



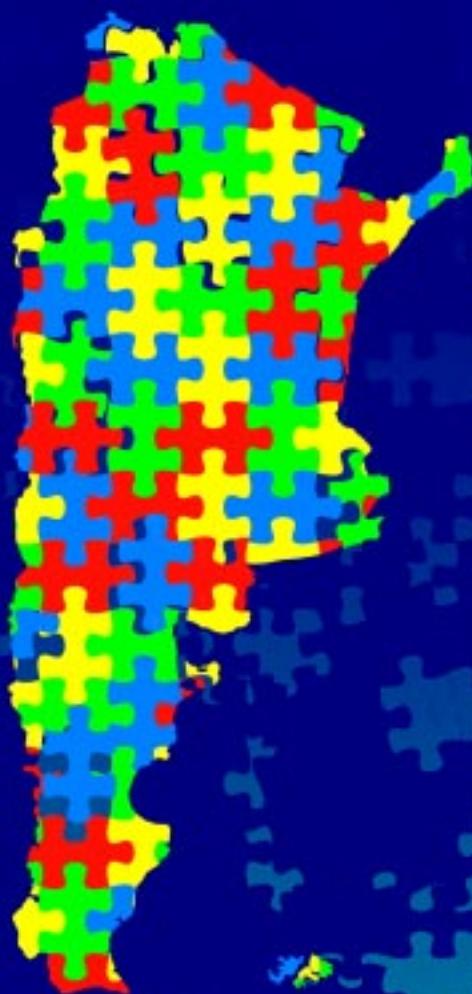




La red de emergencias médicas  
más grande del país

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](http://www.sifeme.com)

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



**Federación Argentina de  
Obras Sociales De Dirección**

*"Saludamos a  
Revista Médicos  
en ocasión  
de su  
17º Aniversario"*

# Confíenos 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](mailto:division.salud@europ-assistance.com.ar)  
Tel. 0800-333-4490  
[www.europ-assistance.com.ar](http://www.europ-assistance.com.ar)



La única empresa en softwares de gestión para la salud que provee servicios 100% integrados.

**HEALTHHIMIS**  
management solutions

• Saludsoft • Hospisoft • Saludsoft Business Intelligence

[www.hms-tech.com](http://www.hms-tech.com)

A photograph of a man carrying a woman on his shoulders, both smiling and laughing. The image is overlaid with a semi-transparent teal filter. The text "SEGUIMOS CRECIENDO PARA DAR LO MEJOR." is centered over the image in a white, bold, sans-serif font.

SEGUIMOS  
CRECIENDO  
PARA DAR  
LO MEJOR.

0810 444 SALUD

[www.sancorsalud.com.ar](http://www.sancorsalud.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](http://www.construirsalud.com.ar)*

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



FUNDACION H. A. BARCELÓ  
FACULTAD DE MEDICINA



Fundación H. A. Barceló  
Posgrados

## CARRERAS DE POSGRADO

Doctorado en ➤ <b>CIENCIAS DE LA SALUD</b> Res. (ME) N° 835	2 AÑOS
Maestría en ➤ <b>GERONTOLOGÍA CLÍNICA</b> Res. CONEAU N° 213/09	2 AÑOS
Maestría en ➤ <b>NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA</b> Res. CONEAU N° 584/09	2 AÑOS
Especialización en ➤ <b>NUTRICIÓN</b> Res. CONEAU N° 618/08	2 AÑOS
Especialización en ➤ <b>MEDICINA LEGAL</b> Res. CONEAU 761/09	2 AÑOS

**Además:** Diplomaturas y Cursos *(presenciales y a distancia)*

**Informes e inscripción:**

**Sede Buenos Aires**

Av. Las Heras 2191

Tel./Fax: (011) 4800 0200 int. 242/249

informesba@barcelo.edu.ar



# La innovación y la tecnología hacen la diferencia.

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



## INNOVACION

## ESTRATEGIA

## COMPROMISO

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

# Sanatorio Güemes

CON EL COMPROMISO DE SIEMPRE

A nuestra estructura edilicia, sumamos un ambicioso emprendimiento

## Proyecto Edificio Córdoba



SEGUIMOS CRECIENDO

46 Habitaciones UCI I . 13 Habitaciones UCI II



Grúas de alta complejidad, ambulatorias y centro obstétrico



11 Habitaciones (Pisos 3 al 6) . 9 Habitaciones (Pisos 7 y 8)



AÑO 2014

**Unidades de Terapia Intensiva I y II**

✓ 59 Habitaciones individuales

AÑO 2015

**Planta Quirúrgica**

- ✓ 21 Quirófanos
- ✓ 3 Habitaciones de Parto
- ✓ 12 Puestos de Recuperación Post Quirúrgica
- ✓ Nueva Planta de Esterilización

PRÓXIMAMENTE

**Internación General**

✓ 62 Habitaciones individuales de lujo



**En Novartis,  
los pacientes son la razón  
de lo que hacemos.**



# 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](http://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 operación de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes, de 10 a 17 hs., llamando al 0-800-222 SALUD (72563) - [www.osse.gov.ar](http://www.osse.gov.ar) - R.N.D.S. 4-0080-O. R.N.E.M.P. (Prov.) 1408.



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.

<b>GRAGEAS</b>	<b>18</b>
<b>DEBATE</b> <i>Salud pública: lo peor es para los pobres</i> Por el Dr. Rubén Torres	<b>24</b>
<b>OPINIÓN</b> <i>Las principales demandas a la hora del debate político</i> Por el Dr. Jorge Gilardi	<b>26</b>
<b>COLUMNA</b> <i>La crítica como método propositivo</i> Por el Dr. Ignacio Katz	<b>28</b>
<b>OPINIÓN</b> <i>Salud Corporativa</i> <i>¿El secreto profesional descuida al paciente y a su entorno?</i> Por el Dr. Héctor Barrios	<b>30</b>
<b>PRIMERA PLANA</b> <i>Perspectivas de la Seguridad Social</i>	<b>32</b>
<b>VOCES</b> <i>La opción de cambio de obra social</i> <i>¿Actualización normativa o tapar los agujeros?</i> Por el Dr. José Pedro Bustos y el Dr. Óscar Cochlar	<b>38</b>
<b>COLUMNA</b> <i>Tesis, que Tesis ¿¿?? Nada es imposible...</i> Por el Dr. Antonio Ángel Camerano	<b>40</b>
<b>COLUMNA</b> <i>Pensar en el Dr. Ramón Carrillo es repensar la Medicina Social y la Salud Familiar</i> Por el Dr. Sergio Horis Del Prete	<b>42</b>
<b>EMPRESAS</b> <i>HMS: Tecnología para la salud</i>	<b>44</b>
<b>OPINIÓN</b> <i>Los programas verticales</i> Por Javier O. Vilosio	<b>46</b>
<b>GESTIÓN</b> <i>El buen clima laboral: Un factor de éxito en el sector salud</i>	<b>48</b>
<b>OPINIÓN</b> <i>Tendencias en Gestión Clínica</i> Por el Dr. Adolfo Sánchez de León	<b>50</b>
<b>COLUMNA</b> <i>Consentimiento Informado y el nuevo Código Civil y Comercial (última parte)</i> Por el Dr. Fernando G. Mariona	<b>53</b>
<b>LA MEDICINA EN EL CINE</b> <i>Víruela en Dinamarca en el siglo XVIII</i> <i>Un asunto real</i>	<b>54</b>
<b>OPINIÓN</b> <i>Consideraciones al contratar un Seguro de Praxis Médica</i> Por el Sr. Gustavo Romaniz	<b>56</b>
<b>COLUMNA</b> <i>El nuevo Código Civil y Comercial y el sector salud (2da. parte)</i> Por el Dr. Floreal López Delgado	<b>58</b>
<b>OPINIÓN</b> <i>Integrales e integradas (parte 3/3)</i> Por el Lic. Víctor N. Cerasale	<b>60</b>

**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.

# EXCELENCIA EN NEUROCIRUGÍA EN EL SANATORIO TRINIDAD PALERMO



Aspirador Ultrasónico



Quirófano de Neurocirugía



Neuronavegador



Microscopio Leica

El **Sanatorio de la Trinidad Palermo** se encuentra ubicado en Cerviño 4720 de Capital Federal y está diseñado con la más moderna concepción de arquitectura sanitaria. A la excelencia médica que su extensa trayectoria caracteriza, se suma ahora el nuevo equipamiento para Neurocirugía que permitirá realizar todos los procedimientos de la especialidad de acuerdo con los estándares internacionales.

Esta tecnología de avanzada y el prestigioso equipo de Neurocirujanos permiten brindar al paciente el máximo confort y calidad médica.

## Equipamiento de Neurocirugía

Microscopio Leica M720 OH5 FL800 | Neuronavegador BRAINLAB. Camera Cart – Curve Single Display | Sistema de visualización DICOM IMAGEN – BRAINLAB Buzz. | Aspirador Ultrasónico. SonaStar – MISONIX | Sistema de corte óseo. Bone Scalpel – MISONIX | Bisturí de Plasma. PEAK – PlasmaBlade, MEDTRONIC | Drill de alta frecuencia- MIDASREX-. IPC – MEDTRONIC

**Coordinación General:** Prof. Dra. Graciela Zuccaro.

[www.e-galeno.com.ar](http://www.e-galeno.com.ar)

 **GALENO**

# GRAGEAS



## ASSIST CARD, SPONSOR DEL EVENTO MERCER DE RRHH

ASSIST CARD fue sponsor en el 24° Foro de RRHH Mercer Argentina, "Construyendo el futuro hoy". Realizado a mediados de abril en el Hotel Hilton Buenos Aires, contó con la participación de los responsables de RRHH de las empresas más importantes de la Argentina.

La apertura estuvo a cargo de Daniel Nadborny, Director General de Mercer Argentina, empresa líder en consultoría de talento, retiro e inversiones.

Se abordaron temas de Management y Capital Humano, Contexto Salarial actual y tendencias 2015, Planes de pensión en la Argentina e Impacto de la judicialidad en Riesgos del Trabajo.



El cierre fue realizado por Alejandro Melamed (Vicepresidente de RRHH para Latinoamérica Sur - Coca-Cola) quien presentó: "Historias en el trabajo", el ejercicio de "contar historias" (Story Telling) como inspiración y de aprendizaje individual y colectivo para aplicarlo en la vida profesional. ■

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.assistcard.com](http://www.assistcard.com)

## CELEBRAMOS 10 AÑOS...

Por el Farm. Manuel Agotegaray Presidente - FEFARA

Por la lucha continua, por los valores firmes, por los logros alcanzados, y por los que se concretarán, porque para FEFARA las formas, deben ser igual o más importante que los fines.

La dinámica de la actividad farmacéutica lleva a la necesidad de intervención y presencia de Instituciones fuertes y representativas, que logren equilibrar las grandes fuerzas del mercado, beneficiando a la población en su derecho a la salud y en el acceso igualitario al medicamento, a través del rol farmacéutico. Por ello, nuestra Federación fue creada hace 10 años, por la visión y convicción de colegas de diferentes provincias, preocupados por la creciente pérdida de representatividad de los farmacéuticos en todas las mesas de acuerdos y debates que estipulan tanto la política de medicamentos, como las políticas farmacéuticas.

En los últimos tiempos, tuvimos que reforzar la defensa del rol que cumplen los farmacéuticos en todo el país, como proveedores de irremplazables servicios sanitarios, destacándose el trabajo conjunto entre colegas y autoridades públicas.

Impulsamos siempre políticas institucionales proactivas para adaptarnos a la evolución de la realidad, que es la manera que entendemos para lograr el continuo desarrollo del Sistema Sanitario.

En ese sentido, estoy convencido que la población tiene el derecho a la Salud y para ello debe intervenir el Estado con políticas públicas que permitan la igualdad en el acceso y seguridad del medicamento a través del farmacéutico.

Por último, quiero agradecer y felicitar a todos los que acompañan a FEFARA desde el primer día, a los que se van sumando y a los que vendrán, porque nuestra Institución está abierta a quienes deseen luchar junto a nosotros por los derechos y obligaciones que la profesión nos exige.

En definitiva, invito a mis colegas a seguir trabajando para demostrar que efectivamente cuando se accede al farmacéutico se accede al sistema sanitario y se accede a la Salud. ■



## FEMECON SE REUNIÓ CON AUTORIDADES DE ARBA

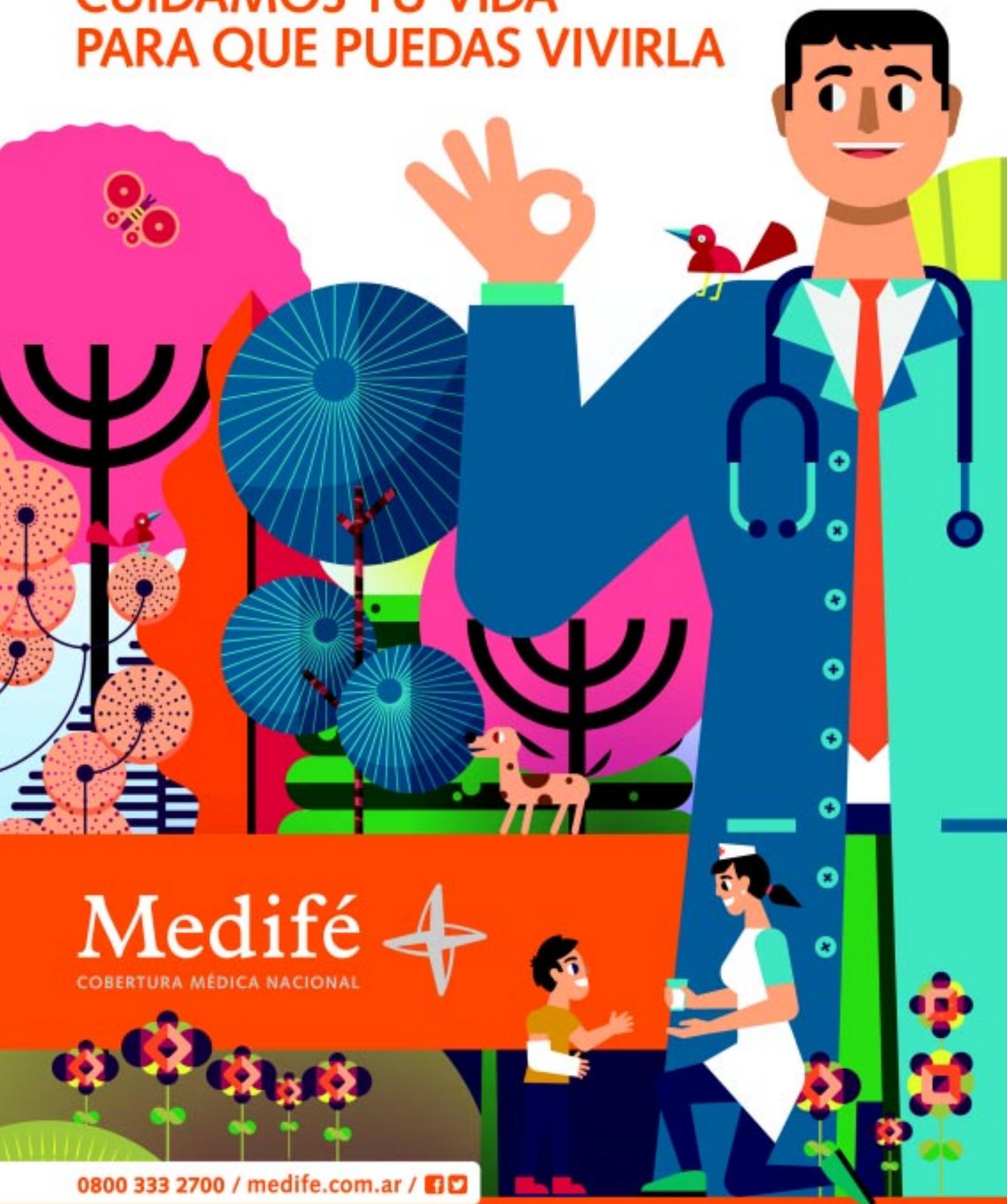


El día 21 de abril se concertó una reunión a solicitud de la Federación Médica del Conurbano, con el Director Ejecutivo de ARBA (Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires), Dr. Iván Budassi, quien recibió junto a sus asesores directos, al Presidente de la FEMECON, Dr. Marcelo Suárez, y al Presidente del IOMA Dr. Antonio La Scaleia.

El motivo de la reunión fue plantear a las autoridades del ente recaudador, la creciente preocupación de las entidades asociadas a la FEMECON y de los profesionales médicos integrantes de las mismas, acerca de los permanentes saldos a favor en el impuesto sobre los ingresos brutos que perjudican financieramente a cada uno de los involucrados.

Como resultado de esta convocatoria los funcionarios se comprometieron a analizar la situación planteada y tratar de encontrar una solución en el corto plazo. ■

# CUIDAMOS TU VIDA PARA QUE PUEDAS VIVIRLA



# Medifé

COBERTURA MÉDICA NACIONAL



0800 333 2700 / [medife.com.ar](http://medife.com.ar) /  

# GRAGEAS



SIEMPRE LIGADA A LOS NIÑOS Y AL DEPORTE

## LA FUNDACIÓN UNIVERSAL CERRÓ UN ACUERDO CON LA ASOCIACIÓN OLIMPIADAS ESPECIALES

*Forma parte de una campaña para que los jóvenes de la Asociación Olimpíadas Especiales de la Argentina viajen a los Juegos Mundiales de Verano de Olimpíadas Especiales, a realizarse en Los Angeles desde fines de julio.*

La Fundación Universal Assistance anunció un acuerdo con la Asociación Olimpíadas Especiales de Argentina para ayudar a que los jóvenes atletas viajen a participar de los Juegos Mundiales de Verano de Olimpíadas Especiales, a realizarse en Los Angeles durante los meses de julio y agosto de 2015.

El evento, cuyos presidentes honorarios serán Barack Obama y Michelle Obama (Primera Dama de Estados Unidos), contará con la presencia de más de 7.000 jóvenes de 170 países. Para llegar allí, los atletas argentinos recibirán el apoyo de la Fundación Universal Assistance, la cual, a través de Universal Assistance SA, donará un porcentaje de las ventas de los productos de asistencia a viajeros Best, Value, Maxium y First que se comercialicen hasta el mes de julio -inclusive-.

La citada actividad forma parte de una de las tantas acciones solidarias que la institución sin fines de lucro realiza en favor de los más pequeños (colabora habitualmente con el Hospital de Niños Pedro de Elizalde, ex Casa Cuna, por ejemplo). Cabe destacar, además, que muchas de estas actividades de la Fundación Universal tienen que ver con la relación de los niños con el deporte, como ocurrió meses atrás cuando apoyó la iniciativa "La Receta de los campeones", en la que Messi, Ginóbili, Aicega y Felipe Contepomi –junto a los médicos deportólogos Lentini y Corinaldesi- desarrollaron un publicación en formato de libro con hábitos de alimentación saludable para los más chicos. ■

Para obtener más información, consultar [www.fundacionua.org](http://www.fundacionua.org)  
Acerca de Olimpíadas Especiales: [www.olimpiadaespecial.org.ar](http://www.olimpiadaespecial.org.ar)

## LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y BIOQUÍMICA SE REUNIRÁ EN BUENOS AIRES DEL 4 AL 7 DE AGOSTO



EXPOFYBI 2015, a realizarse entre el 4 y el 7 de agosto en Costa Salguero, será una vez más el lugar de encuentro para los sectores de la farmacia y la bioquímica industrial, en un contexto productivo para el intercambio de experiencias, la promoción de inversiones y la capacitación.

