs, inclusive en asociaciones de distintos tipos, y sufren efectos adversos y complicaciones evitables, muchas veces severas. Así como el acceso relativamente fácil a analgésicos fuertes prescriptos es una ventaja en nuestro país, el fácil acceso a AINEs no prescriptos constituye una amenaza a la salud de la población.

UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Además de los pacientes con cáncer, el dolor es un serio problema en otros grupos de población: los niños y los ancianos por un lado, y la población en edad laboral.

Mucho del arsenal analgésico no ha sido bien probado en la infancia -como sucede con gran parte de los medicamentos- y los expertos describen cierta tendencia a asumir manifestaciones no verbales del dolor en los niños como parte de la expresión del malestar "justificado" por la atención en instituciones sanitarias poco acogedoras, la angustia de los padres, y aun la naturalización del llanto en ambientes de atención pediátrica, situación ésta que resulta palmariamente desmentida cuando uno visita hospitales de niños que implementan verdaderas políticas de control del dolor, inclusive en sus servicios de emergencia.

En los ancianos, con mayor o menor grado de deterioro cognitivo, el dolor también tiende a ser subestimado.

Cuesta evaluarlo, hay serios problemas de adherencia en personas que además frecuentemente reciben múltiples medicamentos a lo largo del día, y, finalmente, son pacientes que parecen acostumbrarse a convivir con su dolor, como una carga inevitable, y que ya han probado y abandonado mucha medicación indicada o sugerida por médicos y allegados diversos. El dolor parece ser un costo a pagar por la vejez.

El término “*dolor de espalda*” incluye un grupo de cuadros clínicos que, según se reporta, llega a afectar entre el 70% y el 85% de la población.

El impacto económico del dolor dorsal y lumbar crónicos dentro de la población económicamente activa (unos 18 millones de personas entre nosotros) es multimillonario. En los EE.UU se calculó hace ya unos cuantos años que se perdían 149 millones de días de trabajo por año, con un costo para la economía de entre 100 y 200 billones (miles de millones) de dólares por año.

EL DOLOR Y LOS MÉDICOS

Los médicos recibimos escasa capacitación sobre dolor y analgesia.

La prescripción rutinaria de “*analgesia según dolor*” en consultas, guardias y postoperatorios sintetiza a la vez el palmario fracaso de la racionalidad y el humanismo médico.

Solemos ignorar que el inadecuado tratamiento del dolor agudo, aun del dolor *fisiológico* por excelencia como es el del parto, puede proyectar sus consecuencias deletéreas en el tiempo: dolor intenso no controlado en el parto puede conducir al sufrimiento fetal; un inadecuado manejo del dolor postoperatorio a cuadros de dolor crónico, como la aparición de dolor de *miembro fantasma* postamputación, por ejemplo.

También practicamos poco el abordaje no farmacológico en el dolor crónico: cambios en la forma de vida, la ejercitación específica, las precisas indicaciones del intervencionismo, etc.

El diagnóstico y especialmente la interpretación del dolor dependen de herramientas con sensibilidad y especificidad muy variables; las de la semiología, una capacidad frecuentemente menospreciada en la práctica médica, acostumbrados como estamos a las pantallas, los gráficos y las imágenes.

En ese marco, también son críticas las creencias de los propios médicos sobre el dolor de sus pacientes. Sus propios prejuicios y valores.

EL DOLOR Y LA POLÍTICA DE SALUD

En la Argentina la creación del Instituto Nacional del Cáncer representó un avance muy importante al desarrollar actividades vinculadas a los Cuidados Paliativos y al dolor.

