

EDICION  
ANIVERSARIO

# Mé<sup>o</sup>dicos Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

Año XIV. N 69. Mayo 2012

14  
años

Juntos!

www.e-galeno.com.ar

PONETE LA CAMISETA

GALENO 18.25 Tu primer plan médico.



GALENO

LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, POR RES. 1411/12 TENDRÁ HABILITADO PARA TODO EL PAÍS UN NÚMERO TELEFÓNICO GRATUITO DE CONSULTA: 800-222-SALUD (7286) O PÓDERSI A [WWW.SBSALUD.GOV.AR](http://WWW.SBSALUD.GOV.AR) LEY 20.482, SCLXCTUD INC. N° 1285, DEBERIOS INSERVIADOS EN: 200.71171E.

Con universal assistance tus afiliados disfrutan su viaje sin preocupaciones.



[www.universal-assistance.com](http://www.universal-assistance.com)  
ASISTENCIA AL VIAJERO | CALIDAD ISO 9001 2008

DISFRUTA TUS VIAJES CON

 **universal  
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO





La red de emergencias médicas  
más grande del país

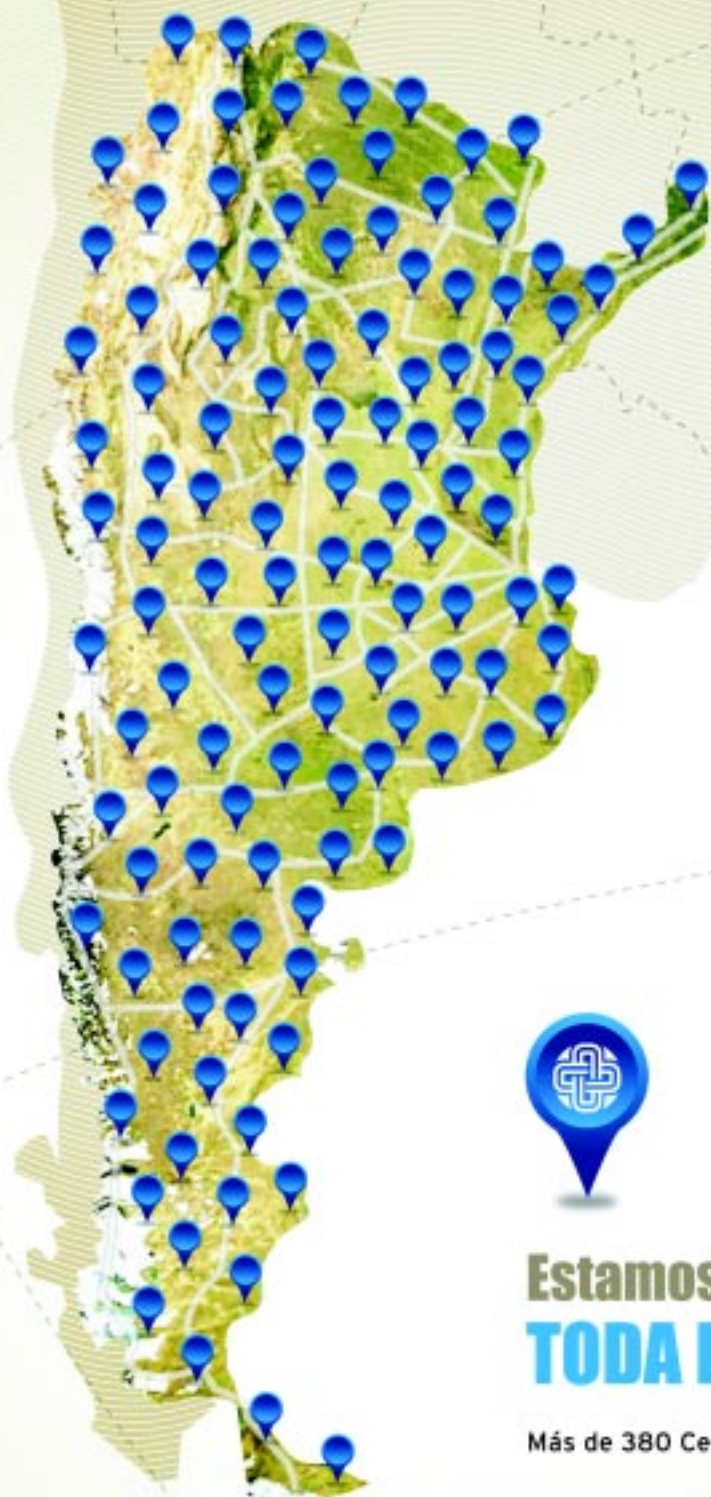
## nuestras soluciones

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



Capacitamos a nuestros prestadores  
con la cooperación científica  
de la Asociación Médica Argentina.