En paralelo a la exposición se llevarán a cabo el III Congreso Latinoamericano de Farmacia y Bioquímica Industrial que organiza la Confederación Latinoamericana de Farmacia y Bioquímica Industrial (CLAFYBI), el XIV Congreso Argentino de Farmacia y Bioquímica Industrial que organiza la Asociación Argentina de Farmacia y Bioquímica Industrial (SAFYBI) y las XII Jornadas de Farmacia y Bioquímica Industrial (JorFyBI), eventos por los cuales se acercarán a la Ciudad de Buenos Aires representantes de la comunidad farmacéutica, cosmética, veterinaria y biotecnológica entre otras de toda Latinoamérica. ■

Aires representantes de la comunidad farmacéutica, cosmética, veterinaria y biotecnológica entre otras de toda Latinoamérica. ■

## CERTIFICADO DE CALIDAD ISO 9001 PARA ACUDIR EMERGENCIAS MÉDICAS

Desde su creación, Acudir construyó su organización y procesos con el objetivo de proveer a los pacientes y clientes un servicio de alta calidad. Un paso natural era obtener la certificación ISO 9001-2008 de dichos procesos.

Se certificaron todos los procesos para la pronta y eficiente atención en emergencias y urgencias médicas, así como la contratación y capacitación de médicos y paramédicos, sistemas de comunicación e informáticos. Con el fin de registrar los procesos actuales y promover el plan de mejora continua. El Grupo SGS certificó:

- El circuito de selección, alta de nuevos médicos y el seguimiento de los mismos; así como la capacitación constante del personal.
- Los procesos operativos desde la toma del pedido hasta que el equipo médico se retira del lugar con el incidente resuelto.
- Los sistemas de atención al cliente y control de calidad. Del mismo modo, el proceso de auditoría, que permiten detectar puntos a mejorar.
- Los sistemas informáticos y de comunicación, que facilitan la rápida y eficiente respuesta al paciente, tal como el suministro de información precisa de cada incidente a las instituciones y empresas contratantes.

No conforme con esta certificación, el management y todo el personal de la empresa están comprometidos en promover la mejora continua de los procesos, brindando ideas e implementando innovaciones que se refleja en una atención aún más eficiente. ■



# Prevención Salud

El bienestar se elige

Celebrar juntos **1 año de vida** nos hace  
**sentir bien, aquí y ahora.**



Estamos muy felices. Una felicidad que te la debemos a vos por confiar en nosotros, por dejarnos ser parte de tu vida, por ayudarnos a crecer. **Gracias por todo eso y por elegirnos.**

Contactate con tu Productor Asesor | Llamá al 0 810 888 0010  
[www.prevencionsalud.com.ar](http://www.prevencionsalud.com.ar) | [f /PrevencionSaludOficial](https://www.facebook.com/PrevencionSaludOficial)

La empresa de medicina prepaga del



# GRAGEAS



## EUROP ASSISTANCE DIVISIÓN SALUD

Europ Assistance División Salud y su departamento de Venta Directa, pone en conocimiento a sus clientes que durante los meses de mayo y junio lanzará la promoción 2x1 en asistencia al viajero, para aquellos que contraten el servicio durante dichos meses.

Actualmente quienes cuenten con una obra social, o prepaga cliente obtienen un importante beneficio de descuento sobre las tarifas vigentes. ■

## IOMA LANZÓ SU CAMPAÑA GRATUITA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL 2015

IOMA lanzó desde el lunes 27 de abril su campaña anual de vacunación antigripal, en conjunto con los ministerios de Salud de la Nación y la Provincia, sumando acciones a su política de prevención sanitaria.

La gripe o influenza es una enfermedad viral respiratoria que se presenta habitualmente en los meses más fríos del año. En niños pequeños, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, la infección puede acarrear graves complicaciones, y hasta poner en riesgo la vida.

La Unidad de Prevención y Promoción de la obra social de los bonaerenses resaltó que la vacunación antigripal produce protección específica contra el virus de la gripe, ya que confiere anticuerpos en el 90% de los adultos sanos, reduciendo así la incidencia de la enfermedad y de las complicaciones graves asociadas a las patologías neumónicas.

Los beneficiarios mayores de 65 años deberán concurrir directamente a la farmacia presentando la receta médica y la documentación básica (fotocopias de la credencial, DNI y último recibo de sueldo o último recibo de pago, en el caso de los voluntarios).

Los afiliados de 2 a 64 años que padecen alguna patología inmunosupresora como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal y cardiopatías crónicas, entre otras, necesitan una autorización previa, para lo que deberán presentar en su Delegación la documentación básica, la receta médica y un resumen de historia clínica.

En todos los casos la aplicación se realiza en farmacias adheridas a IOMA en territorio bonaerense, que se pueden consultar en <http://www.ioma.gba.gov.ar/farmacias.php>. Es una práctica totalmente gratuita, ya que la aplicación y el material descartable están a cargo de la obra social. Las embarazadas, las mamás con bebés menores de 6 meses, los niños de 6 meses a 2 años y el personal sanitario en contacto con pacientes, deben vacunarse en los centros de salud y hospitales públicos del país.

"Es bueno que las poblaciones de riesgo tomen conciencia de la importancia que tiene una simple vacunación en términos del cuidado de salud", señaló el presidente de IOMA, Antonio La Scaleia. ■



## OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF Se aprobó la Memoria y Balance de OSPAT para el período



El pasado 27 de abril se realizó en las oficinas de OSPAT Central, ubicadas en la ciudad de Buenos Aires, la presentación de la Memoria General y los estados contables de la Obra Social para el ejercicio 2014, tal como lo requiere la resolución 755/2010 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

En presencia del Consejo Directivo de OSPAT, y ante el veedor de la Superintendencia de Servicios de Salud, el Contador Público Luis Aguirre, el Presidente de OSPAT, Carlos Felice, explicó la perspectiva social y solidaria que orienta la gestión de su organización y manifestó que: "el 2014 ha significado seguir posicionado fuertemente a la obra social, en un modelo en el que, antropológicamente, la persona, el trabajador, son nuestra principal preocupación".

Asimismo, Felice señaló que "debemos estar orgullosos de poder presentar estos estados contables para la evaluación del período 2014", y agregó que, "podemos ser un caso testigo de lo que implica un modelo de asistencia sanitaria desde el concepto de seguridad social".

Durante la reunión se destacó el valioso trabajo en equipo realizado por la obra social junto a prestadores, proveedores y Superintendencia de Servicios de Salud, recordando que OSPAT recertificó la certificación trianual ISO 9000, donde somos una obra social pionera en materia de calidad. En este sentido, durante el último año se han aprobado nuevos y mejores procedimientos de calidad, orientados a solucionar inconvenientes y ofrecer alternativas a los beneficiarios.

Tal como ha quedado demostrado en sus estados contables, OSPAT mantiene y prioriza una rigurosa política para mantener el equilibrio entre ingresos y egresos, con la finalidad de garantizar la mayor calidad y cantidad de prestaciones posibles para sus beneficiarios. ■

*OSPAT es una obra social sindical nacional que cuenta con cerca de 270 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.*



**HELIOS**  
S A L U D  
DR. STAMBOULIAN

**CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN  
MÉDICA INFECTOLÓGICA**



✓ **CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS**

✓ **ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE VIH**



✓ **LABORATORIO**

✓ **VACUNAS PARA ADULTOS**



✓ **HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA**

✓ **ÁREA PSICOSOCIAL**



✓ **ACCIDENTES CORTO-PUNZANTES**

✓ **HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

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



**CASA CENTRAL:** PERÚ 1511/15 (C.A.B.A.)

**SEDE BELGRANO:** SUCRE 1523/25 (C.A.B.A.)

**SEDE FLORES:** CARABOBO 825 (C.A.B.A.)

**TELÉFONOS:**

C.A.B.A. Y GBA: **[011] 4363 7400 / 7499**

DESDE EL INTERIOR: **0810 333 7048**

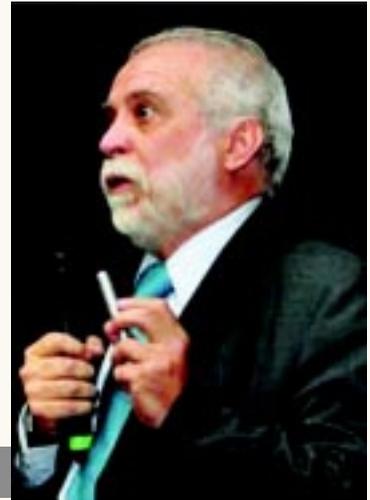
**RED DE PRESTADORES EN TODO EL PAÍS**

**WWW.HELIOSSALUD.COM.AR**

**facebook/HeliosSaludArg**



# Salud pública: lo peor es para los pobres



Por el Dr. Rubén Torres (\*)

Cuando el marketing y los sondeos de opinión son más relevantes que las ideas hay una rara comprobación: la salud no es una prioridad argentina, aunque no se compadece con las demandas crecientes de más y mejores servicios.

A su vez, el sistema oficial que monitorea la condición de vida y el nivel socioeconómico muestra un país que no es, y en base a tal falsedad se diagnostican y agendan las políticas públicas. Por otra parte, la recuperación económica y el auge consumista intentan desplazar de la visión y el debate público las evidencias de una sociedad con distribución inequitativa del progreso social.

Los servicios públicos mostraron poca sensibilidad a la mejora macroeconómica; no se advierten progresos sustantivos en el acceso a servicios de salud de calidad para los sectores más vulnerables y se cristalizaron brechas en su inequitativa distribución. El Estado es capaz de generar importantes niveles de consumo y prestar nuevos servicios, pero no de asegurar su llegada a todos.

Las familias buscan (cuando les es posible) resolver no ya la calidad sino, al menos, un lugar donde atenderse en la mejor condición posible, y la medicina prepaga apareció como opción para aquellos que pueden pagarla. Su población aumentó, y el gasto en cuotas pasó de 17 a 30%, entre 2005 y 2012.

La búsqueda alternativa de salud y escuela privada, que viene ocurriendo hace años, es preocupante pues refuerza la idea de que escuela y hospital públicos son para pobres, y ese mensaje peligroso cuestiona la solidaridad esencial para edificar un sistema integrado de salud que debiera basarse en un sector público en condición de competitividad.

La tendencia a privatizar la responsabilidad por la atención de salud desdibuja la noción de derecho, cuestiona la integración social y evidencia la ausencia de una política de salud que establezca dirección y articulación entre sectores.

La salud es un bien social, pero cuando se reduce a bien comercializable, el Estado es ineludible en la definición de los niveles socialmente aceptables de su mercantilización. En un país justo, con buena distribución de la riqueza y políticas públicas consistentes, la medicina prepaga no es una opción clave.

En todos los países con esas condiciones, el sector de la medicina prepaga es minoritario y reservado para servicios complementarios del sistema público, que garantiza a todos los ciudadanos acceso a servicios en condiciones igualitarias de calidad y oportunidad. La necesidad de pagar una cuota mensual para estar protegido, y la compulsividad de la sociedad por tener acceso a esa posibilidad, no hacen más que ratificar la falta de dicha garantía en la Argentina.

Esta situación parece alejarnos cada vez más de una salud pública de mayor calidad, con más atención primaria y menos hospitales, como quería Ramón Carrillo.

Los avances legislativos están muy lejos de resolver el problema, mucho menos la cobertura universal de la población, y avanzan en sentido contrario, cuando se preocupan de garantizar condiciones de acceso, calidad y respeto de derechos al 50% de la sociedad de mayores ingresos y cobertura, mientras exceptúan al Estado de garantizarlas para los más desprotegidos (el PMO sólo garantiza servicios para quienes tienen obras sociales y medicina prepaga, pero no para los que tienen cobertura del sistema público), para quienes la accesibilidad sigue siendo una cuestión incierta y dificultosa.

Debieran repensarse parámetros éticos, cuando la medicina privada, que ocupa un lugar abandonado por el Estado, es "atacada" por los mismos que utilizan sus servicios y no los del sistema público, o hablan de ampliación de derechos mientras olvidan las obligaciones, al no garantizarlos para todos.

La salud es un bien social que no tiene la condición de bien de consumo privado. Su uso debe ser de acuerdo a necesidades (no demandas) expresas, y su usufructo no debe lesionar legítimos derechos que a su acceso-en igual condición de calidad- tiene el conjunto de los ciudadanos. Que una porción de nuestra sociedad lo interprete como objeto de consumo no hace más que profundizar las diferencias de acceso y calidad que existen, en detrimento de los más pobres, que no tienen cultural y efectivamente "voz" para reclamar ante órganos de defensa del consumidor, estos órganos han quedado asumidos como responsables del control de una relación de consumo que contradice explícitamente la idea de un sistema de salud integrado, solidario y universal. Así, los pobres tienden a desaparecer de la visión pública y permanecen pasivos ante acontecimientos dolorosos. Aprendieron en salas de espera, colas incómodas y demoras interminables a esperar con impotencia que les acerquen un alivio, que frecuentemente se traduce en una asistencia magra.

Hay dos "saludes": una para quienes pueden pagarla y reclaman como consumidores, y otra para pobres, para los sometidos a esperas largas, resignados y desafortunados. Pobres que sin dinero o contactos son obligados a soportar todo tipo de indignidades: que su tiempo no importe; que abandonen la esperanza; que piensen que cualquier cosa que puedan hacer será inútil. Estos pobres, fuera de la salud, no aparecen en las encuestas. □

(\*) Rubén Torres es médico sanitarista. Ex-Superintendente de Servicios de Salud de la Nación.

# ORGULLOSOS de lo que somos



**SCIENZA**  
A R G E N T I N A

**VENTA, DISTRIBUCION Y GERENCIAMIENTO DE  
MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES**

Av. Juan de Garay 437 - (C1153ABC) - Bs. As. - Tel/Fax: (011) 5554-7890  
Vtas. (011) 4126-7900 - Scienza Responde: 0810-222-SCIENZA (7243)



ISO 9001:2000  
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD  
Certificado



[www.scienza.com.ar](http://www.scienza.com.ar)

# Las principales demandas a la hora del debate político

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales



En los últimos años el accionar de los profesionales de la salud fue logrando que la sociedad conociera con más profundidad los avatares de quienes día a día trabajan para atender a los miles de pacientes que transitan por los hospitales, y en nuestro caso en la Ciudad de Buenos Aires.

La Asociación de Médicos Municipales fue la primera institución que denunció la inseguridad en nuestro ámbito de trabajo. Fuimos los que hace años hicimos el primer paro y fuimos, por esa determinación, severamente cuestionados. Los años demostraron que estábamos en lo cierto, hoy la inseguridad es moneda corriente y en la agenda debe figurar entre los primeros ítems.

Con todo, y ya que hablamos de agenda, sería muy importante que todos quienes vayan a participar de las próximas elecciones como candidatos tengan en claro que hay que priorizar el sistema de salud, hay que cuidar al que asiste y proteger, también, a cada uno de los que con un guardapolvo trabajan día a día para hacer un mejor hospital.

Por eso, es importante que todos los candidatos sepan que hay temas que son ineludibles, como las condiciones de trabajo, las mejoras en la estructuras edilicias, la incorporación de nuevas tecnologías, la prontitud de los nombramientos y mayor agilidad a la hora de hacerlos efectivos.

Esta es la pirámide que sostiene al sistema de salud, hay que sostenerla y ampliarla día a día. Lo hemos dicho desde hace muchos años. De la misma manera que hay que terminar con la capacidad ociosa en algunos sitios. Sabemos que se hicieron cosas, pero el sistema de salud siempre es un faro que requiere del combustible que significan los insumos, el personal humano, la tecnología, una sumatoria de elementos que le permitan trabajar más cómodos a los médicos.

El nivel de nuestros profesionales es sobresaliente y ellos día a día se capacitan y es por eso que hay que otorgarles los elementos necesarios para que puedan realizar su trabajo de la mejor manera. Si a esto le sumamos, el tema edilicio y la rapidez de los nombramientos podemos apuntar a reducir las listas de espera y darle agilidad a un hospital que es transitado por

vecinos de la ciudad y también por miles que llegan desde el Gran Buenos Aires. Es un tema que las autoridades de la Ciudad y de la Provincia de Buenos Aires deberán coordinar con mucha solvencia.

Finalmente, el tema Ganancias debe ser infaltable en la agenda política. Médicos Municipales adhirió al paro de marzo pasado en sintonía con otras entidades gremiales. Cabe consignar que al no ser modificado, se vuelve un impuesto absolutamente distorsivo que desdibuja cada una de las mejoras salariales conseguidas en paritarias y que además frena nuestra capacidad laboral. ¿Por qué? Porque la realización de guardias extras, o bien para beneficio del sistema cuando faltan colegas por vacaciones o enfermedad, provoca un descuento muchas veces equivalente al valor de dicha guardia extra realizada, que va directamente al ente recaudador y no al bolsillo de quien lo trabajó. Nosotros somos grandes defensores de la equidad. Estos descuentos se quieren plantear como tales; nosotros estamos seguros que así no lo son. Sin duda hay que replantear este mecanismo porque así aplicado resulta no sólo injusto sino absurdo e inexplicable.

Otro tema importante es la situación de los jubilados, nuestros predecesores en la defensa del hospital público y de la ética médica, nuestros maestros en la ciencia y en la conducta frente a los pacientes. Injusto es que sean estériles los reclamos para que nuestros mayores tengan sus haberes actualizados. No debemos olvidar a aquellos que sufren el padecimiento de manera doble por ser, además algunos víctimas del descuento, por el impuesto a las ganancias en sus haberes jubilatorios, acaso una de las injusticias más flagrantes a las que son sometidos luego de haber aportado durante toda su vida activa. Por eso nos comprometemos a seguir luchando por nuestros maestros.

Conocemos el sistema, sabemos qué demanda y por ello nos atrevemos a hacer público cuáles son nuestros reclamos, aunque la gente las conoce. No nos metemos en ninguna interna, no es nuestra intención. Sólo nos creemos con derecho propio establecer un temario que sirve para cuidar al que asiste al paciente núcleo central de cualquier política pública de salud. □

LA **EDUCACIÓN EN GESTIÓN** ES LA LLAVE DEL **PROGRESO** DE LAS PERSONAS, LAS ORGANIZACIONES Y LAS NACIONES.



**Transite con DPT** la nueva sociedad del conocimiento **potenciando el talento** y destrezas profesionales para la gestión

#### **CARRERAS Y CURSOS 2015**

- :: **Postgrado en Gestión de Instituciones de Salud**
- :: **Curso sobre la Ley de Derechos del Paciente**
- :: **Curso de Emprendedorismo en Biotecnología**
- :: **Curso Universitario de Desarrollo Productivo Local**
- :: **Diplomatura en Innovación y Pymes**
- :: **Curso de Gobierno Abierto Municipal**

Conozca más sobre las carreras y las becas en:

[www.fundaciondpt.com.ar](http://www.fundaciondpt.com.ar) o escribanos a

[info@fundaciondpt.com.ar](mailto:info@fundaciondpt.com.ar)

o llame al (011) 4342-0799 / 4331-5317 / de lunes a viernes de 10:30 a 18 hs.



**Educación Superior en Gestión**

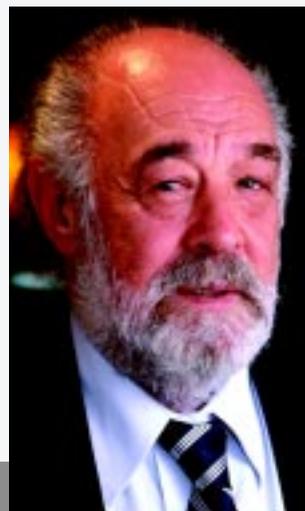
Con el auspicio de



# La crítica como método propositivo

“Si buscas resultados distintos,  
no hagas siempre lo mismo”  
*Einstein*

Por el Dr. Ignacio Katz



## EL HOY COMO DÉFICIT

En el campo de la salud los últimos cincuenta años muestran para nuestro país un franco estancamiento. No podemos aquí detallar y matizar periodos, contextos y causantes, pero bien vale detenernos en algunas claves del período. Claves que no pretenden presionar sobre llagas a modo de denuncias estériles, por más ciertas que fueran, sino alumbrar un camino de construcción. Se trata, en definitiva, de *la crítica como método propositivo y progresivo* para alcanzar una verdadera *regeneración democrática* en el área de la Salud, a la altura del desafío que nos impone el presente.