Pero el desarrollo de políticas institucionales de manejo del dolor depende de múltiples abordajes sobre los que es preciso profundizar: desde la capacidad de rectoría que debe ejercer el Estado (inclusive sobre sus propios efectores...), el fortalecimiento de la capacidad de innovación y competencia de las instituciones privadas (condiciones de calidad/seguridad), el financiamiento (qué se financia y qué no, a través del presupuesto público y los recursos de la seguridad social) los precios (mercado farmacéutico y política de medicamentos) y las condiciones de accesibilidad (menos burocracia, mejor educación de los usuarios y de los equipos de salud).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), promueve el derecho de todas las personas a acceder al tratamiento del dolor, sin discriminaciones, a ser informadas sobre la forma en que se lo puede evaluar y tratar, y a que ese tratamiento sea realizado por profesionales de la salud adecuadamente capacitados.

El desafío para el sistema de salud argentino no es menor, y como en otras cuestiones pendientes de nuestra salud pública requerirá integración de recursos entre los formadores de profesionales y técnicos y los centros asistenciales, acuerdos políticos sostenibles, priorización explícita de objetivos de política sanitaria, y rediscusión de la organización y el financiamiento del sistema. □

López Delgado & Asociados estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Seguros
- Capacitación
- Cobro a financiadores
- Defensa en juicio
- Contratos
- Políticas de prevención, desde la primera consulta
- Obligaciones del paciente
- Consentimiento informado
- Responsabilidad Civil y Penal
- Asesoramiento pericial

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

Asistencia las 24 hs.

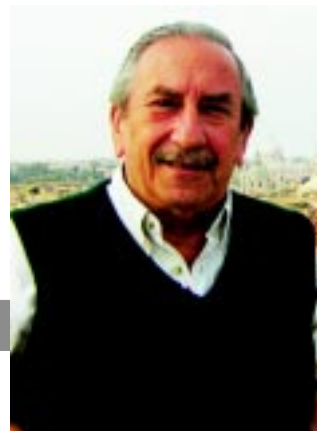
Asesoramiento “on line”

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

Consentimiento Informado y el nuevo Código Civil y Comercial

Por el Dr. Fernando G. Mariona

Abogado - Director de TPC
Compañía de Seguros S.A.



Ya ha de ser conocido por todos los miembros de la comunidad médica, ya sean miembros del equipo de salud, prestadores institucionales o financiadores, privados o de la previsión social, que desde agosto del 2015, un nuevo código civil unificado con el comercial comenzará a regir nuestras vidas. Por ello fue que en la publicación del mes pasado nos referimos a la influencia del mismo tanto respecto del plazo de prescripción de la acción para el inicio de reclamos judiciales por responsabilidad civil profesional médica, y su posible incidencia sobre el archivo de historias clínicas, cuanto respecto de la cobertura de seguro de mala praxis.

Hoy hacemos algunos aportes relacionados con el Consentimiento Informado.

Como es sabido, desde el año 1967, a través de la aún vigente ley 17.132, llamada *"Reglas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología, y de las actividades de colaboración con ambas disciplinas, es decir Obstétricas, Kinesiólogos, Terapistas físicos, Ópticos Técnicos, Mecánicos Dentales, Dietistas, Auxiliares de Radiología, Auxiliares de Psiquiatría, Auxiliares de Laboratorio, Auxiliares de Anestesia, Fonoaudiólogos, Ortópticos, Técnicos de Ortesis y prótesis, Técnicos en calzado ortopédico"*, y su Decreto Reglamentario 6216/67, es decir desde hace 47 años, y con algunas modificaciones, ya en aquella época se determinaba en el inciso 3 del art. 19, (nunca reglamentado) que el médico debía "respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos". Fundamentalmente explicaba que *"en las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales*

requerirán la conformidad del representante del incapaz".

Dicha ley, que es aplicable en el ámbito de la CABA y en todas aquellas jurisdicciones que hubieren adherido a la ley 17.132 y a su modificación por la ley 23.873, que fue la que introdujo la Certificación y Recertificación de especialidades. Así también la ley 21.541 sobre trasplantes de órganos prescribe que hay que informar al paciente de manera "suficiente y clara, adaptada al nivel cultural de cada paciente, acerca de los riesgos de la operación..." y el mismo texto habla de una "constancia debidamente documentada".