Estamos en un solo lugar:  
**TODA LA ARGENTINA.**

Más de 380 Centros de Atención Personalizada.







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



**> Usted**

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

**> Nosotros**

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

**> Ellos**

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

LLAME HOY AL

**0800 122 2774**

y contacte a su ejecutivo ASSIST-CARD

**DIVISIÓN  
SA+UD**  
ASSIST-CARD

**ASSIST-CARD**  
THE TRAVEL CARE COMPANY

Suipacha 1111 - Piso 9º - Ciudad de Buenos Aires - Argentina - CP 1008 - [divisionsalud@assist-card.com.ar](mailto:divisionsalud@assist-card.com.ar) - [www.assist-card.com](http://www.assist-card.com) - 0800 122 2774

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

# Más cerca de tu Salud



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

**0 800 222 0123**  
[www.construirsalud.com.ar](http://www.construirsalud.com.ar)

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



**CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON VIH**



**CONSULTORIOS ESPECIALIZADOS**

**HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA**



**RETIRO DE MEDICACIÓN**

**LABORATORIO**

**ÁREA PSICOSOCIAL**



**GRUPOS DE AUTOAYUDA Y ADHERENCIA**

**TURNOS NO PROGRAMADOS**



**INTERNACIÓN**

**HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

Casa Central: Perú 1511/15 |Bs As| Tel: (011) 4300-0515/5250

Suc: L.M.Campos 1385 2º |Bs As| (011) 4896-1868/1861/4645

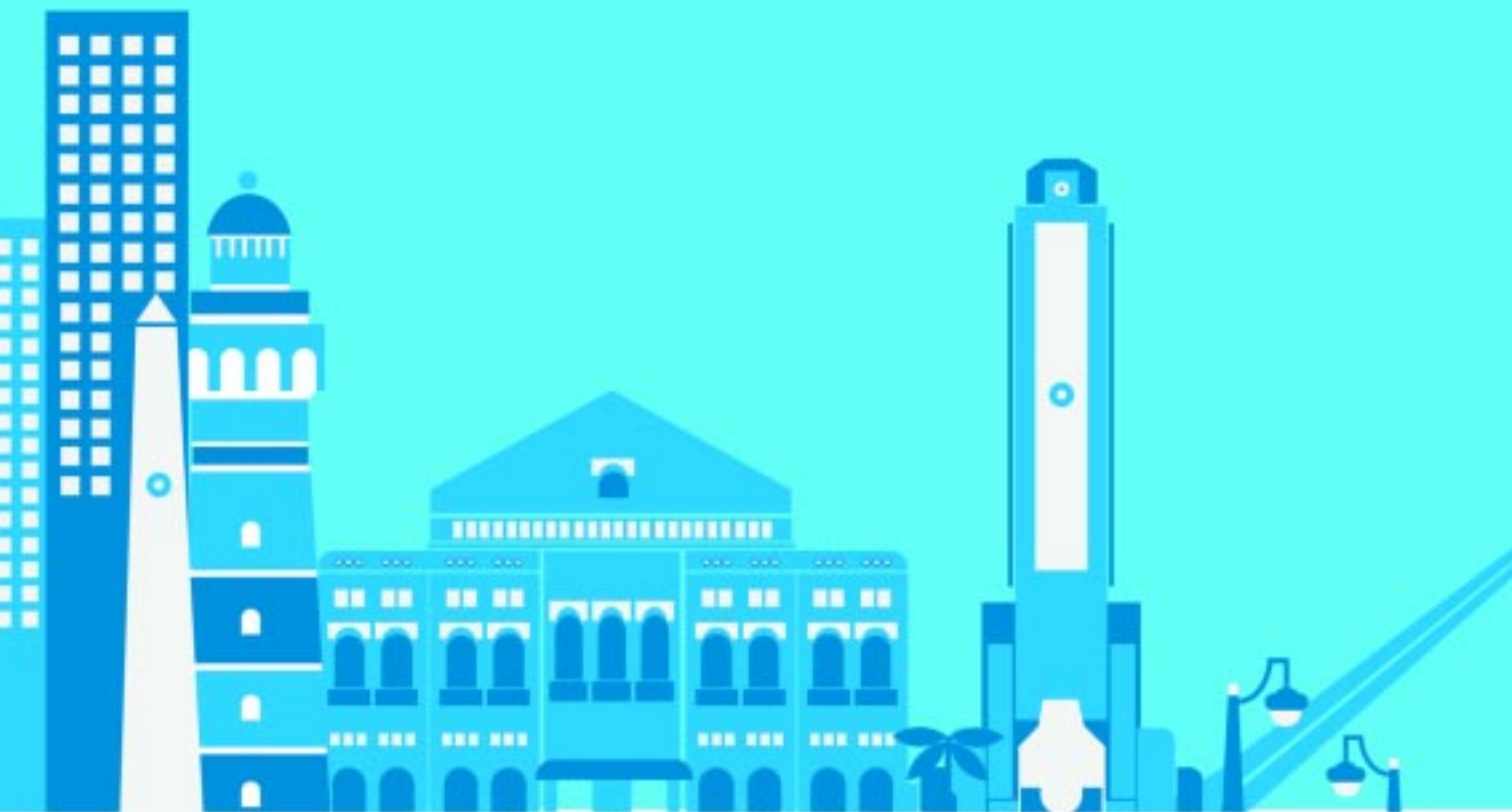
**RED DE PRESTADORES EN TODO EL PAÍS**

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

# andar

29 DELEGACIONES

Más allá de la distancia,  
*Su salud nuestro compromiso.*



Obra Social de Viajantes Vendedores  
de la República Argentina

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



# Está naciendo una nueva Clínica Bazterrica.

Nueva Maternidad.