El desmoronamiento o anomia del campo sanitario no puede ser atribuido a que no encabeza el ranking de las necesidades extremas, como pueden ser la seguridad, la inflación, la violencia o el narcotráfico. *El actual sistema sanitario persiste en la fórmula oferta/demanda, ignorando que su finalidad es abocarse a las necesidades.*

No se puede alcanzar la meta de la seguridad asistencial de la población sin un control efectivo y real del Estado. La complejidad del área así lo exige. No se logrará con un Estado mutilado (como el que nos dejó la llamada desregulación) ni un Estado ineficiente por no emplear la tecnología que la informática y las comunicaciones hoy posibilita.

Esto no significa, en absoluto, que debemos estatizar toda la estructura sanitaria. Existe una falsa antinomia de medicina privada y estatal: hoy los recursos de la cibernética posibilitan interactuar con ambas. La primera propicia el empleo de la tecnología de vanguardia (cuando los casos así lo ameritan) y la segunda lleva como carga esencial la formación de los profesionales. Labor ésta en que el Estado juega su rol rector y la que debería contar sin excusas con el aporte financiero del sector privado.

Debemos lograr un “acuerdo” que permita desatar el nudo actual sin cortarlo, por medio de negociaciones concretas y comprometidas –y no de abstractos “diálogos” y “consensos”–, que involucren 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*.

La situación actual, aunque con altibajos, sigue

presentando los mismos problemas desde hace décadas, al tiempo que agravados en un contexto global (que excede pero incluye al nacional) crecientemente preocupante con respecto a la mercantilización de la salud. Se celebran modificaciones aisladas, reivindicaciones corporativas, iniciativas discutibles y grandilocuentes anuncios que reproducen la actual viciada estructura sanitaria, donde sigue ausente la planificación estratégica y su correspondiente agenda de acción.

## EL HOY COMO POTENCIA SUPERADORA

Pero los emprendimientos transformadores no dependen de la solución de los problemas sino del aprovechamiento de las oportunidades, como bien lo señalaba, Peter Druker. En ninguna cuestión como en la de la salud se puede “ver” el imperativo de solidaridad, lo cual evidencia que el desarrollo individual es pleno si se asienta en una verdadera vida comunitaria. De ahí la vigencia de la *medicina comunitaria* como campo de labor.

En nuestro país, aprovechando la existencia de buenos médicos y profesionales del área, éstos deben transmitir su experiencia en los hospitales públicos y así recuperar su triple función, asistencial, docente y de investigación clínica con las necesarias asociaciones con el sector privado. Y no truncando carreras a los 50 años, como lo implica la baja en la edad jubilatoria alcanzada recientemente por el personal bonaerense de salud.

El retroceso relativo del campo sanitario se vuelve tanto más trágico en cuanto se consideran los avances producidos en otros campos disciplinares, como el biológico y el genético. Efectivamente, mientras que la epidemia del dengue persiste en el centro y norte del país, un hallazgo de científicos argentinos podría ser clave para superarlo. Un equipo liderado por la investigadora principal del CONICET y de la Fundación Instituto Leloir, Andrea Gamarnik, encontró que el virus muta cada vez que pasa de los mosquitos a los seres humanos, y así aumenta su eficacia para replicarse y alcanzar más huéspedes.

También investigadores argentinos lograron identificar una alteración genética vinculada con casos graves de autismo. El doctor Marcelo Kaufmann llevó

adelante esta investigación pionera en el país junto con el doctor Adrián Turjanski, investigador del Conicet y docente de la UBA, donde dirige el grupo de bioinformática estructural, quien destacó que "es la primera vez que un estudio como éste se hace íntegramente en el país".

Para este proceso de construcción de un verdadero *sistema de atención médica federal, integrado y solidario*, y que mejore el gasto público en salud, se debe consolidar finalmente un Observatorio Nacional de Salud. Este organismo resulta 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. Es la única manera de conocer fehacientemente estadísticas indispensables para una organización racional de recursos. Si no sabemos dónde estamos parados, difícilmente podamos dirigirnos a donde queramos.

Por su parte, el carácter federal del necesario sistema de salud, tanto en sus aspectos logístico-territoriales como en los jurídico-legales, resulta esencial, en consonancia con nuestra propia Constitución Nacional. Pero para ello el *principio de subsidiariedad* resulta indispensable. De nada valen las autonomías provinciales si no cuentan con los recursos necesarios. Y el Estado Nacional no puede delegar ser el garante último de un derecho básico como lo es el de la salud, y en definitiva el de la vida.

A este respecto, el caso del entrerriano José Fortina, parece una caricatura del horror. De vacaciones en Carlos Paz y ante un infarto, obras sociales, hospitales y clínicas privadas se mostraron insuficientes para atenderlo de manera adecuada en el momento indicado, provocando su evitable fallecimiento. La ausencia de una articulada infraestructura y sobre todo la falta de una clara responsabilidad centralizada, permitieron que sus familiares vagaran de una dependencia a otra hasta que resultó demasiado tarde.

Se requiere de inteligencia y voluntad para superar las diversas trabas a fin de crear un verdadero sistema que ponga la salud de los argentinos en primer lugar. Si no democratizamos la estructura sanitaria no habrá salud de calidad para todos, y sin salud para todos no hay democracia posible.

Vale recordar lo señalado por George Bateson, cuando nos dice *"el hombre en su accionar crea su propio ambiente, determinando su utilidad biológica, no solo individualmente, sino que afecta a la comunidad en su conjunto"*. □

**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
- Geriatría
- 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 Bucomaxilofacial

## CURSOS DE POSGRADO

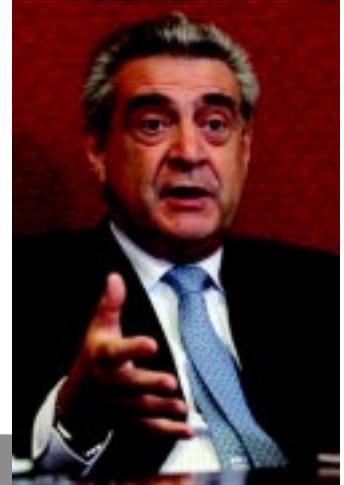
- Perfeccionamiento en Trasplanteología
- Auditoría Médica
- Cirugía Estética
- Medicina Interna
- Actualización en Otorrinolaringología
- Curso de Gestión de Calidad en Servicios Hospitalarios Públicos y Privados
- Curso Superior Quemaduras
- Curso Superior de Posgrado en Diabetes y Metabolismo
- Curso Superior de Cirugía de Codo y Hombro
- Curso de formación en Oncología Farmacológica
- Curso Universitario de Posgrado de Emergentología y Trauma
- Curso Superior de Fitofármacos en la Práctica Clínica
- Diplomatura en Autismo y Síndrome de Asperger
- Curso Superior Continuo de Ortodoncia, Articulación Temporomandibular y Cirugía Ortognática
- Curso Avanzado en Microcirugía
- Curso Superior de Fisiología Hiperbárica, Clínica Hiperbárica y del Buceo
- Curso Superior Universitario en Psiquiatría Forense
- Curso Superior Universitario en Cirugía General
- Curso Cirugía Laparoscópica Básica.
- Curso Oncología Molecular.

## CURSOS DE EXTENSIÓN

- Curso de Gerenciamiento Estratégico de las Empresas de Salud

# Salud Corporativa

## ¿El secreto profesional descuida al paciente y a su entorno?



Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson

A pesar ya del tiempo transcurrido, seguimos recibiendo información periódica del trágico accidente aéreo ocurrido en los Alpes franceses. Las preguntas respecto a si el accidente se podría haber evitado surgen desde múltiples áreas. Se cuestionan las normas y protocolos de seguridad, las acciones de la tripulación, la infraestructura del avión, la frecuencia y el tipo de exámenes psicofísicos, etc. Nada ha dejado de pasar por el "tamiz" de la crítica.

Ahora bien, todos tenemos conocimiento hoy que el copiloto había sido evaluado por profesionales de un hospital, quienes determinaron que Andreas Lubitz no estaba apto para trabajar y por ende para conducir un avión. Retrospectivamente, vemos que los profesionales dejaron solamente en manos del paciente la decisión de presentar o no el certificado de incapacidad para trabajar en su empresa. Dicha acción, en principio, podría parecer correcta, ya que es una obligación del código de ética mantener el secreto profesional.

La pregunta que surge es, ¿qué ocurre cuando el paciente ocupa un puesto laboral en el cual un error puede ocasionar no solo su propia muerte, sino la de cientos o miles de personas, o bien daños irreversibles en el medio ambiente? Puestos como los de pilotos de aviación, capitanes de embarcaciones, choferes de camiones o micros, empleados en centrales nucleares o en yacimientos petrolíferos, entre otros, tienen esta condición y se denominan "puestos de riesgo o sensibles".

¿En estos casos, el profesional puede dejar en manos del paciente la decisión de presentar o no el certificado de incapacidad laboral en pos de mantener

el secreto profesional? ¿Qué ocurre si el paciente se presenta a trabajar igual y pilotea un avión de pasajeros, maneja los mandos de la central nuclear, de un camión de transporte de combustible, o bien navega un buque carguero o sube a una torre de alta tensión? No hay dudas que los síntomas de depresión no son lo mismo en un piloto de avión y en cualquiera de los casos descriptos que en un empleado administrativo.

¿En una situación como la del copiloto del avión que cayó en los Alpes, no hubiera sido preferible que los profesionales informen a la empresa aérea la condición del empleado con el objetivo de proteger su vida y la de los pasajeros?

Para respondernos a estas preguntas consultamos con una de las más importantes especialistas en materia de Salud Mental Corporativa, la Lic. Andrea Lardani, Gerente Clínica de EAP Latina, empresa especializada en programas de ayuda a los empleados de compañías de primera línea.

"Los códigos de ética de todos los profesionales de la salud contemplan la excepción al secreto profesional cuando la vida de la persona y/o de otras está en riesgo", nos explica Andrea.

De hecho, continúa expresando la Lic. Lardani, los Programas están preparados y los profesionales actuantes entrenados para la evaluación y manejo de este tipo de situaciones dando soporte tanto al empleado como a la compañía siempre privilegiando la prioridad de proteger las vidas de los empleados y de la comunidad.

La prevención de accidentes, continúa, es un obje-



**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

tivo primordial de estos programas, que dan asistencia psicológica voluntaria y confidencial a los empleados de las empresas. Si bien dicha asistencia se rige bajo el secreto profesional, cuando la vida de personas corre peligro, los profesionales tratantes junto con el Servicio Médico de la compañía trabajan en equipo para proteger la integridad de los individuos.

Cuando un consultante ocupa un puesto de riesgo, señala Andrea, hay particularidades a evaluar y decisiones a tomar diferentes de aquellos que no lo tienen. Empleados en líneas de producción, operarios que usan máquinas, manejan montacargas o trabajan con productos inflamables, son sólo algunos ejemplos de puestos en los cuales una pequeña distracción puede ocasionar un accidente fatal. Cuando un empleado consulta al Programa especializado, un psicólogo entrenado realiza una primera entrevista en la cual se recaba cierta información para definir el motivo de la consulta y cómo se lo va a ayudar. A su vez, dentro de esa primera entrevista se realiza una evaluación del nivel de riesgo del empleado. Se considera que una persona está en riesgo cuando está en peligro su propia vida y/o la de otras personas. Alguien que tiene ideas de suicidio o que planea lastimar o matar a otra persona es un caso de riesgo. Pero también es de riesgo un empleado en un "puesto sensible" que está desconcentrado, desganado, ansioso o que consume alcohol, drogas y/o psicofármacos sin un control médico.

Es por ello, explica Andrea, que al evaluar el nivel de riesgo de un empleado no sólo toman en cuenta los síntomas, pensamientos y conductas sino también el puesto que ocupa en su trabajo. Si se determina que hay riesgo para sí y/o para otros, el profesional va a solicitar colaboración del empleado para que cumpla con las indicaciones que van a ser en pos de la protección de su propia vida y la de los demás. Esta colaboración va a incluir que el empleado se acerque al Servicio Médico de la compañía a informar sobre su situación sabiendo que el profesional del Programa de EAP va a comunicarse con el médico para, en conjunto, ayudarlo a iniciar un tratamiento y reincorporarse al trabajo lo antes posible, pero siempre y cuando cumpla con las condiciones necesarias para trabajar sin riesgo.

La mayoría de los empleados colabora ya que entiende que estas acciones lo benefician, lo protegen, lo cuidan y lo ayudan a volver al trabajo en mejores condiciones. Ante casos que no colaboran, el profesional del Programa se comunica con el Servicio Médico e informa la situación del empleado y su riesgo a accidentarse o lastimarse, finaliza la Lic. Lardani.

En conclusión, amigo lector, sin lugar a dudas las empresas tienen la obligación de proteger la integridad de los empleados que consultan como así también la de sus compañeros y comunidad. Resulta claro también que las empresas que cuentan con un Servicio Médico y con un programa de ayuda especializado, aumentan significativamente sus posibilidades de acción para la prevención de accidentes y la protección de las vidas de sus empleados. □

**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. N° 184/09 ME; Maes. CONEAU Res. 473/09 Categoría B; Esp. CONEAU Res. 464/09 Categoría B | Sist. Res. N° 184/09 ME; Maes. CONEAU Res. 474/09 Categoría B; Esp. CONEAU Res. 483/09 Categoría B | Med. Legal Res. N° 94/02 ME; CONEAU Res. 208/07 | Adm. Hosp. Res. N° 152/07 ME; CONEAU Res. 246/10 Categoría B; | Auditoría Res. N° 03/09 ME; Proyecto aprobado por CONEAU | Riesgos CONEAU Expte. 884-123/10 | Enfermería CONEAU Expte. N° 18.847/11 | Farmacop. Res. 1777/10 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Disc. Res. N° 1613/08 ME; CONEAU Res. 243/10 Categoría C | S. Mental Res. N° 406/02 ME; CONEAU Res. 243/10 Categoría C | Geronto. Res. N° 275/08 ME; CONEAU Res. 418/04 Categoría C | Seg. AB. Res. N° 584/09 ME Proyecto aprobado por CONEAU | Profs. Res. 701/09 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**

## Perspectivas de la Seguridad Social

El 9 de abril pasado, organizado por el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social, se realizó el “Congreso de Salud de los Trabajadores”. En Parque Norte, se dieron cita dirigentes sindicales, especialistas y referentes técnicos de las obras sociales, que debatieron sobre la problemática del financiamiento, la evaluación de nuevas tecnologías y el modelo de atención.

La jornada fue organizada por el Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social (IISSS), una asociación civil nacida en 2013 y dedicada a la investigación, educación y cooperación técnica en el ámbito de la Seguridad Social y de la salud pública.

El doctor Benjamín Surace, Presidente del IISSS, y Antonio Caló, Presidente Honorario del IISSS y titular de la CGT, fueron los encargados de dar inicio a la jornada.

Surace saludó la fecha como “el pico más alto que el IISSS ha alcanzado en dos años”.

El Congreso, definió, “se inspiró en los principios del IISSS: equidad, solidaridad y justicia”. Antonio Caló, por su parte, recordó la historia de las obras sociales, “que comenzaron en 1970 como una conquista de los dirigentes de ese

momento”. Afirmó también Caló que “las obras sociales son de los trabajadores y las vamos a defender a capa y espada”. Definió, ni bien abierto el Congreso, que “el dinero retenido en la Superintendencia de Servicios de Salud es dinero de los trabajadores”.

### LA SEGURIDAD SOCIAL: MODELO DE MODELOS

Una de las mesas más concurridas, y que ofició de cierre del Congreso, fue la que contó con la presencia de dirigentes sindicales de relieve: Andrés Rodríguez, de Unión Personal Civil de la Nación (UPCN), Héctor Daer, de Sanidad, Armando Cavallieri, de Comercio, y el coordinador, José Luis Lingeri, de Obras Sanitarias, expusieron sus perspectivas sobre el sector, enfatizando siempre un punto en común: las

bases de solidaridad e identidad que fueron y siguen siendo fundamentales para las Obras Sociales. En la mesa también estuvo presente Antonio Caló, Secretario General de la CGT.

### Luchar por las obras sociales

Al abrir la ronda de diálogo de la mesa, Lingeri destacó la importancia del IISSS, ya que se trata “del primer instituto de investigación que nace del seno de la CGT, en el que participan compañeros del movimiento obrero en general”. “Tengo el convencimiento de que pronto estará el movimiento obrero unificado y con la fuerza necesaria para trabajar en conjunto por el bien común”, remarcó el dirigente.

“El movimiento obrero nunca bajó las banderas en la defensa del sistema de las obras sociales, un



Antonio Caló, José L. Lingeri, Armando Cavallieri, Andrés Rodríguez y Héctor Daer.

sistema que llama la atención en todo el mundo". Los datos del último año son reflejo de esa relevancia: el sistema ha realizado un millón y medio de internaciones, más de 700 trasplantes, ha atendido un parto cada tres minutos.

Lingeri pasó revista de los logros conseguidos por el movimiento en el último tiempo: el padrón único para discapacitados, la prórroga para los reintegros de la ex APE, la simplificación del proceso de certificación de firma para la presentación de expedientes. Lingeri finalizó afirmando que "desde la CGT vamos a luchar por estos ideales, por un país con justicia social".

### ***La salud como desafío***

Por su parte, Rodríguez volvió a enfatizar que resulta clave el hecho de que el IISSS se dedique no sólo a investigar, sino también a generar propuestas de acción para el movimiento obrero. "En los últimos años el modelo de la Seguridad Social ha sufrido deformaciones que han alterado su concepto inicial", advirtió. La libre elección, según expuso Rodríguez, socavó los dos ideales clave del sistema: el de la

identidad del trabajador con su actividad y el de solidaridad. Aun así, señaló, "hemos tenido que abarcar esta realidad y lo hemos hecho con la mayor amplitud posible".

Estos elementos disruptivos, continuó, "nadie ha sabido solucionarlos desde la esfera de gobierno", si bien también admitió Rodríguez que "algunas otras organizaciones han causado daño dentro de la estructura sindical al entregar su gerenciamiento a los privados".

El dirigente subrayó también que las obras sociales "son una importantísima pata dentro de la mesa del sistema de salud, que no se puede descuidar". Se mostró confiado sobre la posibilidad de coordinar esfuerzos y trabajo con el Estado, así como también con el hospital público y las empresas de medicina prepaga porque "hoy la salud es un desafío".

### ***Un sistema único***

Cavallieri comenzó destacando que el modelo de salud de la Seguridad Social "es un sistema solidario que no existe en ningún otro lugar del mundo". Sin embargo, reflexionó, las obras sociales han sido siempre objeto de negocia-

ción: "Todos los gobiernos han tenido la idea de que se puede hacer un seguro como el de la Seguridad Social a nivel Nación, y piensan en conseguir el dinero que es de las obras sociales". "Ese dinero es salario diferido, es del trabajador, y el Estado no aporta allí absolutamente nada", remarcó.

Cavallieri se refirió también a la problemática de las tecnologías sanitarias, "que se desarrollan mucho y muy rápido y que hacen que el costo de la salud crezca". A esa problemática se suma el reclamo que las obras sociales vienen haciendo sobre el Fondo Solidario. En ese sentido, agregó Cavallieri, "el Estado tiene una deuda tremenda con nosotros: se queda con los fondos de los trabajadores y, además, incorpora prestaciones al vademécum de las obras sociales, sin saber de dónde va a salir la financiación". "Estamos juramentados para defender este sistema". "La nuestra es una lucha constante", reivindicó para concluir.