Entre el año 1967 y los comienzos de los años 80, los reclamos por incumplimiento del deber de información eran escasísimos, y los médicos que lo cumplían, también. De allí en adelante y hasta nuestros días ha existido por parte de las empresas aseguradoras del riesgo y de algunas sociedades médicas la preocupación de editar textos de Consentimiento Informado y distribuirlos entre sus asegurados y miembros, con el fin de colaborar en la tarea de ayudar a poder demostrar por escrito el cumplimiento de dicho deber de información.

Recientemente la ley 26.529, modificada por la 26.742 de Derechos de los Pacientes y su Decreto Reglamentario 1089/12, ha instituido normas obligatorias sobre Historia Clínica, Consentimiento Informado y Directivas anticipadas.

Los médicos y las instituciones se siguen resistiendo en una gran mayoría tanto a su implementación, como a su debida formalización.

Las condenas por incumplimiento del deber de información han comenzado a incrementarse.

Próximamente el nuevo Código Civil y Comercial unificado entrará en vigencia.

Dicho cuerpo normativo es Ley de la Nación. Ello significará que se la presume conocida por todos. Es decir que nadie podrá decir: "yo no sabía".



OSDO
OBRA SOCIAL DE DIRECCIÓN

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.

www.osdo.com.ar

En el Libro I, Parte General, recepta las cuestiones desarrolladas en estos últimos 47 años desde la doctrina nacional y extranjera, jurisprudencia y legislación nacional, y desde el art. 59, bajo el título "Consentimiento Informado para actos médicos e investigaciones en salud" no solo se lo define como la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir una información clara, precisa y concreta, sino que además en dicha norma se establece cuál es la información que deberá recibir el paciente acerca de su estado de salud, el procedimiento médico que se le propone con especificación de los objetivos que se persigan, los beneficios esperados, los riesgos, molestias y efectos adversos previsible, la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto, así como la información sobre las consecuencias previsible en caso de que el paciente decida no realizarse el mismo.

También expresa el artículo 59 del Código Civil próximo a entrar en vigencia, que en caso de padecer el paciente una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, tiene el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, o de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando éstos sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o que produzcan en el paciente un sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.

También se establece a través del Código Civil que próximamente entrará en vigencia, que el paciente tiene el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de la atención de su enfermedad o padecimiento (sic).

También se establece que ninguna persona con o sin discapacidad puede ser sometida a investigaciones clínicas sin su consentimiento libre e informado, para lo cual, a los discapacitados se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite, siguiendo las decisiones bioéticas instauradas en el mundo de las investigaciones clínicas después de Nüremberg 1946 y Tokio I y II.

El último párrafo del art. 59 precisa que si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad en el momento de la atención médica y tampoco pudo hacerlo antes, el consentimiento podrá ser expresado por "el representante legal", el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de sufrir un mal grave para su vida o su salud.

En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitarle al paciente un mal mayor.

Respecto de esta decisión de la sustitución del paciente por su representante, la Ley de Derechos de los Pacientes, el Decreto que la regula (1089/12) y el Código Civil y Comercial Unificado que entrará en vigencia, no son uniformes.

La explicación del régimen y mi opinión general sobre la sistematización legal del proceso de información al paciente en el Código Civil, lo dejamos para la próxima columna, por razones de espacio. Espero lo sepan comprender. □

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 S/CI
 Av. Belgrano 1683, 3º 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)

El nuevo Código Civil y Comercial y el sector salud

(1^{ra.} parte)



Por el Dr. Floreal López Delgado
Abogado y asesor sanatorial

El próximo 1° de agosto comenzará a regir el nuevo Código Civil y Comercial. Comenzamos el análisis de las partes que afectan el sector.

“CIVIL Y COMERCIAL” OPUESTO A “CIVIL” Y “COMERCIAL” (POR SEPARADO)

La Constitución Nacional original ordenó al Poder Legislativo sancionar los Códigos “Civil”, “Comercial”, “Penal”, “de Minería”, por separado.