Confortables habitaciones y Neonatología  
de Alta Complejidad.

Billinghamurst y Juncal • 4821-1600



Revista bimestral



**EDITOR RESPONSABLE:**

Jorge L. Sabatini

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

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

**Web Site:**

www.revistamedicos.com.ar

**E-Mail:**

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

**Colaboran en esta edición:**

Ricardo Llosa y Yamila Bêgné  
(Redacción),  
Esteban Portela (diseño) y  
Graciela Baldo (corrección).

**ASESORIA Y DESARROLLOS**

**TECNOLOGICOS**

**EN INTERNET:**

SFANET, Av. J. B. Alberdi 1233,  
2 Piso Of. 6 (1406)

Tel/fax.: 4433-2398 y rotativas

E-mail: info@sfanet.com.ar

www.sfanet.com.ar

**ASESORES LEGALES:**

López Delgado & Asociados

Estudio Jurídico

Tucumán 978 3º Piso

Tel.: 4326-2102/2792 - Fax: 4326-3330

estudio@lopezdelgado.com

La revista Médicos Medicina Global es propiedad de **Editorial Médicos S.R.L.** Marca registrada N° 1.775.400 Registro de la propiedad intelectual N° 914.339. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización previa de los editores. Los informes, opiniones editoriales o científicas que se reproducen son exclusivamente responsabilidad de sus autores, en ningún caso de esta publicación y tampoco del editor. Circula por suscripción. Preimpresión e impresión: Galt S.A., Ayolas 494, Tel.: (54-11) 4303-3723 Capital Federal.

Primera Plana

## Obras Sociales y Prepagas Integración del sistema

Pág. 34



Auditoría de AGN



## La APE bajo la lupa

Pág. 40

**GRAGEAS**

Pág. 12

**ACTUALIDAD**

Nació CEMPRA  
Una nueva Cámara  
al servicio de  
Empresas de  
Medicina Privada  
de todo el país.



Pág. 18

**VOCES**

En la salud  
el futuro  
es hoy

Pág. 20



**COLUMNA**

El "rechazo"  
terapéutico"

Pág. 22



**INFORME ESPECIAL**

¿Cómo hacer  
Seguros  
Públicos  
de Salud?

Pág. 24



**COLUMNA**

Salud Pública:  
Pensar en los  
otros, pensar  
en nosotros...