### ***Ante todo, solidaridad***

"Cuando hablamos de seguridad social, estamos hablando de la calidad de vida de una sociedad":



[www.sanidad.org.ar](http://www.sanidad.org.ar)



Cdr. Jorge Pellegrini, Dr. Carlos Espelt, Dr. Gabriel Lebersztein y el Dr. Luis Scervino.

así abrió Daer su presentación en el Congreso. En el caso del modelo de las obras sociales sindicales de nuestro país, enfatizó que “nació como un sistema solidario que se mantiene en la solidaridad, aunque han querido destruirlo desde todos los ángulos, como lo han querido hacer los organismos internacionales años atrás”. De estos años se mantienen algunas injusticias que han deformado el sistema, detalló Daer. “Se quiere plan-tear al individuo como un ser solitario con un sistema que lo acompaña: esto es imposible, el sistema es colectivo o es imposible que funcione”. Y esto es, precisamente, lo que se quiebra con el descreme: “Rompen el equilibrio entre el que más gana y el que menos gana dentro de una actividad, que es clave para la financiación de las obras sociales”, explicó.

Daer se refirió también a la problemática incorporación al sistema de los monotributistas: “Este fenómeno genera solidaridad invertida; habría que pensar un sistema alternativo para prestarles atención”. “Siempre tuvimos promesas, pero nunca una solución para estos problemas”. Daer volvió a enfatizar el hecho de que el dinero de las obras sociales “es salario diferido y es de los trabajadores” y, sin embargo, paradójicamente, el Fondo Solidario tiene retenido “entre 25 y 30 mil millones” de ese dinero.

## FINANCIAMIENTO, UN PROBLEMA QUE CRECE

“El financiamiento de la Seguridad Social” fue la mesa de diálogo que reunió al doctor Carlos Espelt,

Director Médico de Construir Salud (UOCRA), al contador Jorge Pellegrini, también de UOCRA, al doctor Gabriel Lebersztein, Director Médico de OSECAC, y al doctor Luis Scervino, Director Médico de la Obra Social Obras y Servicios Sanitarios, que coordinó la discusión.

Espelt comenzó destacando que “el paradigma de las obras sociales lo forman la equidad y la solidaridad”. Equidad, definió, significa igualdad en el acceso a la salud, en la provisión y la atención y en el financiamiento. “La solidaridad, por su parte, implica que los que cobran más aportan más”. Sin embargo, estos dos pilares no son tan generalizados como sería deseable, “y esto gracias al descreme”, señaló el doctor. Como factores de asimetrías que empobrecen la solidaridad del sistema, Espelt señaló, entre otros, el de la solidaridad invertida: “es lo que ocurre en el caso de los monotributistas: los beneficiarios que tienen menos terminan pagando la atención del que tiene más”.

Pellegrini también aportó datos concretos sobre los recursos económicos del sistema. En 2011, se gastaba en salud el 10% del PBI. 1,6% es gasto de las Obras Sociales Sindicales, que dan salud a casi el 40% de la población argentina. En relación a los recursos de las obras sociales, Pellegrini explicó que las entidades poseen dos grupos de afiliados: los que vienen de la relación de dependencia y los monotributistas y beneficiarios del servicio doméstico. En el caso del segundo grupo, Pellegrini destacó una dificultad: “Llegan con déficit de atención previa y entonces gastan mucho”. “Los monotributis-

tas, al principio, nos parecieron afiliados que entraron al sistema por la ventana, pero lo cierto es que eso ya fue hace 18 años. Hoy por hoy, tenemos que convivir con ellos y reclamar mejoras para su grupo”. Por otra parte, explicó Pellegrini, están los recursos indirectos del sistema, aquellos que van al Fondo Solidario. Los problemas, en esa lí-

nea, comenzaron en 2007: “Hasta ese año, lo que no se redistribuía se podía compensar por el aumento de la actividad”. Fue entonces, destacó Pellegrini, que las obras sociales empezaron a reclamar el reingreso de ese 15%. “En 2012, con el SUMA, se empezó a revertir la situación, al menos en parte”. Sin embargo, agregó Pellegrini, “nos queda mucho trabajo por hacer para generar mejores soluciones”.

Lebersztein, por su parte, aportó una reflexión clara a la cuestión del financiamiento. “Es indudable que el salario promedio creció un 42% desde 2003 hasta hoy; lo que haya aumentado el servicio de salud por encima de ese porcentaje se convierte en problema de financiamiento”. El de los monotributistas, para el doctor, también aparece como un problema a solucionar: “Los trabajadores están cubriendo a los monotributistas y a sus familias”. “Tenemos que ayudar a todos, pero el dinero de las obras sociales es de los trabajadores, es para su salud”. Como desafíos a futuro, Lebersztein destacó el crecimiento exponencial de la tecnología: “El costo siempre es creciente, por eso tenemos que empezar a diseñar el sistema de salud y ver cuánto podemos gastar y en qué vamos a gastarlo, y si eso puede o no depender del salario”.

## NUEVAS TECNOLOGÍAS: HORIZONTES Y SOLUCIONES

La evaluación tecnológica fue el tema que congregó al doctor Gui-

Guillermo Williams, del Ministerio de Salud de la Nación, al doctor Fernando Coppelillo, de la Universidad Isalud, y a Andrés Pichón-Riviere, del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Coordinando la mesa, estuvo presente también el doctor Rubén Torres, Rector de Isalud, que destacó la importancia de



Dr. Fernando Coppelillo, Dr. Andrés Pichón-Riviere, Dr. Guillermo Williams y el Dr. Rubén Torres.

trabajar en evaluación de tecnologías: "Es un desafío en el cual la Argentina está en deuda parcial, pues ya está planteada la necesidad de una agencia de evaluación".

Williams describió qué se viene haciendo, desde el Ministerio de Salud, en materia de tecnología sanitaria: "Queremos ser un puente entre la ciencia y la toma de decisión", adelantó. El rol del estado en evaluación de tecnologías sanitarias, detalló, incluye "el desarrollo de políticas y el fortalecimiento de la capacidad institucional". En

ese sentido, la Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías en Salud, creada en 2009, "tiene como propósito coordinar las iniciativas y producir información de alta calidad para la toma de decisiones". El lema de la Unidad es "Pensar en red, trabajar en red", por lo cual se encuentra organizada en nodos: el Anmat, la Superintendencia, el Instituto Nacional del Cáncer y los hospitales públicos participantes. "Las distintas instancias que tienen necesidades para la toma de decisiones a nivel macro

están integradas en una red de análisis", señaló Williams.

Pichón-Riviere, por su parte, presentó el IECS, una asociación no gubernamental, sin fines de lucro y académica que ya tiene 12 años. Cuenta con proyectos en más de 25 países y más de 250 trabajos publicados. "Nuestro trabajo es evaluar exhaustiva y críticamente la evidencia científica que avala la utilización de determinada tecnología sanitaria", sintetizó. Como las decisiones que tienen que tomar los distintos tipos de organizaciones no

**FEFARA**  
AVANZA

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](mailto:fefara@fefara.org.ar) - [www.fefara.org.ar](http://www.fefara.org.ar)

son las mismas, el IECS realiza diferentes tipos de informes: mesas de ayuda, evaluaciones de tecnología, evaluaciones económicas y políticas de cobertura. "La importancia de la evaluación crece cada vez más porque hay un enorme desarrollo de las tecnologías sanitarias, siempre de altos costos; es una buena noticia porque se ofrecen soluciones con la tecnología pero, por otro lado, en muchos casos no sirven



Dr. Alfredo Stern, Dr. Benjamín Surace y el Dr. Carlos Díaz.

para nada". "En la Argentina, tenemos que cuidar estos problemas, para poder mantener el nivel de servicio y atención", advirtió.

Para cerrar la mesa, Coppolillo presentó el Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (CETSA), de la Universidad Isalud. El CETSA tiene como misión dar mejores evidencias para poder realizar mejores decisiones. "Queremos brindar respuestas para la gestión y aportar un enfoque de pluralidad, interdisciplinario y con equidad", subrayó. Entre los servicios que ofrece se destacan la investigación y realización de informes, el desarrollo de estudios de priorización y revisiones sistemáticas, así como también de dictámenes técnicos y de guías prácticas. "Nuestros valores son la equidad y la cobertura universal, con la eficacia, efectividad, seguridad y pertinencia de las tecnologías sanitarias", resumió.

## MODELOS: COSTO-EFECTIVIDAD Y PREVENCIÓN

Moderada por el doctor Alfredo Stern, Director Médico de la Obra Social de Sanidad, la mesa dedica-

da al "Modelo de atención en salud" contó con las disertaciones del doctor Carlos Díaz, Gerente Médico de la Clínica del Sagrado Corazón, y del doctor Benjamín Surace, que esta vez disertó como Gerente de Planeamiento de OSUTHGRA.

"Es claro que tenemos que impulsar acciones para mejorar la eficiencia en el sistema": así abrió Díaz su participación en la mesa. Díaz enumeró el tipo de acciones a realizar en el sentido de costo-efectividad. Entre ellas, mencionó la importancia de desinvertir con racionalidad, el rol clave de la transparencia y el buen gobierno: "El costo-efectividad es un principio ético y tiene que empezar desde una orientación legislativa". También se explayó sobre reinversión: "Se trata de dejar de financiar algunas cosas para promover las prácticas de mayor valor clínico". En el mismo sentido, Díaz se detuvo a remarcar que "creemos en la gestión clínica: hay que administrar los recursos desde el principio de los procesos". Hacia el final, volvió a referirse a la importancia de la desinversión "entendida como reinversión asistencial". Por ejemplo, detalló, "se puede desinvertir en am-

balancias e invertir en accesibilidad; se puede desinvertir en hiperespecialización e invertir en medicina familiar", sintetizó.

Surace, por su parte, expuso el paradigma de prevención en salud. Recordó que, al menos hasta principios del siglo pasado, se mantenía un equilibrio entre la medicina preventiva y la medicina curativa. "Pero ese equilibrio ya no está más: se ha cargado la balanza del lado de la medicina curativa con las nuevas tecnologías y la biotecnología", señaló. En este marco "es obligación de las obras sociales pensar en generar acciones preventivas". Luego de repasar algunas intervenciones en materia de prevención, en distintas obras sociales, Surace subrayó; "tenemos como desafío que hacer compatibles los avances tecnológicos con los recursos del sector". Y, para finalizar, recordó a todos que "la calidad de vida se construye con nuevas tecnologías, educación general, cuidado del medio ambiente y bienestar económico y social." □



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



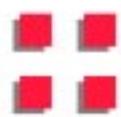
## Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

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 Proxis Médica

 **SMG**  
**SEGUROS**

# La opción de cambio de obra social ¿Actualización normativa o tapar los agujeros?



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

La posibilidad que los usuarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud puedan cambiarse de obra social comenzó en mayo de 1998. Antes de ese año, ya los jubilados podían hacerlo -dentro de un grupo limitado de agentes del seguro- y también lo pudieron hacer anteriormente los beneficiarios de las obras sociales de personal de dirección.

El grueso de los afiliados del Sistema (aproximadamente 12 millones de personas) pertenecen al ámbito sindical que hasta ese año 1998 exhibió como un bastión la cautividad. En efecto, con anterioridad a este régimen los beneficiarios resultaban "cautivos" de las obras sociales a las que pertenecían, sin que pudieran contar con un servicio médico-asistencial a su elección, rigiendo el principio de la actividad imperante en el ámbito sindical.

A partir de su instauración y el comienzo del ejercicio efectivo, la posibilidad estuvo siempre segmentada en distintos esquemas, según se tratara de los nombrados "sindicales", los de "personal de dirección", los jubilados y pensionados, habiéndose agregado últimamente y por razones fiscales los sistemas de los llamados "monotributistas" (equiparables a una determinada categoría tributaria de trabajadores por cuenta propia) y el personal doméstico.

Todos estos regímenes tienen reglas de ejercicio de los derechos propias y diferentes entre ellas. Se

advierte también, que la oferta de obras sociales elegibles varía en función de cada segmento, donde además se han establecido restricciones en la posibilidad que alguno de los beneficiarios pueda "saltar" de un régimen a otro, precisamente basado en esa segmentación.

A modo de ejemplo, puede precisarse que el ejercicio de la opción de cambio en el ámbito de las obras sociales "sindicales" se hace efectivo el primer día del tercer mes en que el beneficiario optó, mientras que para las entidades de personal de dirección la cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la de la elección.

De manera ejemplificativa también, se puede señalar que la incorporación de los llamados "monotributistas" (categoría fiscal de trabajadores por cuenta propia) exige períodos de carencia y la facultad -a favor de las obras sociales- de suspenderle la cobertura a aquellos beneficiarios que no se encuentren al día con los pagos fiscales.

Todos estos regímenes cuentan, además, con normas regulatorias diferentes. Así, la cuestión sindical se encuentra reglada por el decreto 504/98, la de personal de dirección por el decreto 638/97, los jubilados y pensionados por el decreto 292/95, los monotributistas por el decreto 1/2010 y el personal doméstico por la ley 26.063.

Cada una de estas normas establece plazos, lugares de ejercicio de los derechos y coberturas diferen-

tes, lo que torna dificultoso y complicado el sistema, tanto para los beneficiarios como para las obras sociales involucradas, generando inconvenientes de interpretación y de funcionamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Actualmente, han transcurrido 17 años del dictado del decreto 504/98 y ha pasado mucha agua bajo el puente. El año anterior en una Jornada organizada por la Universidad Isalud, se presentaron datos de personas que ejercieron este derecho y podemos afirmar que más de siete millones (7.000.000) de titulares han cambiado de obra social. Un número importante. Más de la mitad de los usuarios.

Ya ha pasado el cuestionamiento sobre los acuerdos entre obras sociales y empresas de medicina prepaga para "desregular" los aportes. Un agujero que hacemos como que no vemos y que hoy sigue abierto, pero que nadie discute con convicción.

En el año 2011 se dictó la ley de medicina prepaga (ley 26.682) cuyo contenido también tiene injerencia en esta temática, ya que el artículo 21 de la ley pretendió avanzar sobre los acuerdos entre obras sociales y empresas de medicina prepaga, hasta hoy sin éxito. El agujero sigue abierto.

La opción de cambio en la esfera sindical no conoció la era de la informática. Todavía sigue siendo ejercida a través de un formulario -que debe llenarse por triplicado y con firma certificada- y suscribiendo un libro que -dice la norma- debe permanecer en la sede de la obra social y todos sabemos que viaja hasta en subterráneo. Ha tenido modificaciones cosméticas, pero sigue vigente la esencia del decreto 504 que es de 1998. El agujero sigue abierto.

Pareciera que es momento de cambiar. La dirigencia sindical sigue reclamando cambios para modificar o evitar sus efectos. La pregunta es, entonces, si se actualiza normativamente a los tiempos o sólo tapamos el agujero. □



## 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](http://www.webtpc.com)

CALIFICACIÓN



Emisora  
Latinoamericana SA



COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

# Tesis, que Tesis ¿¿??

## Nada es imposible...



Por el Dr. Antonio Ángel Camerano (\*)

Quiero compartir mis vivencias de maestrando hasta la culminación de mi Tesis de Maestría. Título Médico de la Universidad de Buenos Aires, comencé a ejercer en una nueva etapa de la historia con la recuperación de la democracia. Proceso que culminó con la Asamblea Universitaria integrada por los representantes de los claustros de estudiantes, graduados y profesores. Allí me enseñaron el concepto de graduado (de permanencia y participación de la vida universitaria) y dejando de lado el de egresado (por expulsivo). A pesar de que el sistema universitario se diversificó considerablemente en los últimos años, la UBA ejerce todavía, gracias a su larga historia y al prestigio consolidado a lo largo del tiempo, un papel central en los debates y controversias sobre la vida universitaria de la Argentina.

Tras años de lucha desde el tercer cordón del conurbano y capacitado fundamentalmente en el Colegio Médico de la Provincia, con funciones asistenciales, de conducción y de equipos ministeriales llegué de nuevo a mi querida Universidad en lo que más siento como convicción que es la Salud Pública en el siglo XXI. Siempre compartí con la doctrina de Ramón Carrillo teniendo en Arturo Oñativía una continuidad ideológica sanitaria en el bipartidismo argentino del siglo XX.

Las Maestrías (según define la UBA) son actividades de capacitación de Posgrado para los profesionales de la salud. Están estructuradas como propuestas alternativas de carácter interdisciplinario que abarcan diferentes áreas del conocimiento y/o la investigación médica con un título otorgado de alto valor académico.

Por otro lado una tesis es una conclusión, proposición, opinión o teoría que se mantiene con razonamientos. Una tesis es también un trabajo de carácter científico, habitualmente para obtener el título de magister o doctor en una universidad. *Federico Tobar, en "Diez mitos sobre las tesis" con su practicidad característica, sintetiza los supuestos que circulan sobre cuál es la forma correcta y el modo adecuado de encarar este tipo de tareas. Material de gran ayuda con respuestas claras e ideas definidas ante la incertidumbre que, generalmente, produce tener que encarar una tesis, en el desafío de hacer una maestría en salud.*

De acuerdo con su diseño curricular, la maestría será por ejes con seminarios y mesas de controversia o por asignaturas y seminarios. Desde mi humilde lectura la postura de Mintzberg en cuanto a la preferencia de Directivos, no MBAs examina las cosas que funcionan mal en el sistema actual de formación. *Los programas convencionales de MBA desarrollados por casos están básicamente dirigidos a gente joven con escasa o nula experiencia. "Esta es la gente equivocada" opina el autor, "pues dichos programas subrayan el análisis y la técnica". Los métodos también son equivocados, ya que dejan a los titulados con la falsa impresión de que han recibido formación para ser directivos, lo cual tiene un efecto*

*corrosivo sobre la práctica de la dirección, así como sobre nuestras empresas y sociedades.*

*Creo que la mejor definición de tesis de maestría pertenece a la Dra Marina Khoury: "la Tesis está definida por el reglamento de la misma, en cada Universidad".* Cuando un alumno de posgrado se enfrenta con el desafío de redactar su tesis experimenta una gran confusión. El problema se incrementa cuando ese formulan cuestiones que incluyen elementos de epistemología, estadística, lógica, matemáticas, lingüística, a las que se agregan técnicas e instrumentos elaborados por las ciencias sociales.

En un famoso trabajo para la OPS de Federico Tobar llega a la conclusión sólo unos pocos llegaban a presentar su tesis final para obtener el título de Magister. Esa tasa de supervivencia resultaba muy inferior a la de otros países.

Por otro lado, *el reconocimiento del título en la carrera profesional es bajo en nuestro País. En contraposición, en Brasil existe en el empleo público, por la cual un profesional universitario que ha concluido un curso de especialización tiene derecho a un incremento automático de 25% sobre su sueldo base, una maestría un 50%, y un doctorado un 75%.*

De la misma manera, cuando aumenta la dedicación del cuerpo docente también lo hace la productividad de las tesis. *El académico Horacio Sanguinetti ha expresado en más de una oportunidad que en el claustro universitario si el alumno se esfuerza siempre encontrará un docente que lo asista.*

En otros términos, el master tiene que poder estudiar un tema, pero no necesita llevar dicho estudio hasta la frontera del conocimiento. *Los cursos exigen al alumno que cuente con un director, orientador o tutor como un requisito y es coherente que así lo hagan.*

En mi humilde experiencia el Tutor aporta sabiduría y dedicación, así como el Director su ética, y comprensión. Los docentes que se destacan aportarán en la metodología sus enseñanzas en el análisis, y otros por afinidad temática su tiempo y aporte bibliográfico.

Y concluyo citando una célebre frase de Scalabrini Ortiz... "lo económico tiene hoy primacía sobre todos los órdenes. Lo extranjero en esta tierra no es el hombre. El extranjero que aquí vive y se multiplica es hermano e igual al argentino. Lo extranjero aquí es el capital esclavizador y lo que no vaya contra él, está a su favor".