El Civil, se aplicaría a los aspectos que son comunes a todos los habitantes como existencia de las personas, capacidad, domicilio, derechos reales, sucesiones y a los contratos que normalmente celebran.

El Comercial a la subespecie “comerciantes” y comprendía desde el comerciante individual hasta las grandes sociedades anónimas y a los contratos que éstos suelen celebrar: seguros, sociedades, bancarios, cuenta corriente y varios otros.

La compraventa y el mandato, tenían regímenes legales diferentes según fueran celebrados entre “gente normal” o “comerciantes” y esas diferencias eran, a veces, muy importantes, a punto tal que determinadas condiciones determinaban la nulidad para los civiles y la validez para su homólogo comercial.

La unificación de los contratos había comenzado mucho antes, fue notable en 1968 con la ley 17.711 que reformó el Código Civil y con el nuevo Código unificado la tendencia se completa: ya no existirán obligaciones ni contratos civiles o comerciales, solo “obligaciones y contratos”.

¿QUE DEROGA LA REFORMA?

Una gran, por no decir “enorme” cantidad de normas. Solo con las del Código Civil y el de Comercio (si las contamos por artículo) son miles, a las que deben sumarse las leyes de propiedad horizontal, sociedades, fideicomiso, la cuenta sigue y es larga.

Y de las que pueden tener alguna relación con el sector, la 11.357, la 14.357 (derechos civiles y régimen de menores) y la 24.240 de Defensa del Consumidor.

QUE NO DEROGA

Las leyes “especiales” como la 24.193 (ablación e implantes), la 26.529 (derechos del paciente) con su modificación de “muerte digna” (26.742) y su decreto reglamentario 1.089/2012, la 26.061 (derechos del niño y del adolescente), la 26.657 (de salud mental) y la 26.682 (de medicina prepagada).

Esto no significa que no las modifique o afecte, al menos parcialmente.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL (el infierno tan temido) SÍNTESIS

Unifica los plazos de prescripción en tres (3) años. Actualmente son de diez años, para la mayoría de los casos y de dos en los casos de muerte del paciente y prestaciones no contractuales.

La unificación es en verdad acortamiento (para el sistema) porque el plazo de dos años dista de ser aceptado pacíficamente por los tribunales que suelen hacer “excepciones”, muchas discutibles y algunas hasta poco serias, siempre a favor de la de diez.

La responsabilidad profesional general plantea una paradoja: La reforma parece modificar todo el sistema del Código vigente y en verdad lo hace, si nos atenemos al texto.

Pero la mayoría de las novedades no son tales, porque incorporó principios que los tribunales aplicaban en forma unánime y por eso parecían ser parte de la legislación, aunque no lo eran.

Dejamos el tema para próximos artículos.

INCORPORACIONES Y MODIFICACIONES LOS “DERECHOS Y ACTOS PERSONALÍSIMOS”

Un acierto de la reforma es la incorporación de los “derechos personalísimos” que hasta ahora eran reconocidos por la doctrina y jurisprudencia. La ley no los define, se infieren del texto, permitiendo así su evolución futura (la ausencia de definiciones en derecho suele ser positiva).

La mayoría de los “derechos” de los que se habla y se discute en tribunales “patrimoniales” que son sólo una fracción de los muchos que tenemos y no los más importantes. Basta comparar la pérdida o menoscabo patrimonial con la vida.

Los “personalísimos” son los “grandes derechos” del ser humano: La vida, el cuerpo, la libertad, el honor, la intimidad, la imagen, la identidad y se extienden a los más modernos como la salud y disponibilidad del propio cuerpo (pre y post mortem).

El nuevo Código reconoce su existencia y enumera algunos.

ACTOS PERSONALÍSIMOS Y SALUD

La mitad de los artículos del Título I Cap. III, norman actos médicos o emparentados con la actividad.