Pág. 28



**COLUMNA**

Concentración  
y control  
de precios

Pág. 30



**REPORTE ECONÓMICO FAOSDIR**

Fertilidad asistida  
multiplica partos  
múltiples con altos  
costos sanitarios

Pág. 42

**COLUMNA**

Reglamentación  
de la ley de  
medicina prepaga  
(2º parte)

Pág. 44



**OPINIÓN**

La llave invertida  
La variable  
"paciente"

Pág. 46



**OPINIÓN**

Inseguridad en los  
Hospitales  
Cuidar y proteger  
al que cuida

Pág. 48



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



**NUUESTRO  
COMPROMISO  
ES ESTAR CADA VEZ  
MÁS CERCA**

**ospe**

Delegación Pilar

**OSPE**



**0-800-444-OSPe (6773)**

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

**Casa central: Av. L. N. Alem 690 1er piso, (C1001AAO)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

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

# GRAGEAS

## ASSIST-CARD ARGENTINA: NUEVOS CLIENTES DE LA DIVISION SALUD



ASSIST -CARD Argentina, División Salud, tiene el honor de incorporar nuevos instituciones a través de la RAS - Red Argentina de Salud - le damos la bienvenida a COLMED de San Juan y CONSALUD de Formosa, que ampliarán sus servicios de cobertura en viajes para sus clientes, a nivel nacional e internacional con el prestigio y el compromiso de siempre. A su vez hemos acordado con YPF y Plus Petrol la comercialización de nuestros productos para toda su cúpula directiva confiando en nuestro servicio y experiencia de más de 40 años.

Durante este mes premiaremos con una promoción especial a los clientes del Hospital Alemán que adquieran el producto Premium anual, 30 días por viaje llevándose de regalo 1.000 Km. Lan Pass. Por otro lado estaremos ampliando nuestro modelo de negocios ofreciendo a todos los clientes que pertenecen a nuestra cartera un modelo único de comercialización afianzando aún más la relación hasta el punto de ser "socios estratégicos".

División Salud amplió su presencia en Aeropuertos tanto en Ezeiza como en Aeroparque, capacitando a todo el personal con los productos específicos de nuestro Departamento y hemos colocado banners informativos para brindar a todos nuestros clientes mayor información previa al viaje. En su próxima salida no dude en consultar sus beneficios en cualquiera de nuestros stands. ■



## ASSIST-CARD INTERNACIONAL AYUDA A CONSTRUIR UNA AMERICA LATINA SIN POBREZA



A través de su campaña de donación de USD 0,50 centavos por cada tarjeta vendida durante este año contribuye con *Un Techo Para Mi País* en la construcción de una casa para quienes hoy duermen en la intemperie. Asumiendo una vez más, el compromiso de convivir en una sociedad más igualitaria y saludable. ■

## ASSIST-CARD INTERNACIONAL AMPLIA SU COBERTURA EN EL MERCADO REGIONAL



COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA, una de las dos empresas más grandes de medicina prepagada de Colombia, a partir del mes de febrero de 2012 se ha incorporado a nuestra prestigiosa lista de Clientes de la División Salud Colombia con servicios en todo el mundo de Asistencia al Viajero, además se están realizando trabajos en ambas empresas, para la capacitación de todo el personal de ventas y atención al cliente, sobre la venta de los productos que han sido diseñados para la venta *retail*. Su Presidente, Dr. Santiago Salazar, de visita en Buenos Aires, suscribió el contrato con ASSIST-CARD INTERNACIONAL, en presencia del Gerente Regional, Daniel R. J. Piscicelli y de Directores de la Compañía.

En el mes de febrero de 2012, dos empresas de la talla de, UNIMED PAULISTANA y UNIMED RIO ambas de Brasil, han renovado su confianza en ASSIST-CARD y han ampliado la línea de productos, con el lanzamiento de venta e-commerce y en todas sus bocas de atención al cliente que superan las 22, en San Pablo y Río de Janeiro.

Se sigue ampliando el mercado regional, se visitan mensualmente y de acuerdo al cronograma de viajes de 2012, todos los países en donde, sigue en forma intensa y sostenida la campaña 2012 de la División Salud. ■

## COMIENZA EL PROGRAMA DE ACTUALIZACION CIENTIFICA (ACISE) EN LAS REGIONES DEL LITORAL Y NOA

La Fundación Medifé patrocinará el Programa de Actualización Científica Sin Exclusiones (ACiSE) dirigido a profesionales de la salud de las provincias del Litoral y Noroeste Argentino.

ACiSE permite la formación biomédica continua en castellano mediante herramientas de actualización de calidad internacional. El programa se desarrolla a nivel nacional; los ministerios de Salud, Ciencia y Tecnología y Educación de la Nación destacan su calidad y valor científicos.