Esta columna ha sido elaborada con textos y consejos de los Maestros mencionados por lo que algunos párrafos pueden ser conocidos para el lector por ser transcripciones. □

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

# PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
**PRAXIS MEDICA**

COMO SIEMPRE

**PRUDENCIA**  
Seguros 

# Pensar en el Dr. Ramón Carrillo es repensar la Medicina Social y la Salud Familiar

Por el Dr. Sergio Horis Del Prete (\*)



La dinámica social de las últimas décadas ha ido generando una nueva configuración de los aglomerados populares urbanos y suburbanos, centrada en la informalidad laboral de sectores trabajadores que por su condición no pueden incluirse en la seguridad social tradicional. Si el binomio salud - enfermedad es directa expresión no sólo de la biología sino de los procesos sociales, es obvio el nexo de articulación con los procesos económicos que afectan a la sociedad. De esta forma, la dinámica sanitaria no existe sólo como fenómeno individual sino colectivo, de donde surge la necesidad de ubicarla en el contexto de las familias como comunidad para comprenderlo, atenderlo y transformarlo. El Dr. Carrillo planteaba hace más de 60 años que las consideraciones vinculadas a la posición de los grupos familiares en la estructura social y los procesos de salud - enfermedad que los afectan deben ser analizadas delimitando la incidencia que tienen las condiciones de vida. Para ello es necesario tener en cuenta que, más allá de compartir un espacio urbano, suburbano o rural, el modo y grado como los diferentes grupos sociales quedan expuestos a la enfermedad varía significativamente como eje de conflicto. Esta falta de uniformidad en la distribución espacial y social de la enfermedad tiende a correlacionarse con la falta de uniformidad en la disposición y acceso a los recursos del sistema, y condiciona las estrategias familiares de su resolución en el contexto de la APS.

En un escenario de creciente discusión por la aplicación de los recursos públicos en el campo social, son las Autoridades Sanitarias provinciales las responsables últimas de enfrentar la consecución de objetivos múltiples y demandas que muchas veces compiten entre sí. Y esto resulta complejo no sólo en términos de equidad, sino en cuanto al porqué no se logra mayor eficiencia en la aplicación de tales recursos y mayor efectividad en los resultados. En ese sentido, también los niveles subprovinciales están permanentemente bajo presión de asegurar que los servicios no sólo sean efectivos en resultados, sino adecuados en calidad y con garantía de accesibilidad, y que el personal de salud resulte ampliamente receptivo a las necesidades de los pacientes.

En la próxima década, el fortalecimiento de un nuevo Modelo de Gestión en Atención Primaria de la Salud a nivel provincial, centrado en la familia y basado en resultados e impacto, debe ser el tema central en la reforma instrumental de las políticas de salud basadas

en derechos. Su renovación en términos de modelo Integral, uniforme y con objetivos debe adquirir preeminencia en el debate sanitario como instrumento para fortalecer los procesos locales de salud. Este enfoque responde al reconocimiento de la prevalencia de inequidades geográficas sumadas a las propias debilidades intrínsecas que derivan de la falta de coordinación de los recursos. Estudios efectuados sobre niveles de accesibilidad en el conurbano bonaerense han demostrado la presencia de barreras vinculadas a una infraestructura inadecuada de servicios de baja utilización, a esquemas heterogéneos de gestión de los recursos humanos que se desempeñan en los CAPS, escasamente motivados y remunerados. Su resultado es la lenta modificación de los indicadores básicos de salud.

Aspectos clave como el medio ambiente, la organización de los servicios asistenciales, su utilización y la disponibilidad de bienes necesarios para el cuidado básico de la salud y la prevención de la enfermedad por parte de las familias obligan a evaluar críticamente qué tipo de estrategias implementar respecto a la salud de los sectores populares, para que puedan optimizar los escasos recursos de que disponen con el objetivo de preservarla. Más aun, reconociendo que la totalidad de las decisiones que toman las personas constituyen estrategias familiares para el cuidado de la salud, nudo central que define el marco lógico para plantear una nueva planificación sanitaria ampliamente participativa a nivel local.

Lo que se plantea es la construcción de un Sistema de Protección Social con Enfoque Familiar destinado a proveer una atención integral, universal y permanente, a punto de partida de los Centros de Atención Primaria municipales pero mediante la intervención activa de extramuros de Equipos de Salud Familiar y Comunitaria. Estos se definen como unidades de salud compuestas por un equipo multiprofesional, responsable por una determinada población, que asegura el seguimiento permanente en el tiempo de los mismos grupos familiares a cargo. Su función no sólo es garantizar acceso efectivo a las redes asistenciales, en forma oportuna, de calidad y sin discriminación, sino trabajar en prevención y fortalecer la promoción de la salud a partir de promover la participación real de la gente en su construcción y la modificación de los determinantes. El modelo no es nuevo y ha sido exitoso en Brasil, Costa Rica, Chile y Uruguay. El ATAMDOS fue un ejemplo en

la Provincia de Buenos Aires. No es malo copiar las estrategias de otros países. Lo malo es insistir con más de lo mismo.

La estrategia del modelo de protección social se basa en que el Ministerio Provincial pueda volver a alinear la estrategia de las jurisdicciones municipales en torno a uniformar el esquema de trabajo interdisciplinario centrado en la familia bajo responsabilidad, allí donde vive y se reproduce. De esta forma se otorga una visión más amplia al conflicto salud-enfermedad, haciendo hincapié en la necesidad de intervenciones más eficientes y efectivas que las prácticas curativas tradicionales. La protección social en salud no se constituye así como una serie de intervenciones verticales comunes a la actividad tradicional de los servicios de salud. Su objetivo está dirigido a reformular actividades, integrándolas en forma horizontal y promoviéndolas en un territorio definido. Esta estrategia de intervención se encuadra en los principios de universalización de cobertura, facilitación de acceso, separación entre financiación y provisión, descentralización de la asistencia (en el marco de un sistema formado por dos niveles: provincial y municipal), integralidad del abordaje sanitario y participación comunitaria.

Es cierto que implica un enorme desafío conceptual y estratégico intentar modificar en forma profunda el modelo de organización, financiamiento y gestión sanitaria tradicional hacia un esquema territorial con eje en el rol de los Equipos interdisciplinarios. Éstos no sustituyen sino que agregan funcionalidad al esquema básico de los CAPS, porque su desafío es el terreno y no el consultorio. Más allá de la referencia y contrarreferencia que parece ser siempre el eje de una problemática no resuelta del modelo de atención, lo más importante es el diagnóstico local de salud con participación social. Así es posible dividir el territorio por "zonas de condiciones de vida y salud" mediante la concertación con las diferentes instituciones del eje social y la comunidad, sumando el rol del Equipo de Salud Familiar y Comunitaria y su trabajo multidisciplinario en base a la condición de salud de las personas/ entorno/determinantes.

Los Equipos de Salud Familiar Y Comunitaria deben

empoderarse de los procedimientos adecuados para responsabilizarse por la salud de una población a cargo, además de la coordinación de la prestación en red de los servicios requeridos en cada nivel. Pero su misión fundamental reside en garantizar un modelo de atención bio – psico - social basado en la persona, la familia y la comunidad y orientado a proteger, mantener y promover la salud de la población con acciones integradas y continuas de cuidado a través de todo el ciclo vital. Nada más contundente que el pensamiento vivo del maestro Carrillo.

Por complejo que sea el escenario normativo, económico, político, ético, científico, organizacional y laboral por venir, unificar la orientación de la APS hacia las familias y su cuidado permanente en el tiempo se presenta como una ventana de esperanza para ver una nueva luz más allá del túnel en que se ha convertido el modelo sanitario tradicional asistencialista. No es posible seguir prisioneros de reglas históricas que repiten un círculo vicioso entre oferta suficiente y resultados sanitarios insuficientes. Las debilidades de la cultura organizacional y burocrática del sector público no pueden dar la espalda al bienestar general ni ponerse en contra de la equidad, como tampoco la práctica biomédica centrada en la enfermedad puede restringir nuevos enfoques que apunten a romper los criterios convencionales entre salud/enfermedad. Si realmente pensamos en el Dr. Carrillo no podemos hacer otra cosa. □

**(\*) 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](http://www.cempra.org.ar) - [administracion@cempra.org.ar](mailto:administracion@cempra.org.ar)

# HMS: Tecnología para la salud

HMS celebra este año su 15° Aniversario consolidando cada vez más una fuerte creencia: que la gestión tecnológica en el ámbito sanitario trae consigo mejoras y beneficios para todos los actores del sistema.

En conversación con *Revista Médicos*, Jorge Barry, Presidente de HMS, abundó en la historia de su compañía y sus productos, sin dejar de aludir también a la realidad actual del sector.

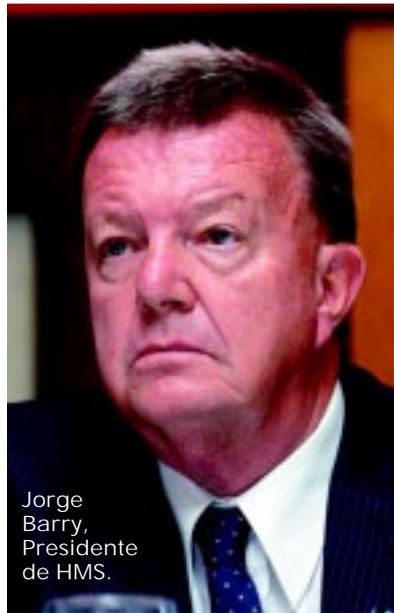
El 1 de junio próximo, HMS Health Management Solutions arriba a su aniversario número 15°. Dedicada a la provisión de soluciones tecnológicas para la optimización de los recursos clínicos, administrativos y contables, la compañía ha apostado siempre con sus productos a la mejora de los procesos a través de la tecnología en las instituciones de salud.

Su solución HMS Salud, SaludSoft, resuelve las necesidades tecnológicas para la administración y el control de gestión de diferentes tipos de organizaciones financiadoras de Salud, como Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga, tanto públicas como privadas.

Jorge Barry, Presidente de HMS, comenta cómo fueron los inicios de la empresa: "Un grupo de sanitaristas nos propuso desarrollar un sistema para resolver las problemáticas de las obras sociales y las prepagas: nosotros entendimos que, de cara al futuro, el fortalecimiento de los sectores iba a tener que ver con el intercambio de información genuina". En ese momento, HMS detectó que el sector prestador y el sector financiador estaban en pugna: "Si podíamos construir una solución inteligente que arbitrara entre ambos y que pudiera contener reglas sanitarias, de procesos y de negocios, el flujo de dinero entre los dos actores pasaba a ser de menor puja sectorial".

Analizaron los distintos productos y soluciones que, a nivel mundial, se ofrecían en este sentido. Diamond, en ese momento, era la única solución disponible en castellano, "pero nos dimos cuenta, señala Barry, que no servía para nuestro mercado, que es mucho más complejo que el de Estados Unidos; así que empezamos nuestro desarrollo". El primer desafío fue elegir una tecnología sólida y HMS realizó, en 1996, un acuerdo con Oracle: "En la medida en que Oracle crecía nos derivaba esas mejoras a nuestro producto. Hoy, incluso, corre-

mos con la última versión de Oracle". Así, HMS comenzó a proveer su solución a distintas instituciones: Provincia Salud fue la primera, y la siguió Médicos: "Fue un proyecto tremendamente exitoso".



Jorge Barry,  
Presidente  
de HMS.

Es entonces que comenzó el gran desarrollo de la empresa, que sumó más clientes: En la actualidad se brinda mantenimiento y asistencia a: UP Obra Social Unión Personal-Accord prepaga de UP, ACA Salud, AUSTRAL Salud, DOSUBA Obra Social de la Universidad de Buenos Aires, IOSE Instituto Obra Social de Ejército, IOSFA Instituto Obra Social Fuerzas Armadas, SCIS Empresa de Medicina Prepaga.

Hoy por hoy, HMS cuenta con proyectos a lo largo de Latinoamérica, en países como República Dominicana, Colombia y México, y con clientes que se caracterizan por contar con un piso de 100 mil cápitas. La clave, afirma Barry, es que "el producto tiene mejoras continuas desde dos líneas: nos adaptamos a la mecánica del negocio, siempre cambiante, e incorporamos la experiencia de los mismos clientes y las

universalizamos." "Hoy, nuestro producto está muy orientado a la conectividad en línea: el corazón es el centro autorizador, que tiene reglas que se pueden personalizar y automatizar". Así, el sistema logra monitorear gran cantidad de información a la vez.

La mesa de auditoría, por ejemplo, está completamente automatizada, lo que "nos permite enormes ahorros para los clientes, sin vulnerar el servicio de salud para el beneficiario". Al poder incluir reglas médicas y sanitarias en la solución tecnológica que provee HMS, "la institución empieza a tener el control real del proceso del gasto médico, sin que eso implique alterar el principio de atención al paciente", comenta Barry. En un futuro, prevé, habrá desde las organizaciones más políticas activas sobre el socio. En este sentido, el sistema autorizador podría "efectivizar políticas de detección temprana de enfermedades". Aunque hoy la legislación no permite castigar o beneficiar a los socios a través de la cuota, "estamos construyendo la posibilidad con las tarjetas de beneficios".

"El producto se ha convertido en una herramienta de management que mejora la gestión de la prepaga o de la obra social. El mundo que se viene va a implicar no deteriorar el servicio pero sí mejorar los costos: esto es inminente". Proyectando expandirse todavía más en Latinoamérica, Barry confirma que "el producto está sólido, equilibrado, y funciona exitosamente".



"El producto se ha convertido en una herramienta de management que mejora la gestión de la prepaga o de la obra social".

### ¿Cuáles son los principales cambios que vio en el sector en estos 15 años?

Por un lado, el cambio que irrumpió para ya no irse es la conectividad. Permite, en tiempo real, validar o no una práctica. Este proceso comenzó con la electividad y nosotros, en ese sentido, hemos logrado, con nuestro software, evolucionar mucho en estos años porque tenemos muchas más reglas que se pueden implementar desde el centro autorizador. El centro autorizador equilibra la relación entre prestadores y financiadores. Y es el equilibrio entre las partes lo que va a consolidar el sistema. También, hay otro cambio muy importante: al haber sistemas sólidos, se puede empezar a construir conocimiento. Esto nos permite empezar a tener indicadores y a actuar sobre los afiliados y los prestadores de manera equilibrada y real, con información concreta. Así se empieza a construir comportamiento, lo que lleva a una mejor atención para el afiliado.

El objetivo de la solución de salud es facilitar los servicios para el asociado y, a la vez, aportar a que la institución sanitaria pueda controlar: "Eso es lo que permite la tecnología y que va en beneficio del paciente".

### ¿Cómo llega el sistema a una institución, quién tiene el manejo de la información?

La información es de la organi-

zación. Por eso desarrollamos un sistema que tiene lo prestacional incorporado al proceso de información interno en la entidad. Es cada entidad la que opera el sistema. Los cambios de reglas se realizan por pantalla, lo que garantiza que cada organización se mantenga independiente del proveedor de tecnología. El proveedor de tecnología es eso mismo: un proveedor; trasfiere conocimiento y tecnología. Pero la información es del cliente.

Por otro lado, los procesos de implementación del sistema son complicados. Y esto lo hemos notado tanto en obras sociales como en prepagas. Siempre surge resistencia por parte del personal, que viene haciendo las cosas de determinada manera. A veces la resistencia al cambio es el mayor obstáculo.

### ¿Esta solución es útil también para prepagas u obras sociales más pequeñas?

Sí. Ya que la solución permite acceder como usuario preservando la integridad de la información, nos parece que a futuro puede ser una solución para las organizaciones más chicas. Se puede ofrecer una solución modularizada, para que algunas variables ya estén integradas en la operación. Y a la organización le queda la inteligencia del negocio.

**"Creo que la realidad supera las regulaciones, sobre todo cuando éstas tienen muchos vacíos: regular no significa ser estricto. El concepto tiene que ser más abierto".**

### ¿Cómo ve el mercado actual en el ámbito de la salud?

Creo que hay un problema pendiente con las prepagas. La regulación y la imposición del PMO deberían flexibilizarse para permitir que las empresas sean más competitivas. Si se pudieran armar paquetes de planes, la competencia entre prepagas va a ser mucho más efectiva. Hoy por hoy, si todas van a ofrecer lo mismo, lo único que cambia como variable para la competencia es la calidad del prestador. En ese sentido, se podría flexibilizar la oferta, por ejemplo pensar propuestas específicas para distintos grupos etarios, o para incluir a grupos no cubiertos. Pero esto ahora la imposición del PMO no lo permite. Por eso hay que estudiar la flexibilidad del mercado privado y en esa flexibilidad se podría incorporar también a las obras sociales. Creo que la realidad supera las regulaciones, sobre todo cuando éstas tienen muchos vacíos: regular no significa ser estricto. El concepto tiene que ser más abierto. □

**La mutual** Argentina Salud  
y Responsabilidad Profesional  
[www.lamutual.org.ar](http://www.lamutual.org.ar)

### Praxis I Médica

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

#### Nuestro valor

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

#### Nuestras publicaciones



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



# Los programas verticales

Por Javier O. Vilosio

Médico. Master en Economía y Cs. Políticas.



**H**alfdan Mahler era el Director General de la OMS en 1978, cuando se realizó la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata*.

En una entrevista publicada por la propia organización al cumplirse 30 años de la histórica Conferencia, Mahler –un experto en erradicación de la tuberculosis que luego pasaría a revistar en el Proyecto de análisis de sistemas de la organización- dice:

*"El decenio de 1970 fue propicio para la justicia social. (...) Luego se produjo un serio revés, cuando el Fondo Monetario Internacional (FMI) promovió el Programa de Ajuste Estructural con todo tipo de privatizaciones, lo que provocó escepticismo en torno al consenso de Alma-Ata y debilitó el compromiso con la estrategia de atención primaria. Las regiones de la OMS seguían luchando en los países, pero no se obtuvo apoyo del Banco Mundial ni del FMI. Y la mayor decepción fue cuando algunos organismos de las Naciones Unidas pasaron a un enfoque "selectivo" de la atención primaria de salud. Eso nos llevó a empezar desde cero."*

La OMS habría promovido intensamente, en los años 50 y 60, los programas "verticales" dirigidos puntualmente a enfermedades específicas (paludismo, tuberculosis, polio, etc.). Alma-Ata, en lo que Mahler denomina un *"despertar espiritual e intelectual"* significó una ruptura con ese pensamiento compartimentalizado, y proponía un marco de integración sistémica. Pero en ese contexto, continúa el ex Director: *"de repente algunos defensores de la propuesta de atención primaria de salud volvieron una vez más al antiguo enfoque selectivo."*

Efectivamente, en los 80 y los 90 para muchos de nosotros estaba claro que habían pasado los tiempos de las "grandes luchas", y mientras la Escuela de Salud Pública enseñaba a los futuros directores de Hospitales cómo debía lavarse la ropa de cama y el cálculo de las raciones alimentarias, se introducían en nuestras lecturas los conceptos de sistema, gestión y eficiencia.

Había que dar un significativo paso adelante.

Comenzábamos a escuchar (y hablar) de redes, comprendíamos con la experiencia el significado político de la expresión "participación comunitaria", nos entusiasmábamos con la idea de un sistema nacional de salud, y conjeturábamos sobre un modelo basado en seguros públicos provinciales.

El deseo de un federalismo maduro - abandonado por la dirigencia política argentina al menos desde la reforma Constitucional- y la necesidad evidente de integrar no sólo el financiamiento del sistema, sino también el modelo prestacional centrándolos en las

necesidades de las personas, alimentaban aquellas ilusiones.

## UNIVERSAL O FOCALIZADO

Sin embargo, el modelo programas centralizados, con su cúspide en Buenos Aires y sus efectores desparamados en el país, desarrollando acciones específicas sobre un conjunto de riesgos o problemas de salud individualizados, renació con ímpetu.

En los 90 los programas sociales de tipo "universal" sufrieron un fuerte embate, en el contexto internacional que describe Mahler.