El cuerpo no puede ser dispuesto, aun por su titular

“si ocasionan una disminución permanente de su integridad o resulten contrarios a la ley, la moral o las buenas costumbres”. Prohíbe los actos “locos” o caprichosos como indicar al profesional que mutile el propio cuerpo, plenamente (amputando un miembro) o aún parcialmente por aparentes razones estéticas y también la donación de órganos entre vivos, si tiene propósito de lucro.

El consentimiento no se presume, es de interpretación restrictiva y libremente revocable.

La “interpretación restringida” en mi opinión impedirá la disponibilidad de la vida de terceros, por los representantes legales como padres e hijos incapaces por vía de negación del consentimiento informado para tratamientos terapéuticos (los que salvan la vida).

Y obliga e implica una interpretación cautelosa en casos de muerte digna.

La ablación de órganos para ser implantados en otras personas seguirá rigiéndose por la legislación especial.

Prohíbe toda práctica destinada a producir una alteración genética del embrión si se “transmite a su descendencia”.

La investigación médica en seres humanos sólo puede ser realizada si se cumple con una serie de requisitos que ya se encuentran en los protocolos del ANMAT y que ahora tienen confirmación en el Código:

- ✓ Ser explicada clara y previamente al paciente y aceptada con las condiciones de un consentimiento informado.
- ✓ Que la realice un equipo debidamente formado y científicamente calificado.
- ✓ Previa aprobación de ética y del organismo público correspondiente (recordemos que actualmente es el ANMAT).
- ✓ Realizar la previa comparación de los riesgos y los beneficios previsibles, resguardar la intimidad de la persona.
- ✓ Gratuidad para paciente de los costos de la investiga-

ción y de los tratamientos necesarios para los eventos adversos relacionados con la investigación.

El código parece consagrar un nuevo derecho a favor de quienes se presten a la investigación la “disponibilidad y accesibilidad” por el sujeto a los tratamientos que la investigación haya demostrado beneficiosos. Nos preguntamos qué significa. Si hubiera sido “aplicación gratuita a costa del investigador” hubiera sido preferible decirlo con claridad.

Y al final del capítulo vuelve a normar el consentimiento informado y las directivas anticipadas en iguales términos que la ley de derechos del paciente reiterando, inclusive sus errores, al menos semánticos: la prohibición de las “prácticas eutanasicas” pese a que toda muerte digna se instrumente o no como directiva anticipada, es una forma de eutanasia pasiva, pero eutanasia al fin.

Queda para el debate si estamos ante una simple reiteración de los errores y aciertos de la ley de derechos del paciente o una modificación. A nuestro entender es una mera reiteración errónea.

Estas cosas suelen pasar cuando se modifica masivamente un código de fondo.

Termina el capítulo incorporando el derecho a disponer de las propias exequias, que incluyen la donación del cadáver a la ciencia, por decisión propia o del cónyuge, conviviente o de quienes tengan derechos sucesorios con la salvedad que si la voluntad del futuro cadáver fue expresada, los sucesores no pueden modificarla. Los derechos “post mortem” son de ejercicio dudoso ya que el muerto no es sujeto de derecho y si bien podría ser intentado por los sobrevivientes, con un poco de humor negro nos preguntamos: ¿quién reclamará ante tribunales el sostenimiento de la voluntad expresada por quien ya no está en este mundo?

En el próximo número continuamos.□

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

Integrales e integradas

(parte 2/3)



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

Antes de avanzar en esta segunda parte de la nota iniciada en noviembre del 2014, les recuerdo comentario se fundamenta en la que este premisa que sigue: Una buena definición proveniente del concierto de salud español indica que: *“Las intervenciones para mejorar la adherencia son un medio para conseguir los objetivos terapéuticos con el fin último de mejorar el control de la patología y calidad de vida de los pacientes”* (Junio de 2014 - Vera Áreas del Águila. Facultativo adjunto. Hospital General Universitario Ciudad Real. El Médico Interactivo).

Continuando con lo expresado anteriormente, la autora hace hincapié en que:

4. Es necesario medir periódicamente la adherencia combinando al menos dos métodos para una medición lo más exacta posible.