En Rosario el 23 de mayo a las 15.00 se hará la presentación pública de ACiSE que contará con la conferencia magistral del doctor Francisco Maglio, Humanizar la Medicina. ■

## MICROJURIS ARGENTINA ANUNCIA LA FIRMA DE UN CONVENIO DE MUTUA COLABORACION CON LA ASOCIACION MEDICA ARGENTINA



De izquierda a derecha: Dr. Alejandro Ponieman por Microjuris Argentina y Dres. Elías Hurtado Hoyo y Hernán Gutiérrez Zaldivar, por la AMA.

Microjuris Argentina, editorial líder en contenidos legales, y la Asociación Médica Argentina, entidad científica que nuclea a los profesionales de la medicina a nivel nacional, han formalizado un convenio de colaboración que las unirá para el desarrollo de actividades de carácter docente, de divulgación y educación respecto a las normas legales, decisiones jurisprudenciales, administrativas y aportes académicos que involucran el ámbito de la salud y la bioética, que se llevarán a cabo conjuntamente de acuerdo con los objetivos y proyectos de cada entidad.

Ambas partes acordaron a tales efectos divulgar en sus sitios respectivos artículos de interés en el ámbito de la salud y del derecho y llevar adelante actividades académicas en beneficio de la actividad jurídico científica. ■

**La mejor asistencia al viajero del mundo, ahora con más beneficios:**

**Promoción exclusiva Hospital Alemán:** con la compra de un producto Multitrip Premium Anual suma 1.000 KM LAN - Comuníquese con Rocio Zambrano al 4827-7000 Interno: 2883

**Durante Junio Campaña Exclusiva 2x1 para toda su cartera de clientes:** para más información llame al 0800-122-2774 o comuníquese a: [divisionosalud@assist-card.com.ar](mailto:divisionosalud@assist-card.com.ar)





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



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

#### Una Clínica en permanente crecimiento e innovación:

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



## SMG ART ADQUIRIÓ LIBERTY ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.



Swiss Medical Group anunció la adquisición del 100% del paquete accionario de Liberty ART S.A., una de las principales ART del país con más de 336.000 trabajadores cubiertos. El cierre de la operación está sujeto a la aprobación de la Superintendencias de Seguros de la Nación y de Riesgos del Trabajo.

Esta transacción posiciona a Swiss Medical Group como uno de los principales grupos aseguradores de la Argentina, abarcando todas las ramas de negocios a través de sus compañías SMG ART, SMG Seguros, SMG LIFE, SMG Retiro e Instituto Salta Seguros de Vida y generando un volumen de primas por \$ 1.860 millones (año 2011).

SMG ART, que ya daba cobertura a más de 270.000 trabajadores, se convierte a partir de ahora en uno de los más importantes operadores en Riesgos del Trabajo, con una producción anual del orden de los \$ 1.000 millones (año 2011) y una participación de mercado del 8%.

Swiss Medical Group refuerza de esta manera su presencia en el mercado asegurador y en particular en el de Riesgos del Trabajo, en el cual había incursionado en el año 2009 al crear su propia ART (SMG ART). ■

## SE PRESENTO CON EXITO EL LIBRO "GESTION DE CALIDAD EN ORGANIZACIONES DE SALUD"

El día 17 de abril de 2012 en el Consejo Profesional de Ciencias Económicas se realizó la presentación del libro "GESTION DE CALIDAD EN ORGANIZACIONES DE SALUD" escrito por la Dra. María Cristina Ferrari.

La presentación estuvo a cargo de la Dra. María Cristina Ferrari, Fundadora y Directora Ejecutiva del Instituto para la Calidad Empresarial (ICEM), Dr. Luciano Di Césare, Director del Pami; el Dr. Luis Gabancho, del Consejo Coordinador de la Comisión de Estudios sobre la Innovación y la Competitividad del CPCECABA; el Dr. Humberto Gussoni, Coordinador del Comité de Dirección del Fondo Editorial Edición del CPCECABA; el Dr. Enrique Herrscher, titular del CAPSIST; y el Dr. Miguel Ángel Schiavone, director de la Escuela de Salud Pública de la UCA.

El libro está destinado a todas aquellas personas que deseen saber cómo implementar un sistema de gestión de calidad en una organización de salud, procesos de mejora continua y herramientas de calidad y de gestión; además de comprender la importancia estratégica de conocer la voz del cliente.