Identificar la población objetivo de la asistencia, en cualquier de sus formas, parecía ser una fuerte garantía para ganar eficiencia, evitar discrecionalidad y reducir la inequidad en la distribución del gasto social.

Sin duda, en organizaciones con escasa cultura de la información como son las que integran nuestro sistema de salud, el solo hecho de conocer a quien se dirigían las acciones ya era un avance significativo. El problema de la ineficiencia de las acciones sanitarias parecía ser la clave del problema.

Aunque por aquel entonces la "focalización" para muchos era sinónimo de neoliberalismo. Así como la noción de "competencia" entre efectores públicos. Dos términos centrales a la hora de pensar en los seguros públicos de salud, que inclusive actualmente promueve la autoridad sanitaria nacional.

Sin contar con evaluaciones independientes es difícil afirmar, aun ahora, sobre el éxito o el fracaso de muchos programas que típicamente –aunque en grados variables- comprendían un componente de infraestructura y uno de fortalecimiento institucional. Obras y consultoría: para gran beneplácito de autoridades, constructores y consultores.

Lo que está claro es que en nada se vincularon sus efectos en un cambio en el modelo de atención, aunque dejaron huella firme en la forma en que concebimos la gestión de la política sanitaria: programas selectivos, gestionados con lógica bancaria.

En estos días el Ministerio de Salud de la Nación informa a través de su página web que en su estructura se incluyen 26 "Programas", con diferentes alcances y focalizando en diferentes poblaciones o problemas de salud.

En el Congreso Nacional permanentemente ingresan proyectos legislando sobre enfermedades o actividades específicas. Y proponiendo nuevos "Programas".

Tanto repetimos la expresión "sistema fragmentado", y hemos construido un mosaico de programas con lógicas de financiamiento, estructuras administrativas

y equipos técnicos propios. Casi como si la autoridad sanitaria nacional, más que como una unidad política de alto nivel técnico y de gestión, se concibiera a sí misma como un archipiélago de diversos grupos que poco se conectan entre sí, generando una especie de mercado interno de servicios de apoyo técnico y transferencia de recursos hacia la propia estructura central y a las jurisdicciones.

Y eso pese a que todo el mundo se la pasa hablando de fortalecer la famosa "capacidad de rectoría".

## LOS BANCOS

Efectivamente, con la decidida intervención en el sector de la banca multilateral, a la que se refiere Mahler, múltiples programas se moldearon a imagen y semejanza del crédito bancario –que de eso se trata, al fin de cuentas- y la por entonces incipiente y frustrada reflexión sobre los alcances de la propuesta de Atención Primaria de Salud transmutó rápidamente en programas de apoyo para el desarrollo de centros de salud, agentes sanitarios, actividades de capacitación para el personal del primer nivel, compra de vehículos, etc.

Con distintas siglas, el paraguas del financiamiento ofrecido a través de varios de esos programas resultó muy positivo para algunas jurisdicciones. Para otras, no tanto.

Pero en demasiados casos, al agotarse el financiamiento "externo" los programas marchitaron, los equipos no se renovaron, los edificios quedaron sin mantenimiento, y la gente entrenada se fue.

La verdad es que durante muchos años el financiamiento internacional fue casi la única posibilidad para el Ministerio nacional de hacer política sanitaria frente a las condiciones de nuestro peculiar federalismo sanitario.

Y para los Ministerios provinciales también, habida cuenta de que la gran mayoría de sus presupuestos se gastaba (y gasta) en salarios. Muy poco para mantener lo que tienen, y –en general- todavía menos para invertir.

De esta manera no logra consolidarse una visión estratégica, abarcativa de prioridades nacionales consensuadas, con estrategias integradoras de largo aliento, en cuyo marco las oportunidades de financiamiento externo sean solo herramientas disponibles, y no a la inversa.

Claro que el tema no es sólo responsabilidad de los Bancos. Como en el tango, se baila de a dos, al menos.

La incapacidad del Estado Nacional en su conjunto, en sucesivas administraciones de gobierno, para modernizar y profesionalizar sus estructuras, hace que una estrategia práctica y rápida para sortear las mil y una trabas que imponen estructuras organizacionales burocráticas, complejas y bajo el control sindical, sea generar estructuras paralelas: los "Programas".

Algunos problemas ya bien conocidos de los programas focalizados en enfermedades, riesgos o grupos poblacionales son el desarrollo de estructuras "paralelas" que no contribuyen al fortalecimiento de la capacidad del sistema, sino que más bien la debilitan, el desplazamiento de otros temas o problemas que no logran ingresar a la agenda política y la generación de estructuras, incluyendo personal, en muchos casos intensivamente entrenado, pero con poca estabilidad.

En ese sentido, es fácil percibir la desazón de Mahler cuando cuenta cómo después de Alma-Ata, volvieron los programas verticales.

El desafío, el viejo desafío, es integrar y no seguir fragmentando. □

Trayectoria e innovación  
en la Seguridad Social

OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE DIRECCIÓN

osim  
Obra Social de Personal de Dirección

info@osim.com.ar  
Tel/Fax: (011) 4030-6746

Montevideo 373 4º Piso  
(C1019ABG) Capital Federal

## El buen clima laboral: Un factor de éxito en el sector salud

Las empresas de servicio más exitosas, reconocen que las compañías son *grupos de personas* con un objetivo común y que éstas son el factor clave para construir ventajas competitivas sostenibles.

**E**xpertos en Recursos Humanos coinciden en afirmar que, para que las organizaciones empresariales progresen, es fundamental generar un buen clima laboral. Un buen ambiente contribuye a tener un equipo más productivo y comprometido con la empresa, que brinda servicios de calidad y atención eficientes, lo cual se refleja en clientes satisfechos. En el sector salud esto cobra mayor valor pues el estado de ánimo del empleado influye directamente en la interacción con el paciente.

### CÓMO CONSTRUIR UN CLIMA LABORAL QUE DIFERENCIE A SU EMPRESA DE LA COMPETENCIA

A pesar de ser un factor difícil de cuantificar, el clima laboral es determinante para el éxito de las empresas y se refiere a un conjunto de características que se deben mantener a lo largo del tiempo. Está relacionado con el "saber hacer" del directivo, con los comportamientos de las personas, con su manera de trabajar y de relacionarse, con su interacción con la empresa, con las máquinas y herramientas que se utilizan y con la propia actividad de cada uno. Forma parte de las políticas de personal y de recursos humanos la mejora de ese ambiente con el uso de técnicas precisas.

En esta tarea de mejora continua es importante la relación entre directivos y empleados. Hay varios factores que influyen en la misma: el *liderazgo*, por ejemplo, si es flexible y adapta-

ble conseguirá que la relación que existe entre jefes y subordinados sea de confianza y de muy buena calidad. Otros factores importantes son las *relaciones* sanas y amenas con el personal, el grado de *compromiso* que sienten los empleados hacia la empresa y también el *reconocimiento* de un trabajo bien realizado es fundamental para contribuir a la formación de un buen ambiente laboral.

"Está comprobado que cuando una persona cree que es buena en alguna actividad y se siente cómoda en el lugar donde la desarrolla, disfrutará al realizarla y lo hará cada vez mejor, lo que impactará en la calidad de atención médica que brinda" comenta Hernán Vázquez Graña, Director General de *Acudir Emergencias Médicas*. "Nuestro personal asiste a individuos en casos de emergencias y urgencias médicas donde deben combinar excelencia médica con la adecuada contención al paciente y sus familiares. Para lograr esta calidad de atención es esencial un equipo profesional capaz, comprometido y contento. Tanto el agradecimiento

del paciente, como la felicitación de sus jefes, afianza ese compromiso por el trabajo bien hecho" –enfatisa Vázquez Graña–.

Por su parte, el Director Médico de *Acudir*, Dr. Miguel Pedraza, resalta que "las áreas especializadas de la empresa brindan al personal capacitación continua y al mismo tiempo les provee modernos equipamientos para realizar su tarea. Además, la Dirección promueve el trabajo en equipo y la buena relación entre el personal con el ejemplo, cumpliendo con su política de puertas abiertas, apoyando el desarrollo profesional de sus empleados y brindándole todo el apoyo de los Coordinadores y esta Dirección para resolver casos difíciles".

### LA IMPORTANCIA DEL COMPAÑERISMO PARA GENERAR UN CLIMA LABORAL AMENO

Es muy común hablar del lugar de trabajo como el "segundo hogar" de las personas, dado que diariamente conviven muchas horas con sus compañeros de trabajo. Por ello, el ambiente que se crea y se vive en las organizaciones laborales, los estados de ánimo y otras variables pueden afectar el desempeño de los trabajadores.

"Como *Acudir* brinda servicios de urgencias y emergencias médicas para el segmento de salud, empresas, comercios e instituciones, nuestros empleados enfrentan día a día situaciones de mayor complejidad, que resuelven dependiendo de las personalidades individuales



y del buen funcionamiento en equipo. En algunos momentos la mejor capacitación e instrumental no alcanzan; también se necesita del trabajo en equipo de varios profesionales en el lugar y en la Base" –comenta Carolina Monti, Jefa de Recursos Humanos.

"La empresa cuenta con 10 Bases Operativas, cada una de ellas con amplias áreas de descanso y esparcimiento creadas especialmente para que el personal se alivie y recupere luego de atender un servicio, hasta la siguiente salida. Además, la cantidad y distribución de las mismas permiten la rápida respuesta sin el estrés de recorrer largas distancias," –explica el Ing. Vázquez Graña–.

"En *Acudir* se promueve constantemente el entrenamiento de paramédicos en procedimientos médicos y manejo de ambulancias en condiciones climáticas o de tránsito adversas. Atendemos las ac-



tualizaciones de procedimientos específicos para un mejor desarrollo laboral y personal del empleado. Y todo esto, le brinda seguridad y comodidad al equipo médico, que luego se refleja en la calidad de atención" –indica el Doctor Pedraza–.

### LA MIRADA Y LOS OBJETIVOS DE LA CONDUCCIÓN

El Director General de *Acudir*, está convencido que "el hacer

sentir al empleado parte del éxito de la empresa hará que el entorno laboral sea de un mejor nivel. Con el tiempo y la experiencia comprobé que haciendo unos cuantos ajustes de actitud en el ámbito gerencial marcaron la diferencia para que un trabajador se sienta parte de la empresa y se comprometa de manera personal. El sentido de pertenencia, que un emplea-

do *se ponga el uniforme*, hace que tome un compromiso mayor con el cumplimiento de los objetivos de la empresa porque siente que es una extensión de sus logros personales. Las mejores donde trabajar son también las mejores compañías en donde invertir, y claramente nos interesa seguir creciendo por el camino que venimos trazando a través de la calidad como actitud, en cada servicio" –concluye–. □

  
**TU SALUD,  
NUESTRO COMPROMISO**  
*Estamos siempre*

  
 OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga  
 9000-0220-54-130172982 www.ospat.gov.ar 16 N.º 5. Nº 1-0170-15

Florida 15 Piso 6º  
 Tel: 4342-6111 / 4343-5171  
 LÍNEA GRATUITA- 0-800-999-1455  
**WWW.OSPAT.COM.AR**

# Tendencias en Gestión Clínica

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (\*)

Médico. Especialista en Salud Pública.



En la década de los noventa la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) produjo cambios radicales en la Gestión Clínica. El objetivo primordial de la MBE es el de que la actividad médica cotidiana se fundamente en datos científicos y no en suposiciones o creencias.

Si bien se pueden rastrear antecedentes de la MBE en los trabajos pioneros de Cochrane en 1972, de John Wennberg en 1973, y en los trabajos sobre la variabilidad de la práctica clínica y de Iván Illich y Tomás McKeown en 1976 sobre crítica a la medicina, su desarrollo explosivo se puede asignar a la publicación en la revista JAMA del artículo titulado: Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine en 1991, del Grupo de Trabajo en Medicina Basada en la Evidencia de la Universidad McMaster en Ontario (Canadá), "Evidence-Based Medicine Working Group" (EBMWG). A partir de entonces la MBE ha cambiado la práctica clínica y la formación médica en muchas facultades de medicina.

A partir del 2000 es el concepto de "Seguridad Clínica" el que cobra relevancia dentro de la Gestión Clínica. Es en 1999 cuando el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "Error es humano" y la tendencia hacia la seguridad clínica o seguridad del paciente alcanzó gran relevancia. La Organización Mundial de la Salud creó en el año 2004 la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" y posteriormente se publicó el informe europeo "Una Organización con Memoria", mientras que en América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" en Colombia en junio de 2008 seguido en el 2009 de una Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud".

En el segundo decenio de los 2000 la tendencia es hacia la lucha contra el derroche de trabajos clínicos que no aportan nada. Se estima que alrededor de 200.000 millones de dólares – o el equivalente a 85 por ciento del gasto mundial en investigación – son desperdiciados rutinariamente en estudios mal diseñados y redundantes. El 30 por ciento de los trabajos más influyentes de investigación médica llegan a ser considerados de baja calidad y con información exagerada. Existe también una gran cantidad de evidencia médica contradictoria y poco fiable, como mucho de los estudios que pretenden demostrar que casi todos los alimentos que consumimos son causa o previenen el cáncer. La Medicina Basada en la Evidencia fue puesta bajo una lupa por la cantidad de trabajos sesgados por mal diseño o por influencia del patrocinante.

Un campo que presenta esta problemática es la investigación preclínica de medicamentos -por ejemplo

la investigación realizada en los laboratorios académicos sobre cultivos celulares- tratando de proponer un mecanismo de acción de los fármacos que se podían desarrollar. Hay documentos que muestran que sólo el 10 a 25 por ciento de ellos podrían ser reproducidos por otros investigadores. La investigación con animales es otro de los campos que ha tenido una serie de evaluaciones empíricas mostrando que casi todo lo que se publica es "estadísticamente significativo". Sin embargo, hay grandes problemas en los diseños de estos estudios y muy poca reproducibilidad de los resultados. La mayoría de estos estudios no sirven cuando se intenta avanzar en la experimentación humana.

## REINVENTANDO LA GESTIÓN CLÍNICA

Todas estas tendencias han producido una revolución en la Gestión Clínica a la vez que su revalorización. Las bases conceptuales de esta reforma y revalorización de la Gestión Clínica son los tres pilares portuarios y la *triple aim* de IHI.

Michel Porter en 2006 plantea que los tres principios que deben guiar esta reforma son: 1) El objetivo debe centrarse en el "valor salud" para los pacientes (Health Care Value for Patients), 2) La práctica médica debe ser reorganizada alrededor de condiciones médicas y ciclos de cuidados y "centrada en pacientes" (Patient Centered Care -PCC-) y 3) Los resultados de salud y de los costos deben ser mensurados. Siguiendo estos principios afirma Porter, se incrementará la satisfacción profesional y decrecerá la actual presión hacia los médicos, los pacientes recibirán mejor atención y los costos podrán ser contenidos.

Por otra parte se habla de que un programa o una actividad producen un triple aim cuando: 1) Mejora la experiencia del paciente, incluyendo la calidad del proceso y la satisfacción por el trato recibido 2) Mejora la salud de las personas y de las poblaciones y 3) Reduce los costos. Por ejemplo un programa de mejora en la prescripción médica de antibióticos mejora al paciente y a la población al producir menor resistencia a los ATB, menores efectos adversos y disminuye costos.

## ALGUNOS DESAFÍOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA RENOVADA

1) Mejorar la investigación y la evidencia médica, Muir Gray plantea que hay siete impurezas que contaminan el conocimiento y sobre las que hay que trabajar para mejorarlos. Estos son: Sesgo inicial que parte del patrocinio, Obscurantismo en la publicación de resultados, Sesgo de la información que llega a los médicos, Sesgo de la información que llega a los ciudadanos, Conflictos de intereses a todos los niveles, Práctica de la medicina defensiva, *Innumeracy* generalizada.

- 2) *Disminuir el sobrediagnóstico y el sobretratamiento.*  
El sobrediagnóstico es un concepto probabilístico de difícil manejo en el ámbito clínico. Hay que abordar el problema a través de escalas de riesgos. Actualmente aparece un nuevo término en el campo de la prevención: La prevención cuaternaria, que incluye el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Se trata de evitar daños originados por la acción médica específica.
- 3) *Lograr que la Medicina Basada en la Evidencia llegue al consultorio médico.*  
A través de las Guías de prácticas Clínicas y los Protocolos de Atención.
- 4) *Incorporar la Atención Centrada en el Paciente.*  
Este es el gran cambio cultural. Es involucrar al paciente en las determinaciones. Darle opciones para que él pueda tomar una determinación.
- 5) *Hacer Medicina mínimamente disruptiva e integración de servicios.*  
Se trata de ajustar los planes terapéuticos a las realidades de las vidas diarias de las personas que padecen varias patologías. Debemos evitar derivaciones a especialistas, que a su vez les ofrecen recomendaciones y prescripciones descoordinadas que les conducen a la polifarmacia y a iatrogenias causadas por interacciones imprevisibles.
- 6) *Evitar actuaciones desproporcionadas en el final de la vida.*  
El sistema sanitario no está afrontando con el rigor necesario la atención en el período de final de vida de pacientes oncológicos, pacientes crónicos y geriátricos frágiles. Hace falta más investigación sobre adecuación de prácticas clínicas y, sobre todo, más debate social y científico sobre el tema.

## EL FUTURO DE LA GESTIÓN CLÍNICA RENOVADA

Varios cambios serán necesarios para lograr imponer este enfoque de una Gestión Clínica Renovada. En primer lugar serán necesarios científicos que sean capaces de filtrar los malos estudios. Es necesario una mejor revisión por pares en múltiples niveles. Se debe mejorar el proceso de revisión por pares y nuevas formas de hacerlo y cambiar el sistema de incentivos y recompensas de manera que se premien los mejores métodos y prácticas. Se deben alinear incentivos y recompensas con credibilidad y buenos métodos. Se necesita investigación sobre la investigación.

La MBE está cuestionada. Existen innumerables investigaciones sesgadas por los patrocinantes. Deberá recomponer su credibilidad y para esto será necesaria una profunda reforma en la manera en que se obtiene la evidencia científica.

El "Health Care Value for Patients" y el "Patient – Centered Health Care" deben ser los nuevos objetivos de la práctica clínica y de la reorganización de los servicios. La Gestión de las Expectativas de los Pacientes (Managing Patient Expectations) una herramienta imprescindible para lograr estos objetivos.

En países desarrollados esta nueva ola de reformas se viene dando progresivamente. Tanto los servicios de salud como la industria están trabajando en esta dirección en un entorno altamente competitivo. En nuestro país estamos lejos de estas reformas. Alinearlos en esta dirección debe ser una Política de Estado que encare el próximo gobierno. □

(\*) 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  
INSTITUCIÓN AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.  
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT

Micro - Radioterapia Corporal - SBRT

Radioterapia Conformacional Tridimensional

Radiocirugía Estereotáxica

Radioterapia Estereotáxica

Acelerador Lineal

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



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008

## Responsabilidad Penal Médica: Los Delitos de Abandono de Personas y Omisión de Auxilio en el Derecho Penal Actual

Prof. Dr. Ricardo A. Basílico



### 1. Abandono de personas

El delito de abandono de personas se encuentra previsto en el artículo 106 del Código Penal, disposición que reprime con prisión de dos a seis años a quien pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado.

Asimismo, de acuerdo a lo establecido en los párrafos segundo y tercero de dicha norma, la pena se agrava si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima o, en su caso, si ocurrere la muerte del sujeto pasivo.

Por otra parte, el artículo 107 establece un nuevo aumento de la escala penal cuando el delito fuera cometido por los padres contra sus hijos y por éstos contra aquéllos o por cónyuge.

De acuerdo a la ubicación dada por el legislador a esta figura, como así también, la expresa mención que la norma refiere respecto de la vida y la salud, permiten concluir que nos encontramos frente a un delito que protege la incolumidad material de las personas. En consecuencia, el bien jurídico protegido es la vida y la integridad corporal de otra persona.