La adherencia se debe convertir en un parámetro más de la valoración del tratamiento.

Debemos establecer la periodicidad de la medida para poder incorporarla a la actividad diaria, de acuerdo con el objetivo terapéutico perseguido, teniendo en cuenta los períodos necesarios para valorar la efectividad del tratamiento.

Además de los métodos basados en la entrevista clínica, contamos con otras herramientas para medir, que siendo indirectas, valoran el incumplimiento:

- Valoración de la asistencia a las citas previas programadas.
- Control de las visitas a enfermería para recoger recetas incluidas en “Cartilla de Largo Tratamiento”.
- Valoración de la retirada de la medicación mediante los registros de dispensación, en las farmacias hospitalarias y a través de la receta electrónica, en las comunitarias.
- Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada y de los efectos adversos como parte del seguimiento farmacoterapéutico.
- Recuento de la medicación en el domicilio o en la consulta: la importancia de los dispositivos electrónicos que registran el acceso y la administración de la medicación.

5. Es posible hacer una prevención primaria y secundaria de la adherencia mediante el seguimiento de predictores asociados a la baja adherencia.

Para que la medida de la adherencia se convierta en una herramienta útil en la valoración del tratamiento se debe realizar la identificación precoz de los factores que influyen en la adherencia.

Debemos actuar proactivamente, en cada contacto con el paciente, para la identificación de estos factores (prevención primaria), dejando constancia de ello en la historia clínica para su posterior relación con la medida de la adherencia. Esto nos permitirá predecir la aparición de la falta de adherencia, “sospecharla”, corroborarla con la medición y con los resultados esperados del tratamiento, y si éstos no son los adecuados podremos intervenir sobre los mismos para mejorarla y poder conseguir el objetivo terapéutico.

El seguimiento de los factores nos permitirá realizar una prevención secundaria de la no adherencia

6. Las herramientas básicas para mejorar la adherencia son la información, la motivación y el seguimiento.

El paciente tiene que estar informado para decidir. El conocimiento de su enfermedad le permitirá dimensionar adecuadamente las repercusiones de la misma, el conocimiento de su tratamiento le mostrará cómo obtener el máximo beneficio del mismo y cómo afrontar los efectos adversos.

La información debe estar adaptada a las necesidades del paciente que irán modificándose a lo largo del tiempo. Se ofrecerá información oral, escrita y/o electrónica contrastada.

El conocimiento sólo no es suficiente. La motivación por los profesionales de salud hace sostenible la adherencia, promoviendo el optimismo, brindando entusiasmo y alentando el mantenimiento de los comportamientos de salud entre los pacientes.

El seguimiento implica evaluar la adherencia rutinariamente, midiendo la adherencia y analizando los factores, ya que a lo largo del tiempo pueden ir variando tanto la decisión inicial de prescribir como las experiencias del paciente en relación con el tratamiento o su necesidad de ayuda para aumentar la adherencia.

Que el modelo-sistema de salud se declare solidario, equitativo y universal no alcanza ni es suficiente a las razones de ningún paciente. En general, se observa a nivel mundial un avance burocrático que entorpece los accesos a la atención médica, que reduce el tiempo en la relación médico-paciente, que incorpora copagos a modo de "impuestos" a la enfermedad, y que habilita el consumo de algunos medicamentos en desmedro de otros, perjudicando no sólo la terapia en sí misma, sino además al paciente que sigue atado/condenado/esclavizado por el sistema que lo "cura" a cuenta gotas, aduciendo siempre razones de fuerza mayor... que afectan la adherencia, ya que la máquina de impedir gana por cansancio.