Entre los principales capítulos del libro se destacan: "Las raíces de la organización (visión, misión, valores)"; "Liderazgo transformador"; "Descubrir y gestionar el talento"; "Ciclo de mejora estratégica"; "Comunicación: apertura y encuentro con el otro"; "Gestión por procesos"; "Estrategias para el conocimiento del cliente (metodología)"; "C a la 7ma"; y "El alma de la Organización". ■



## LABORATORIOS CRAVERI DESIGNO NUEVO GERENTE DE COMERCIO EXTERIOR



Especializado en la puesta en marcha de nuevos productos y servicios a nivel regional y con experiencia

en mercados con marcadas diferencias culturales, Andrés Espinosa fue designado nuevo Gerente de Comercio Exterior de Laboratorios Craveri.

Andrés Espinosa es Licenciado en Informática de la U.A.D.E. (Universidad Argentina de la Empresa) y tiene un MBI (International Business Management) de la Universidad de California, Estados Unidos y tendrá como objetivo acompañar el gran crecimiento que la empresa ha tenido

en los últimos años.

Sus trabajos anteriores se desarrollaron en Flesin, Omnicare Clinical Research y en Laboratorios PHOENIX. Laboratorios Craveri es una empresa argentina que se dedica al desarrollo de diferentes líneas terapéuticas que buscan mejorar la salud y la calidad de vida. Con 125 años en el mercado farmacéutico, se destaca por la introducción de medicamentos pioneros en diversas especialidades: Migrañas, Diabetes Tipo II, Insuficiencia Venosa, Anticonceptivos, Metabolismo y Cardiología. Para más información visite: [www.craveri.com.ar](http://www.craveri.com.ar) ■

## ATOS Y HUAWEI, LIDERES MUNDIALES EN TELECOMUNICACIONES, UNEN SUS FUERZAS



Atos, compañía internacional de servicios de TI, y Huawei, proveedor líder en tecnología de información y comunicaciones (TIC), han anunciado conjuntamente la formación de una alianza para atender al

creciente mercado global de telecomunicaciones y prestar servicios a los operadores que desarrollan su actividad a escala mundial. Huawei ofrece soluciones -software y hardware- y, en particular, su solución NGBSS (Next Generation Billing Support System, sistema de soporte para facturación de próxima generación), pieza central del acuerdo.

Juntas, las dos empresas ofrecen soluciones y servicios a los operadores que necesitan mejorar o sustituir su antiguo escenario TI por un NGBSS, o que se planteen invertir en una plataforma MVNE (Mobile Virtual Network Enabling, activación de red virtual móvil) para sus actividades globales. Con los productos y servicios de Huawei, Atos brindará a los clientes tecnologías de última generación que lograrán reducir el tiempo necesario para lanzar sus productos al mercado, al ofrecerles servicios innovadores que a su vez, permitirán reducir sus costos operativos. ■



# TECNOLOGIA Y PENSAMIENTO ESTRATEGICO COORDINADO PARA LA ATENCION DE LA SALUD

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



● Profesionalismo



● Innovación



● Experiencia



● Servicio personalizado



**ADMIFARM GROUP**  
SISTEMAS GLOBALES DE SALUD



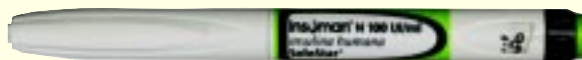
## LLEGA EL PRIMER PORTAL DE EMPLEOS EXCLUSIVO PARA EL SECTOR DE LA SALUD

El sistema de salud se caracteriza por la inequidad en la distribución de los recursos y por tener una demanda laboral insatisfecha. Frente a esta situación, nace [www.empleandosalud.com](http://www.empleandosalud.com), el primer portal de empleos y residencias médicas en la Argentina exclusivo para el área de la salud. El sitio, que ya se encuentra online, constituye una herramienta que atiende las características específicas y los requerimientos propios de este sector, ampliando las oportunidades y facilitando la inserción laboral de los estudiantes y profesionales de la salud en todo el país. Como una eficiente solución tecnológica para la búsqueda y el reclutamiento de profesionales, [Empleandosalud.com](http://empleandosalud.com) optimiza los tiempos y la gestión del área de recursos humanos brindando a los hospitales, sanatorios, clínicas, organizaciones y empresas una plataforma especialmente diseñada para ellos. Allí, podrán publicar gratuitamente tanto las ofertas de empleo para las especialidades de medicina, odontología, farmacéutica, psicología, bioquímica, enfermería, fonoaudiología, nutrición, obstetricia, kinesiología y salud general, como sus convocatorias a residencias y concurrencias. Asimismo, podrán administrar sus postulaciones, ofrecer toda la información que los postulantes necesitan y conocer la compatibilidad de los candidatos.