Se trata de un delito de peligro real, y lo que debe ponerse en riesgo es, precisamente, la vida y la integridad corporal de la persona ofendida; es decir que requiere que la víctima ingrese específicamente en ese ámbito de peligro concreto que hemos descrito en el punto anterior.

El peligro en estos casos coloca al bien jurídico en una situación crítica, de modo que la seguridad de la persona se encuentra seriamente lesionada y que la lesión concreta del bien jurídico sólo depende de las contingencias del momento.

Según explica la doctrina mayoritaria, dichos delitos se califican como tipos penales alternativos, que tienen que ver con la relación del autor frente a la víctima, los cuales se pueden concretar tanto en conductas de acción como de omisión. Ello se concluye de los propios verbos empleados por la norma (es decir, desamparo y abandono), siendo que en el primer caso se exige que el sujeto traslade a la víctima, mientras que en el segundo supuesto es el sujeto activo quien se desplaza, dejando al ofendido en el lugar en que estaba, pero en estado de abandono.

Sin perjuicio de lo expuesto, es importante destacar que nos encontramos frente a delitos que presentan una característica particular, ya que dentro del ámbito de los delitos contra la vida, tienen especialmente en cuenta el deber de ayuda, socorro o asistencia a otras personas, ello de acuerdo a la posición en que se encuentra el autor del hecho.

Esta circunstancia no es menor, ya que asumirá decidida relevancia al momento de construir la estructura de análisis que permita dar fundamento a las diferentes hipótesis dogmáticas.

### 2. Omisión de auxilio

Esta figura se encuentra descrita en el artículo 108 del Código Penal, y reprime al "que encontrando perdido o desamparado a un menor de diez años o a una persona herida o inválida o amenazada de un peligro cualquiera, omitiere prestarle el auxilio necesario, cuando pudiere hacerlo sin riesgo personal o no diere aviso inmediatamente a la autoridad".

Es evidente que nos encontramos frente al ejemplo clásico del tipo omisivo, ya que la norma que subyace bajo este tipo penal no es una prohibición sino un mandato, tendiente a proteger el bien jurídico que tal cual veremos seguidamente es la solidaridad humana en supuestos de peligro para los bienes vida e integridad personal.

De acuerdo a la redacción transcripta, cabe concluir que es un delito que no requiere de resultado alguno, ya que la omisión por sí misma es lesiva del bien jurídico. En virtud de lo expuesto, no se exige entonces la lesión a los valores vida e integridad, sino sólo la ausencia injustificada de ayuda.

Esta figura contiene los siguientes elementos: la existencia de un niño perdido o desamparado, o de una persona herida o inválida; la presencia de un peligro manifiesto y grave; la capacidad personal de acción del que tiene

la obligación de prestar socorro o solicitar ayuda ajena, y finalmente, la omisión de la ayuda de forma injustificada.

En cuanto al bien jurídico protegido, se trata de uno de los delitos que mayor variación ha presentado a través del tiempo respecto de la identificación del bien jurídico que se pretende tutelar con dicha previsión legislativa.

En la actualidad, debido al influjo generado por la doctrina española, creemos acertado compartir aquella postura que señala a la solidaridad humana como el bien jurídico amparado en este caso en particular.

Dicho concepto es interpretado como el deber que tienen todas las personas de prestar ayuda o socorro a otro que se halle en situación de peligro. Sin embargo, es preciso aclarar que se trata de un deber de socorro respecto a determinados bienes (vida e integridad personal) que en una situación concreta se encuentran en peligro.

Para entender el funcionamiento de este delito es imprescindible tener en cuenta que nos encontramos frente a un delito de peligro, y es así que dada la importancia del bien en cuestión, el legislador convierte en bien jurídico la seguridad del mismo, por lo tanto, el quebranto de la seguridad de éste implica la lesión del bien jurídico específicamente protegido en el delito de peligro, aun cuando no involucre más que un riesgo para aquel. Por ejemplo, en el caso de la vida, es evidente que el legislador protege no sólo la lesión, sino también la puesta en peligro.

Ahora bien, dado el contenido del tipo penal descrito en el art. 108, y teniendo en consideración la ubicación sistemática otorgada por el legislador a esta figura, el bien jurídico tutelado por dicha figura es la solidaridad humana, pero sólo en cuanto están en peligro los bienes vida e integridad personal. De acuerdo a lo explicado anteriormente, la solidaridad humana queda limitada a los riesgos para los bienes vida e integridad personal, castigándose en consecuencia la lesión de aquella, que se produce con la sola puesta en peligro de alguno de estos otros bienes.

Es importante entender que la infracción del deber de solidaridad tiene un tratamiento independiente del resultado provocado, ya que no se protege de modo directo ni la vida ni la integridad física, porque esa función de protección de valores ya es realizada por otras figuras de la misma ley. Por ello cabe concluir que el bien jurídico protegido en el delito de omisión del deber de socorro es el deber de asistencia de otros en supuestos de peligro grave y manifiesto para la vida o la integridad física.

### Observaciones finales

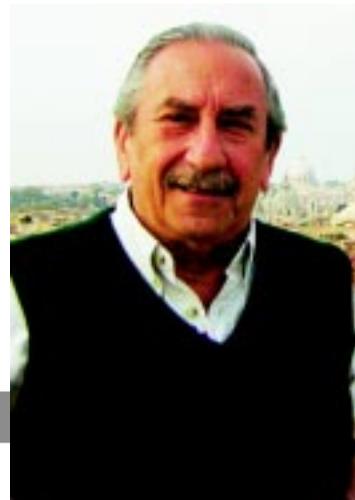
El desarrollo expuesto y las referencias específicas a las características particulares que asume el bien jurídico protegido en cada una de las figuras centrales de los delitos contra las personas, nos permite arribar a una primera conclusión preliminar, y es que evidentemente los delitos de abandono de personas y omisión de auxilio presentan determinados elementos que demuestran la necesidad de abordar dichos tipos penales desde un plano diferente y distintivo del resto de las figuras.

Es indudable que las referencias al deber de ayuda, socorro o asistencia a otras personas -por supuesto, siempre en función de la posición en que se encuentra el autor del hecho-, que fueran realizadas al momento de tratar el delito de abandono de personas (art. 106); como así también la determinación de que el bien jurídico tutelado por la figura de omisión de auxilio (art. 108) ha sido identificado como la solidaridad humana -sólo en cuanto están en peligro los bienes vida e integridad personal-, nos obliga a trazar una línea de distinción con los demás delitos que conforman el Título I del Código Penal "Delitos contra las personas".

# Consentimiento Informado y el nuevo Código Civil y Comercial (última parte)

Por el Dr. Fernando G. Mariona

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



**E**n poco más de 60 días más el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación estará en plena vigencia, salvo que algún acontecimiento extraordinario la postergue. En el número anterior, marzo de 2015, habíamos dado unas primeras nociones acerca de la influencia que el nuevo cuerpo legal tendrá sobre el Consentimiento Informado para Actos Médicos e Investigaciones en Salud a partir del 1 de agosto de 2015. Hoy tratamos de completar una primera visión.

Primeramente diría que los médicos y las instituciones deberán no sólo “abrir su mente” y estar dispuestos a documentar su obligación de informar a los pacientes, sino que también deberán estar dispuestos a brindar y documentar esa información, a otras personas que no sean los enfermos.

Afortunadamente, según mi parecer, el nuevo Código facilita a los médicos e instituciones, la comprensión de quiénes son esas personas a las que pueden brindar la información, siendo mucho más amplio y no tan estricto en el orden impuesto por el art. 6 de la ley 26.529, con la remisión que hace en su dec. reglamentario al art. 21. de la ley 24.193.

Tengo la sensación que el régimen anterior –aun vigente hasta el 1 de agosto de 2015– es de una estrictez formal propia de escritorios, y no interpreta la realidad que el médico debe vivir en el día a día. Los pacientes no van a curarse a un ministerio o a una escribanía, sino a un establecimiento público o privado.

Ahora el Código permite que el Consentimiento sea prestado por “representación” y no por “sustitución”, como lo hace la Ley de Derechos de los Pacientes, y de esa forma, como el Maestro Achával enseñaba, hoy hasta el amigo, o el allegado, o el conviviente (sin especificar el tipo de familia) podrá prestar el Consentimiento. Advértase que hago hincapié en la partícula disyuntiva “o” y no en la conjuntiva “y”. No existe orden de prelación.

Todas estas personas podrán tomar decisiones en representación del paciente, respecto de su salud. Esta

podrá ser ejercida de acuerdo con la gravedad del paciente, y siempre que exista para él una situación de emergencia.

En este punto el art. 59 del nuevo Código comete para mi gusto una “gaffe”, típica de nosotros los abogados: no distinguimos emergencia de urgencia. A mí los médicos me enseñaron ya hace mucho tiempo que son dos cosas distintas, y la diferencia está en el riesgo de vida inmediato.

Dicho equívoco consiste en que los representantes pueden decidir por el paciente en situaciones de emergencia con “riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud”, en cambio el médico en ausencia de todos los posibles representantes, sólo podría decidir en situaciones de “urgencia”. O sea que quien más sabe, puede lo menos. Entiendo que éste concepto debería ser revisado.

En realidad no es la primera vez que los abogados escribimos sin preguntar a los médicos, así como los médicos escriben sin preguntarnos a nosotros. Miren lo que han hecho con la definición de Infecciones Intrahospitalarias, y analicen cómo les está yendo en los Tribunales.

Si bien las nuevas disposiciones del Código Civil y Comercial se habrán de complementar con los principios de la ley 26.529 de Derechos de los Pacientes, respecto de los deberes de información y de obtención del consentimiento informado, ésta seguirá rigiendo para analizar la responsabilidad civil médica, en el caso de investigar si se cumplió o no con el deber y con el Código para analizar los límites del cumplimiento.

Por último una sugerencia a los médicos e Instituciones de salud: no den vueltas en vano; por favor acostúmbrense a cumplir con el deber de información. Cumplan y exijan, y no dejen de hacerlo y exigirlo: el cumplimiento de documentar el Proceso de Información. Seguro que podrán defenderse mejor. □

**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

# LA MEDICINA EN EL CINE

## Viruela en Dinamarca en el siglo XVIII\*

### *Un asunto real*

(Nikolaj Arcel - 2012)

#### SINOPSIS

*Un asunto real* es una película cuyo protagonista es el alemán Johann Frederich Struensee, médico personal de Christian VII de Dinamarca. En ella se dramatiza la epidemia de viruela acaecida en Copenhague en 1769. En lo referente a esta patología, la película encara el primitivo proceso profiláctico, destinado en este caso a proteger al príncipe heredero, mediante la variolización. <sup>(1)</sup>

“Para la joven Carolina Matilde (Alicia Vikander), casada siendo una adolescente con el rey de Dinamarca Christian VII, es un horror vivir con un marido ciclotímico y estafalario que propone medidas como nombrar a su perro miembro honorario del Consejo de Estado, o que circulen en Copenhague por la noche carruajes vacíos para recoger a los borrachos. Así las cosas, Carolina se rinde a los encantos del médico personal del rey, un intelectual progresista (Mads Mikkelsen) que se verá dividido entre su lealtad al rey, su amor a la reina y su oportunidad de convertir una Dinamarca aún medieval en un país ilustrado”. <sup>(2)</sup>

#### LA PATOLOGÍA EN FOCO

La viruela ha sido un azote que ha golpeado a la humanidad a lo largo de toda su historia, desde tiempos inmemoriales, ocasionando una elevada mortalidad. Es de importancia capital el hecho de que la viruela fue erradicada oficialmente en 1980 gracias a disponer de una vacuna muy eficaz y a su utilización masiva, habiendo sido la primera enfermedad infecciosa eliminada totalmente del planeta. <sup>(1)</sup>

Hay que resaltar que la vacuna antivariólica, que fue descrita por

Edward Jenner en 1798, fue la primera que se dispuso y que abrió el camino a otras que han permitido el control de otras infecciones y soñar con la erradicación de alguna de ellas.

Otro elemento a tener en cuenta es que dada su erradicación la mayoría de los médicos no la conocen, las nociones que tienen sobre la viruela vienen de la literatura profesional. Sólo facultativos que peinen muchas canas y que vivieran en zonas donde hubo casos antes de la erradicación pueden tener experiencia de ella. <sup>(2)</sup>

#### UNA AMENAZA “REAL”

Esta película cuyo protagonista es el alemán Johann Frederich Struensee (Mads Mikkelsen) médico personal de Christian VII de Dinamarca. En ella hay una secuencia que dramatiza la epidemia de viruela acaecida en Copenhague en 1769. El brote que se veía venir por Dinamarca llegó por fin a la capital del reino y el doctor Struensee comprobó sus efectos en el patio nevado de un edificio habilitado como hospital, en la cara de una fallecida salpicada por una decena

**Título:** *Un asunto real*

**Título original:** *En kongelig affære*

**Otros títulos:** *La reina infiel (México)*.

**Países:** Dinamarca, Suecia y República Checa.

**Año:** 2012

**Director:** Nikolaj Arcel

**Música:** Cyrille Aufort y Gabriel Yared.

**Guión:** Rasmus Heisterberg y Nikolaj Arcel, basado en la novela *Prinsess af blodet*, de Bodil Steensen-Leth

**Intérpretes:** Mads Mikkelsen, Alicia Vikander, Mikkel Boe Følsgaard, Trine Dyrholm, David Dencik, Thomas W. Gabrielson, Laura Bro, Cyron Metville.

**Color:** color

**Duración:** 137 minutos

**Género:** drama histórico

**Fotografía:** Rasmus Videbæk

**Premios y nominaciones:** Festival de Berlín 2012: Ganadora de 2 Osos de Plata: Mejor actor (Mikkel Boe Følsgaard) y Mejor guión (Rasmus Heisterberg y Nikolaj Arcel). Oscar 2012. Nominada como mejor filme de habla no inglesa. Globo de Oro 2012 Nominada como mejor filme de habla no inglesa. Premio César 2012. Nominada como mejor filme extranjero. Festival de Toronto 2012. Nominada como mejor filme al Premio del Público. Premios del Cine Europeo 2012. Nominada como mejor música y mejor diseño de producción. Satellite Awards 2012. Nominada como mejor diseño de producción, mejor dirección de arte y mejor vestuario.

de pústulas, o en un hombre que tiembla por la fiebre y que reconoce como un sirviente del palacio.

Este enfermo y el hecho de que la enfermedad afectara fundamentalmente a los niños, le hace pensar en el riesgo que padece el heredero y propone que sea variolizado (Edward Jenner no ensayaría la vacuna hasta 1796).

Los más cercanos hablan de los riesgos y le echan en cara que se haya puesto en contacto con los enfermos. Reconoce que la práctica no está exenta de riesgo pero también que la epidemia de viruela no discierne, mata a reyes y reinas. La reina accede y el niño es variolizado con éxito, pero el médico no logra que la práctica se extienda. Al final



las cifras que se mencionan son de casi 20 muertos al día y más de 700 fallecidos, la mayoría niños Struensee<sup>(3)</sup>.

Este filme histórico es un buen ejemplo cinematográfico de la plaga que la viruela ha sido para el hombre, en cine de ficción se podrían encontrar muchos más. (2) □

#### Referencias

- 1.- García Sánchez JE, García Sánchez E. La viruela y el cine histórico Rev Med Cine [Internet]. Septiembre 2013 9(3):105-106. Disponible en: [http://revistamedicinacine.usal.es/es/downloads/doc\\_view/512-vol9-num3-editorial-es](http://revistamedicinacine.usal.es/es/downloads/doc_view/512-vol9-num3-editorial-es)
2. Enrique D'Ottavio A. La reina y su médico personal. Evocación ficcional de un histórico escándalo dieciochesco danés Rev Med Cine [Internet]. Septiembre 2013; 9(3):120-124.
3. García Sánchez JE, García Sánchez E. Un asunto real. Infecciones en 35 m/m. Boletín de Noticias SEIMC [Internet]. 2013; 12(3). Disponible en: <http://www.seimc.org/boletin/SEIMC-boletin-v12n32013.pdf>

\* El autor agradece el valioso aporte de JE García Sánchez y E García Sánchez (Ref. 1-3) y de Enrique D'Ottavio (ref. 2)

## 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

# Consideraciones al contratar un Seguro de Praxis Médica



Por el Sr. Gustavo Romaniz

Gerente Comercial de TPC Compañía de Seguros S.A.

**E**stimado Profesional, mi intención en esta columna es hacerle llegar, una serie de recomendaciones que hemos elaborado en *TPC Cía. de Seguros*, para que Ud. pueda conocer y disponer de mejores herramientas para analizar, en el momento de contratar una nueva póliza de Praxis Médica o renovar la que hoy tiene vigente y las mismas son:

1. Primer paso y fundamental, que la cobertura ofrecida sea brindada por una *Compañía de Seguros*, tratando de obtener su nombre para así poder conocerla y analizarla.

2. Cerciorarse por todos los medios disponibles, ya sea a través de una consulta telefónica a la Superintendencia de Seguros de la Nación (Tel: 0800-666-8400) o mediante un Broker/Productor de seguros, que la aseguradora sea sólida, tenga prestigio y que quienes pertenecen a su staff sean profesionales experimentados para este tipo de riesgo tan particular.

3. Con estas averiguaciones y consultas, Ud. tendrá más certezas que el cuerpo de profesionales, abogados y médicos que lo asesorarán y representarán en caso de algún reclamo, estén especializados y le garanticen una atención personal, honesta y eficiente.

4. Una vez constatado lo anteriormente mencionado, deberíamos solicitar se nos informe cuál es el respaldo de reaseguro con el que cuentan (el Reaseguro es el método por el cual una Aseguradora se respalda en otra Cía. Reaseguradora, a fin de poder disponer la liquidez necesaria para responder a las pérdidas por siniestros) y que el mismo esté aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

5. Tomada la decisión de cuáles aseguradoras serían las elegibles, es conveniente solicitar un folleto o condiciones donde se explicita la cobertura de la póliza ofrecida, para así poder chequear las condiciones de la póliza y que no sean "abusivas" ni lo hagan "cautivo" de esa aseguradora, además que dicha póliza cuenta con la aprobación de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

6. Si se expresa dentro de las condiciones, como tipo de cobertura "Base Ocurriencia" en la misma se debe contemplar una previsión en la póliza sobre la forma de actualización de la suma asegurada y que ésta no quede prontamente desactualizada en un contexto inflacionario.

7. Que si se tratase de una cobertura "Base Reclamo" (Claims Made):

a) Debe tener expresado claramente el derecho de comprar un periodo extendido de denuncia de siniestros.

b) A su vez, que el costo del período extendido figure claramente en la póliza y que también esté disponible su compra a lo largo de toda la vigencia anual.

c) En caso de optar por la compra del período extendido, en el mismo queden amparados todos los actos médicos realizados durante la póliza no renovada desde la fecha de retroactividad de la misma.

d) También debemos solicitar se nos confirme que: Si no se compra el período extendido, Ud. cuente con la cobertura sobre todos los hechos denunciados y conocidos por la compañía durante la vigencia de la póliza no renovada y desde la fecha de retroactividad.

8. Estar atentos a los "adicionales" que contempla el producto de cada aseguradora, dado que en ellos se represente una mayor y mejor protección (A modo de ejemplo: cobertura de la culpa grave, amparar sin cargo a los jefes de equipo y/o director médico, tipos y porcentajes de franquicias, cantidad de reposiciones de suma asegurada, extensión de la cobertura de actos previos, garantías de precio sin actualizaciones de tasa en cada renovación -exceptuando eventos que afecten la póliza y sean externos a la aseguradora-, programas de prevención, etc.).

9. Contar con el asesoramiento de un Broker y/o Productor-asesor, especializado en esta materia, para poder contemplar todas las aristas de la ecuación producto/costo, dado que dentro de las ofertas, la mayoría de las veces, más barato significa menos cobertura.