Junto con ello, no debe perderse de vista que en la mayoría de los servicios de salud pública del mundo (India, China, España, Francia, por mencionar sólo algunos), los propios médicos (prestadores) están denunciando "públicamente" que las administraciones dilapidan recursos en medicamentos que no agregan calidad de vida, no contribuyen a una supervivencia significativa, y que terminan agravando los cuadros clínicos por efectos adversos no considerados en las monografías científicas, abundando en información no relevante, que deforman o contribuyen a hacerlo el "conocimiento médico"... lo que deriva finalmente en un daño para el paciente, y en otro para los presupuestos disponibles...

En Europa, por citar un ejemplo actual, las decisiones políticas invaden las decisiones médicas imponiendo un modelo de atención donde el vínculo médico-paciente guarda poca o ninguna relevancia, limitándose entonces a administrar terapias que no siempre se traducen en

resultados positivos para la vida de los enfermos... léase, las administraciones hablan de resultados, pero dichos resultados no se trabajan en concierto, mucho menos en comunidad, generando un universo de daños colaterales que nunca son debidamente cuantificados, ni siquiera evaluados, por lo que los daños, en muchos casos, superan a los "supuestos" beneficios.

Por un lado, las administraciones suelen no entender que los medicamentos genéricos no son el fondo de la solución terapéutica, y por el otro lado, la Industria Farmacéutica sigue insistiendo con un modelo de costos que no responde a la época, que no encaja en la economía familiar de paciente alguno, y que produce más daños que beneficios, tanto a la salud pública como a los sistemas solidarios, donde todo pasa a formar parte de un juego político de toma y daca que termina esclavizando al enfermo, que va y viene sin poder resolver su problema de salud, a merced de las razones de los unos y de las conveniencias de los otros.

En este punto la adherencia, además de ser paradójal, se vuelve utópica. (Continuará). □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2014-10-04. Copyright by Cerasale, 2014. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global*. <http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com>
CIENCIAS MÉDICAS NEWS®
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>
CIENCIAS DE LA HERENCIA®
<http://saludequitativa.blogspot.com>
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®
siete años @ 12 millones de lectores @ 165 mil documentos editados @ 170 millones de consultas reales @ 67 países registrados [acceso libre y gratuito].

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 dónde la Salud es la única protagonista

INTELEXIS

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

Jueves 19 hs.

CANAL METRO
(Cablevisión y Telered Digital)

El día de la seguridad del paciente

Dr. Antonio L. Turnes *

En Uruguay fue promulgada la Ley 18.995 el 1° de noviembre de 2012, por la que se declara el 14 de abril de cada año como "Día de la Seguridad del Paciente".

La iniciativa partió de la Asociación Civil "Rodrigo Aguirre Cambior - Cuidar la Vida", luego que un joven de este nombre, hijo de una numerosa y prestigiosa familia, falleciera como consecuencia de un acto de mala praxis médica. A Rodrigo Aguirre Cambior (1983-2007), de 23 años, le habían coordinado una cirugía para buscar un ganglio centinela, como control de un melanoma maligno que había sido extirpado con éxito tiempo atrás. Durante la cirugía, el anestesiólogo no conectó las alarmas ni vigiló adecuadamente al paciente, el cual entró en paro cardíaco del que resultó con daño cerebral irreversible, falleciendo días más tarde. Era un joven futbolista prometedor, el menor de una familia de 7 hermanos, uno de los cuales, Diego Aguirre, fue un destacado jugador de primera división y entrenador de equipos profesionales en Uruguay y en el exterior. Motivo por el cual el caso tuvo enorme repercusión.

La madre, en su dolor, fuera de las acciones legales, civiles y penales, emprendidas para la sanción y reparación de este lamentable fallecimiento, vio más allá e inició un largo camino para la concienciación de los caminos que conducen a la mala praxis en las instituciones de salud. En una lucha que le llevó cuatro años, llegó al Senado de la República y este consideró pertinente el planteo y promovió un proyecto de ley.