Gonzalo Aragone, Director Comercial de Empleando Salud, comentó al respecto:

"(...) Empleando Salud viene a satisfacer una necesidad real para el mundo de la salud porque contribuye a la inserción laboral, facilita a las organizaciones y empresas la búsqueda de los candidatos más adecuados y brinda a los hospitales un medio eficaz para publicar sus residencias procurando una solución integral y eficaz (...) Luego de meses de trabajo, que nos permitieron generar vínculos con cientos de instituciones y consolidar una base activa de miles de curriculums de estudiantes y profesionales de todas las carreras en ciencias de la salud, estamos muy contentos de poder anunciar oficialmente el lanzamiento de Empleando Salud".

Empleandosalud.com ofrece a los profesionales una herramienta de rápida inserción laboral, a los hospitales un canal de comunicación y difusión gratuito para publicar sus residencias y a las empresas la oportunidad de encontrar a los mejores candidatos de una forma simple y directa en el primer portal de empleos creado exclusivamente para el sector de la salud. ■



## SANOFI CONTINUA AMPLIANDO SU PORFOLIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

Sanofi (EURONEXT: SAN and NYSE: SNY) anunció la disponibilidad de su producto de insulina humana de acción intermedia en el dispositivo SoloSTAR®, un innovador sistema de inyección desechable tipo lapicera, fácil de utilizar y que requiere escasa fuerza para la aplicación.

De esta manera, Sanofi renueva su lugar protagónico en el campo de los dispositivos inyectores de insulina desde su primer dispositivo (el original OptiPen®) lanzado en 1987. La disponibilidad de este tipo de dispositivos contribuye a la individualización del tratamiento, ya que facilita la precisión y ajustes en la dosificación que cada paciente debe recibir. En efecto, SoloSTAR® cumple la normativa estándar aplicable, especificada por la ISO (*International Standards Organization*), incluyendo la normativa sobre precisión de las dosis especificada.

Hasta este anuncio, dicha insulina estaba disponible en el dispositivo OptiSet®, un dispositivo descartable que permite administrar dosis de hasta 40 unidades en incrementos de 2 unidades, en lugar de las 80 unidades con aumento de 1 unidad que permite administrar SoloSTAR®.

La insulina humana de acción intermedia en Sanofi es una insulina producida por tecnología de ADN recombinante, idéntica a la insulina propia del organismo. ■

## NUEVO TORNEO DE GOLF DE ADMIFARM GROUP



El 14 de abril pasado, se organizó un nuevo Torneo de Golf "ADMIFARM GROUP".

Se realizó en el Pilar Golf Club, ubicada en la localidad de Pilar, Provincia de Buenos Aires.

El evento contó con la participación de 150 jugadores, distribuidos en dos categorías para mujeres y cuatro categorías para hombres.

Como ya es habitual, compartimos un excelente día al aire libre y un gran nivel de juego de los participantes. ¡Los esperamos en el próximo! ■



## UNIVERSAL ASSISTANCE UNA VEZ MAS PRESENTE APOYANDO AL EQUIPO ARGENTINO DE TENIS

Universal Assistance S.A., a través de su marca Travel Ace Assistance, estuvo presente en Parque Roca, durante las jornadas en que se disputaron los cuartos de final de la Copa Davis por BNP Paribas entre Argentina y Croacia.

El equipo argentino, integrado por Juan Martín del Potro, David Nalbandian, Juan Mónaco y Eduardo Schwank, capitaneado por Martín Jaite, logró la victoria por 4-1 clasificándose a la siguiente ronda de semifinales, en donde enfrentará a República Checa del 14 al 16 de septiembre de 2012.

Travel Ace Assistance es asistencia al viajero oficial de la Asociación Argentina de Tenis. ■



# HEALTHHIMIS

management solutions

SISTEMAS PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS



# Nació CEMPRA

Una nueva Cámara al servicio de Empresas de Medicina Privada de todo el país.