10. Una vez tomada su opción y formalizado el contrato con la aseguradora que le haya satisfecho sus expectativas, debe exigir y contar con una constancia por escrito de parte de dicha compañía de seguros donde se detalle todo lo ofrecido por ella y luego recibir su correspondiente Póliza de seguros con las condiciones descriptas.

Esperando que estas simples recomendaciones, les sirvan para disponer de más y mejores argumentos al momento de elegir una cobertura, me despido de Uds., muy atentamente. □

# V SEMINARIO INTERNACIONAL

DE IMÁGENES DE  
TOMOGRAFIA MULTISLICE,  
RESONANCIA, PET-CT

SHERATON LIBERTADOR  
(Córdoba 690, Buenos Aires)

6 Y 7 DE AGOSTO 2015

7:30 AM

## DIRECTORES

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

Dr. Jeremy Erasmus  
(MD. Anderson Cancer Center)

## CONFERENCISTAS EXTRANJEROS CONFIRMADOS

- Dra Cornelia Schaefer-Prokop  
(Meander Medical Center,  
Holanda)
- Dr. Ionnis Vlahos  
(St. George's University of  
London)
- Dr. Jeffrey Kanne  
(University of Wisconsin)
- Dr. Sanjeev Bhalla  
(Washington University)
- Dra. Amy Hara  
(Mayo Clinic)
- Dr. Jeremy Erasmus  
(MD. Anderson Cancer Center)
- Dra. Christine Menias  
(Mayo Clinic)
- Dra. Sadhna Verma  
(University of Cincinnati)

[WWW.CDROSSIEDUCACION.COM](http://WWW.CDROSSIEDUCACION.COM)



CENTRO DE DIAGNOSTICO  
DR. ENRIQUE ROSSI

INSCRIPCIÓN GRATUITA  
CUPOS LIMITADOS



FUNDACIÓN  
DR. ENRIQUE ROSSI

# El nuevo Código Civil y Comercial y el sector salud

## (2<sup>da.</sup> parte)

Por el Dr. Floreal López Delgado  
Abogado y asesor sanatorial



### LA PRESCRIPCIÓN

Situación actual (hasta el 1° de agosto). En el Código Civil "viejo" (y todavía vigente) carece de plazo especial la prescripción para las acciones de responsabilidad civil, por lo que si se consideran de naturaleza "contractual" tendrá un plazo de diez (10 años) y si es "extracontractual" será de dos (2) años. El plazo de 10 años debería serlo sólo cuando la atención médica se produce en virtud de un contrato (no necesariamente escrito) entre el paciente y el profesional o la institución, que a su vez puede ser estipulado por un tercero (el financiador) en beneficio del paciente. El plazo de 2 años debería aplicarse cuando el perjudicado es un familiar, en cuyo caso no sería el beneficiario directo o la causa de la acción es la de la muerte del beneficiario, o el prestador es el hospital público o se trata de actos de liberalidad también llamados de "buen samaritano".

No es este el lugar para analizar lo que pronto será "arqueología legal", sólo diremos que el más largo goza de la simpatía de nuestros tribunales y es aplicado a situaciones de muy dudosa causa contractual, a punto tal que la única prevención posible es considerar que el plazo es de diez años. Un lapso tan extenso trae serias dificultades, no solo en la conservación de la historia clínica y cobertura de seguros, se extiende hasta la "ciencia vigente" al momento del hecho que trae no pocos problemas para la realización de las pericias y otros aspectos.

### ¿QUE OCURRIRÁ DESDE EL 1 DE AGOSTO? LOS PROBLEMAS DE LA TRANSICIÓN

El plazo será de tres (3) años cualquiera fuere la naturaleza de la relación (contractual o extracontractual) basta con que sea responsabilidad civil que tiene el mismo plazo que la profesional.

El cambio es muy positivo para el sector.

Durante el período de transición deberá tenerse en cuenta:

El cómputo del nuevo plazo se hará desde el 1 de agosto de 2015, por lo que, en principio, toda acción de causa anterior prescribirá a más tardar el 2 de agosto de 2018.

Las excepciones:

Si el plazo "viejo" es menor y termina antes del 2 de agosto de 2015.

Por ejemplo es de diez años pero comenzó a correr en julio de 2006.

O es de dos y comenzó a correr en julio de 2014.

### LOS PROBLEMAS QUE CONTINÚAN

#### ● LAS "DISPENSAS"

El juez puede "dispensar" = "tener por no ocurrida" si dificultades de hecho o "maniobras dolosas", le obstaculizan temporalmente el ejercicio de la acción, y el titular hace valer sus derechos dentro de los seis meses siguientes a la cesación de los obstáculos.

El mismo plazo beneficia al incapaz que no tiene representantes.

Preveo que algunos supuestos damnificados dirán que las constancias de la historia clínica, que calificarán de dolosamente alterada les obstaculizó el ejercicio de la acción, o le causó dificultad de hecho.

No sabemos si será aceptada judicialmente, ya que no es muy sólida y de todas formas frente al gran beneficio que implica la abreviación de la prescripción es un daño menor.

#### ● SUSPENSIÓN

Se diferencia de la interrupción de la prescripción en que detiene el cómputo del tiempo, por el lapso que dura pero, computa el período transcurrido desde que comenzó y el posterior desde que se reinicia. Sólo se computa una vez.

Sus causas son:

La "interpelación fehaciente" al deudor, por ejemplo intimándolo a indemnizar por carta documento o acta notarial. Suspende por seis (6) meses.

Otro beneficio frente al plazo de un (1) año que rige actualmente.

El "pedido de mediación" que se computa desde la expedición por medio fehaciente (en este caso carta documento o cédula judicial) o la celebración de la audiencia, lo que ocurra primero hasta veinte (20) días del cierre.

#### ● INTERRUPCIÓN

Se diferencia de la suspensión en que tiene por "no sucedido", digamos que "borrado", el plazo hasta la interrupción e inicia uno nuevo.

Los actos interruptivos:

El reconocimiento del derecho por el deudor (no es imposible, aunque difícilmente lo encontremos en la actividad).

La "petición judicial": en esta cuestión la reforma no es favorable al sector ya que actualmente se requiere la promoción de la demanda. Aunque los tribunales consideraron otros actos como equivalentes.

Desde agosto se podrá tener por interrumpida por toda "petición del titular del derecho ante autoridad judicial que traduce la intención de no abandonarlo" aunque sea defectuosa, realizada por incapaz, ante tribunal incompetente o aun en el "plazo de gracia" (al día siguiente dentro de la dos primeras horas de funciona-

miento de tribunales en la Ciudad de Buenos Aires o cuatro primeras en la Provincia de Buenos Aires).

La modificación de "demanda" por "petición ante autoridad judicial" amplía los actos claramente interruptivos a: Las diligencias preliminares (secuestro de historias clínicas), pruebas anticipadas (declaración de testigos que deban dejar el país), pedido de verificación de crédito y los demás actos procesales realizados para preparar un juicio.

Entiendo que el requisito es que se refieran a que se iniciará acción por esa causa y no por otra.

Seguiremos discutiendo si la denuncia, querrela o constitución como particular damnificado en sede penal, todas, o alguna interrumpen o no.

La interrupción no se computa si se desiste del proceso o caduca la instancia.

La otra y última causal de interrupción es la solicitud de arbitraje que asimila a la "petición judicial"

Lo que es más claro es que no se extiende a favor ni en contra de los otros interesados, salvo que la obligación sea solidaria, cuestión que podría poner en duda el sector asegurador respecto de sí mismo.

## LOS NUEVOS PLAZOS DE PRESCRIPCIÓN Y LA CONSERVACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

El plazo de conservación de las historias clínicas era controversial y a partir de agosto lo será aún más.

Existe conflicto entre resoluciones de las autoridades sanitarias locales (de la C.A.B.A. y de la Provincia de Buenos Aires) que fijaron, mucho antes que se promulgara la ley, el plazo de quince años que entraba en conflicto con la ley de derechos del paciente que parece establecer el de diez pero el redactor de la norma le adicionó "de prescripción liberatoria de la responsabi-

lidad contractual" no sabemos porque ya que no era necesario.

El problema es que a partir del 1 de agosto es plazo de prescripción será de tres años, sea contractual, extracontractual y de toda "responsabilidad civil" por lo que si apreciamos la literalidad de la norma, al cambiar el de prescripción liberatoria bien podría decirse que cambia también el plazo principal ya que el de diez no es más el plazo de prescripción y si lo es el de tres.

De todas formas desde el punto de vista de la responsabilidad profesional la discusión es intrascendente: si la acción tiene un plazo de prescripción poco importa que exista o no obligación de conservar documentación que sirva para probar la procedencia, o no, de una acción prescripta.

Queda como llamado de atención sobre la necesidad de cuidar la técnica legislativa.

## NUESTRA OPINIÓN

La reforma es favorable a los sectores: profesional, prestador, financiador y asegurador.

También al "valor justicia" a veces olvidado, ya que evita los grandes inconvenientes que tenía el extenso plazo anterior.

## DOS CONSEJOS:

No debemos considerar que el día "tres años más un día" (o aún varios meses) terminó la posibilidad de ser demandados ya que la demanda puede haber sido presentada y no notificada y los actos interruptivos cuentan desde la presentación.

Sigamos trabajando en beneficio del paciente.

En el próximo número trataremos el sistema de responsabilidad y las indemnizaciones que, anticipamos, no cambian tanto como parece. □

**SOCDUS**

**Odontología para Sistemas de Salud**

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

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

**> SOCDUS SA**  
Av. Belgrano 1683, 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)

© 2010 República Argentina - todos los derechos reservados

# Integrales e integradas

## (parte 3/3)



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

**A**ntes de avanzar en esta tercera parte de la nota iniciada en noviembre de 2014, les recuerdo que este comentario se fundamenta en la 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:

### REFLEXIONES DE HOY Y PARA EL FUTURO

#### 1. “La adherencia es importante para la salud, busquémosla en los planes”.

Disminuir la morbimortalidad relacionada con la adherencia a los tratamientos para contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario pasa, irremediablemente, por un plan de acción que mejore de la adherencia.

#### 2. “El punto de mira: mejorar el resultado. Invertir ahora para ganar luego”.

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 la calidad de vida de los pacientes.

Mejorar la adherencia puede aumentar los gastos de Sanidad a corto plazo, por la dedicación de los profesionales sanitarios y por el incremento de gastos en medicamentos, y pueden afectar a la autonomía del paciente ya que requieren su consentimiento.

Pero, sin lugar a duda, supone ahorros potenciales directos e indirectos que superan con creces algunas de las medidas de contención del gasto que se ponen en marcha.

Mejorar la adherencia evita costes directos debido a que los fracasos terapéuticos provocan la intensificación de los tratamientos, la realización de pruebas innecesarias y, en ocasiones, incluso el cambio de estrategia terapéutica por otra menos eficiente así como el incremento de los efectos indeseados que el régimen recomendado trata de reducir al mínimo. Pero también evita costes relacionados con la pérdida de productividad por los días de baja laboral y los años de vida productivos perdidos a causa de una muerte prematura.

#### 3. Bases para mejorar la adherencia: “la voz del paciente”

- Fortalecer la relación con el paciente, favoreciendo la confianza para que exprese abiertamente sus creencias, dudas, preocupaciones (sobre la enfermedad y el tratamiento) o dificultades para adherirse a las recomendaciones de tratamiento que se le proponen y pueda asumirlas como suyas. Esto permite reconocer a los pacientes que no están preparados para recibir el tratamiento.
- Buscar el acuerdo: Hacer sugerencias mejor que prescripciones.
- Hablar y escuchar al paciente, sin juzgar sus preferencias.
- Ayudar al paciente a tomar las decisiones basándose en los posibles riesgos y beneficios.
- Ofrecer alternativas.
- Aceptar que el paciente, una vez informado, tiene derecho a decidir no seguir nuestras recomendaciones.
- Si acepta, comprobar que realmente está de acuerdo.
- Optimizar la comunicación con el paciente, mediante la empatía, sinceridad y confianza.

#### 4. “Yo puedo mejorar la adherencia: es cosa de todos”

La adherencia es multidisciplinar: Si la adherencia al tratamiento es multifactorial, debe dar cabida a los múltiples profesionales que trabajan con el paciente cooperando en programas específicos.

*El paciente: “actitud proactiva”.*

- Participando en la toma de decisiones, se responsabiliza del plan terapéutico ya que aumenta su percepción de control sobre la enfermedad.
- Incorporando el autocuidado, realizando actividades que ayuden a mantener una buena salud física y mental.

*La Administración sanitaria: “las bases”.*

- Formando a los profesionales en la adherencia, abordando simultáneamente:
- El conocimiento sobre la adherencia terapéutica, proporcionando de herramientas que les ayuden a evaluar e intervenir en los problemas de adherencia.
- El razonamiento, concientizando a los profesionales sobre la importancia de la adherencia a las guías de práctica clínica en el proceso clínico de toma de decisiones.
- La acción, proporcionando conocimientos que ayuden a los pacientes a desarrollar actitudes saludables para modificar su problemática.

- Apoyando la coordinación de los profesionales, estableciendo sistemas de intercambio de información, sobre todo cuando requiere de la participación de profesionales de distintos niveles asistenciales socio-sanitarios.
- Facilitando la continuidad de la atención: los pacientes demuestran mejor comportamiento de adherencia terapéutica cuando reciben atención del mismo profesional con el transcurso del tiempo.
- Facilitando la comunicación con el paciente para que participe en su salud, a través de contactos telefónicos y de la telemedicina.
- Impulsando programas de mejora de la adherencia, con el seguimiento a través de indicadores específicos que repercutan en el desempeño y los resultados del proceso asistencial.
- Reduciendo algunas barreras de acceso a medicamentos que contribuyen a mejorar la adherencia, como las combinaciones fijas de fármacos "Dos mejor que uno, no siempre".

*El médico: "el plan terapéutico".*

- Mediante una prescripción razonada y adecuada a las características del paciente: minimizando el número de fármacos prescritos, simplificando la pauta posológica, discutiendo con el paciente sobre posibles alternativas de tratamiento.
- Asegurándose de que el paciente comprende la relación entre su conducta, su salud y su enfermedad: explicándole el problema, qué se espera del tratamiento, cómo puede identificar su eficacia y las consecuencias de no recibirlo.

*El farmacéutico: "el seguimiento farmacoterapéutico".*

- Identificando, solucionando y previniendo los problemas relacionados con los medicamentos y los resultados negativos asociados a la medicación del paciente.
- Evaluando la adherencia e informando al equipo de los pacientes con baja adherencia para valorar acciones conjuntas de mejora.
- Modificando el comportamiento del paciente para recordar la toma de medicación: sistemas personalizados de dispensación.

*Enfermería: " el plan de cuidados".*

- Implicando a la familia especialmente en los casos de personas mayores que viven solas, con deficiencias cognitivas y merma de las capacidades.
- Reforzando al paciente para que mantenga su conducta.
- Formando en salud: promoviendo de estilos de vida saludables que favorezcan el autocuidado.

*La industria farmacéutica: "apuesta de futuro".*

- Investigando para innovar en nuevos fármacos o formas farmacéuticas que reduzcan la frecuencia de posología diaria necesaria, faciliten una vía de administración más sencilla, con dispositivos que ayuden a medir de forma objetiva la adherencia.
- Incluyendo programas de adherencia en los planes de marketing basados en sistemas de apoyo que ayuden al profesional sanitario a informar sobre la enfermedad y el tratamiento, y al paciente a recordar las tomas.
- Propiciando fórmulas de financiación que contemplen la adherencia como un factor determinante para asegurar los resultados del tratamiento.

*Las asociaciones de pacientes: "el punto de apoyo".*

- Concientizando de la adherencia a sus asociados.
- Creando grupos de apoyo en los que planteen sus dificultades con el tratamiento y se identifiquen modos de afrontarlas.

*La familia y el cuidador: "el apoyo cercano".*

- Su rol es fundamental en aquellos pacientes más vulnerables, como pueden ser los niños, los ancianos, los que sufren alguna discapacidad.
- Ejerciendo un seguimiento sobre el tratamiento de la patología, asistencia a las citas, hábitos de vida saludables.

*El trabajador social: "el apoyo de la comunidad".*

- Especialmente cuando existe un entorno familiar conflictivo, rechazo familiar, falta de soporte económico y estilos de vida no saludables.

## 5. "Para mejorar: sumemos"

No hay una intervención específica que puede ser recomendada para todos los pacientes, porque los factores que influyen tampoco son los mismos.

Individualizar la intervención, adaptándola a las circunstancias y dificultades concretas del paciente en cada caso.

Con la evidencia disponible no se puede afirmar que una intervención sea mejor que otra. La combinación de intervenciones parece la mejor estrategia.

## REFLEXIONES FINALES

- **Adherencia integral**, considerando al paciente como un todo, teniendo su salud y su bienestar social, transformando la relación jerarquizada en relación de igualdad, pasando de la atención aislada a la continuada, en la que no hay un paciente hospitalizado, un paciente externo, un paciente ambulante o un paciente en su domicilio sino un solo paciente siempre atendido a lo largo de su vida, que cada vez es más larga, y a lo largo de los diferentes procesos de enfermedad y discapacidad.

- **Adherencia integrada**, en la actividad rutinaria de cada profesional del equipo de salud, en los diferentes niveles asistenciales, asignado a cada profesional su papel con un protocolo de trabajo sobre adherencia común; compartiendo la información integrándola en la historia clínica como parte de la prestación sanitaria que se realiza para asegurar la continuidad asistencial y garantizar el seguimiento del paciente.

Esta serie concluye aquí, no así el problema que viene creciendo y diseminándose en un mundo globalizado cuyos sistemas de salud permanecen aislados por razones políticas que poco y nada tiene que ver con la medicina ni con ciencia alguna. Aun cuando la Industria Farmacéutica diga que vende cada vez más, la realidad es que cada vez son menos los pacientes que tienen acceso real a las indicaciones terapéuticas médicas. Lo cual indica que recién estamos abordando la punta del iceberg. □

Licenciado [MBA R&D] Víctor Norberto Cerasale, 2014-10-04. Copyright by Cerasale, 2014.

Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global*.

<http://elbiruniblogspot.com.blogspot.com> |

CIENCIAS MÉDICAS NEWS®

<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com> |

CIENCIAS DE LA HERENCIA®

<http://saludequitativa.blogspot.com> |

GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®

siete años ▲ 13 millones de lectores ▲ 170 mil documentos editados ▲ 180 millones de consultas reales ▲ 73 países registrados [acceso libre y gratuito].



# ExpoMedical<sup>2015</sup>

13ra. feria internacional de productos,  
equipos y servicios para La salud

- ▶ 200 EMPRESAS EXPOSITORAS
- ▶ 15.000 VISITANTES PROFESIONALES
- ▶ 60 JORNADAS & SEMINARIOS
- ▶ 180 DISERTANTES



## 23 al 25 de septiembre 2015

CENTRO COSTA SALGUERO / BUENOS AIRES / ARGENTINA

En conjunto con:  
**14**tas  
**JORNADAS DE**  
CAPACITACIÓN HOSPITALARIA

### ACTIVIDADES DESTACADAS:

- El Planeamiento Estratégico en el Hospital y la conformación de Equipos de Trabajos
- Plan Federal de Salud
- Mantenimiento de los recursos físicos

Vea todas las Jornadas de Capacitación Hospitalaria  
horarios y contactos para las inscripciones en:  
[www.expomedical.com.ar](http://www.expomedical.com.ar)



**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](http://www.ospesalud.com.ar)

**Casa Central**

Av. Leandro N. Alem 690 1er. piso (C1001AAO)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

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

**OSPe**

**Obra Social  
de Petroleros**



La calidad es una actitud



LA MAYOR ESTRUCTURA  
OPERATIVA EN CABA

[www.acudiremergencias.com.ar](http://www.acudiremergencias.com.ar)