En la exposición de motivos se expresa que *La complejidad de las organizaciones y de los procedimientos actuales disponibles para la atención de la salud, relacionado a los continuos avances científicos y tecnológicos en Medicina, hace que se produzcan situaciones, que de no estar bien preparados, pueden ocasionar graves perjuicios a los pacientes, desde lesiones irreparables hasta la pérdida de la vida. Muchas veces vinculadas al desconocimiento o a la falta de aplicación de las precauciones que son universalmente exigibles en la materia. Estos hechos van desde la falta de precaución en la preparación y dispensación de insumos, la utilización de vías inadecuadas para la utilización de fármacos y alimentos, fallas en los controles o la carencia de observar normas técnicas o protocolos elementales para evitar que se produzcan dichos eventos. Y estos eventos adversos son, muchas veces responsabilidad de la organización sanitaria a través de sus instituciones prestadoras y de los profesionales y técnicos que integran los equipos de salud.*

La Ley 18.995 dispone que cada 14 de abril se dedique en todas las instituciones de salud públicas y privadas del país, como fecha simbólica para la realización de actividades generando múltiples y adecuados espacios y eventos de reflexión, análisis y difusión, que permitan concientizar, no solo sobre la trascendencia de los valores en juego a preservar, sino también sobre el alto nivel existente en la materia que tiene nuestro sistema sanitario.

Y que no por desgraciados hechos aislados e individuales o colectivos, logran disminuir la cotidiana noble entrega de los profesionales de la salud en aras de garantizar cuidados adecuados y seguridad a los pacientes.

La fecha del 14 de abril fue elegida por ser el día del nacimiento del joven Rodrigo Aguirre Cambior.

La Seguridad del Paciente debe ser una tarea cotidiana, en todas las organizaciones sanitarias, cuya responsabilidad se disemina desde los niveles más altos de dirección técnica, hasta el más modesto de los integrantes del equipo de salud. Porque en todas partes pueden existir fallas que lleven a un evento dañoso, con resultados irreparables. Que conducen a la afectación del paciente afectado, al dolor de la familia afectada, y a las consecuencias para los profesionales y técnicos, así como sus familias por las repercusiones que estos hechos pueden aparejar. En el caso mencionado, el anestesiólogo fue procesado con prisión y su habilitación para el ejercicio profesional fue suspendida por el término de diez años. Habida cuenta de la edad del involucrado, seguramente no podrá ejercer por el resto de su vida.

En Uruguay, como en el resto del mundo, la actividad de salud no está exenta de riesgos. Por lo cual la toma de conciencia sobre la prevención debe ser tarea de todos, no de un día de recordación, sino de cada momento. La atención que se brinda a cada paciente, en cada acto, debe estar presidida por la máxima concentración, sin distracciones por ningún motivo, sin tener su conciencia alterada por agentes tóxicos o adicciones y por asumir la responsabilidad que corresponde a la importancia de la tarea que se lleva a cabo.

Se va insinuando en la sociedad y en la comunidad sanitaria, una visión cada día más marcada, de la importancia de estar en máxima alerta para prevenir estos hechos, que generalmente se producen por la impericia, imprudencia o negligencia, y la inobservancia de las normas, protocolos y reglamentos.

** Antonio L. Turnes (1943) es médico y escritor, de larga actuación en las organizaciones profesionales médicas del Uruguay, uno de los fundadores del Servicio de Asistencia Integral Profesional, actualmente SAIP-Cooperativa, del cual fue Secretario General entre 2005 y 2012. Es Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina de Uruguay.*



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 | ✦ Management farmacéutico |
| ✦ Informes estadísticos y de consumo | ✦ Uso racional de medicamentos |
| ✦ Auditoría y validación on-line de recetas | ✦ Estudios de farmacoeconomía |
| ✦ Centro de patologías crónicas | ✦ Provisión y distribución de medicamentos |
| ✦ Trazabilidad: Auditoría y Gestión | |



**La Calidad
es una actitud**

ACUDIR S.A.

Alte. F. Seguí 1350 - C1416BXF - C.A.B.A.

Teléfono: 0054 11 6009 3300

Fax: 0054 11 4581 8956

www.acudiremergencias.com.ar