Por el Dr. Juan Gabriel Seleme  
Presidente



**H**acia fines del año 2011 a raíz del debate público dado en torno de la ley de regulación de empresas de medicina prepaga, un nutrido grupo de estas entidades entendió que se requería una instancia superadora y distinta de las ya existentes que asegurase la participación de todas, sin importar su escala ni su origen. El propósito era, y sigue siendo, sumarse a la discusión para la mejora del sistema integrado de salud argentino.

Quedó así formalmente constituida el 14 de febrero pasado CEMPRA - Cámara de Empresas de Medicina Privada de la República Argentina - que nace con marcado espíritu federal para mostrar una realidad rica y compleja integrada por entidades altamente competitivas que por origen, organización, dimensión y estructura de costos, tienen características muy específicas.

A ella se han adherido y siguen sumándose entidades con o sin fines de lucro, como sociedades comerciales, asociaciones civiles, mutuales y cooperativas; en todos los casos con compromiso y objetivos francamente comunitarios y fuertemente arraigadas en las provincias y regiones que las vieron nacer y crecer donde desde hace años atienden la salud de sus afiliados.

Decimos que no nos gusta presentarnos por la diferencia, de hecho algunos de nuestros asociados integran ya otras cámaras del sector. Pero entendimos que algunos factores comunes nos unían a la hora de definir diagnósticos y propuestas con un afán constructivo. Quizás, ellos tengan que ver con la génesis de estas empresas o con el modelo de crecimiento adoptado - que parte desde el interior y eventualmente va hacia la Capital - pero lo cierto es que además de la expresión federal que defendemos está la riqueza y variedad de las realidades representadas.

Entendemos que, precisamente, esta variedad en la integración de sus asociados hace de CEMPRA una voz que sintetiza, a través de la conciliación de posiciones e intereses diversos, un consenso muy representativo del sector.

Uno de los objetivos que decidimos plantearnos como Cámara inicialmente fue superar la coyuntura de la discusión de los efectos de la ley y hacer aportes de largo plazo enfocados en la sustentabilidad de las empresas y en la satisfacción de sus afiliados, entendiendo que la ecuación para ser estable en el tiempo necesita de ambos términos. Más de 6 millones de afiliados están señalando que somos una realidad necesaria, elegida voluntariamente, que debe seguir existiendo por la vía de la armonización de derechos y obligaciones de ambas partes.

Ya desde el primer momento CEMPRA fue reconocida por las autoridades de aplicación, que la incorporaron a sus reuniones de trabajo. Nos hemos reunido con el Ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur, el Superintendente de Servicios de Salud, Ricardo Bellagio, el Secretario de Comercio Interior, Lic. Guillermo Moreno. Nuestra aspiración es trabajar activamente en la mejora del sistema en su conjunto, favoreciendo una mejor articulación del sistema público y privado.

Creemos que uno de los atributos de nuestra labor debe ser la proactividad, traducida en acercar propuestas y soluciones para una exitosa reglamentación de la ley.

En este sentido, advertimos que se ha legislado por el objeto de la prestación y no teniendo en cuenta el sujeto que provee dicha prestación lo que plantea desafíos a la sustentabilidad difíciles de sortear, sobre todo para organizaciones de menor escala.

Hemos, asimismo, detectado algunos vacíos que es preciso llenar y entendemos que la Argentina debe recorrer caminos similares a los recorridos por países de la región, planteándose la existencia de instrumentos que hagan viable la atención de enfermedades de alta complejidad y baja ocurrencia.

Como criterio general creemos que debe avanzarse en un sistema que no subsidie a organizaciones sino a pacientes.

En el futuro próximo los prestadores estarán abocados al diálogo con las entidades representativas de los trabajadores, con el fin de realizar los ajustes anuales de sus salarios. En esta etapa, hay una clara responsabilidad de reconocer las mejores condiciones de trabajo posibles a los trabajadores del sector, que velan por la salud de los usuarios. Esto conlleva al incremento de los costos de los prestadores, de modo que las negociaciones que son arduas porque naturalmente deben defenderse los derechos de todos los actores en juego y, entre ellos, los derechos de nuestros afiliados de las Entidades de Medicina Prepaga, porque se sabe que las mismas no pueden absorber aumentos sin trasladarlos a precios. Es claro entonces que nuestro sector no es formador de precios y que toda la negociación debe manejarse con gran responsabilidad y delicado equilibrio.

En suma, de cara al futuro son numerosos los compromisos y no carecemos de impulso y ganas para abordar la tarea. Entendemos que en la construcción del mejor sistema de salud para nuestro país debemos participar todos, pero siempre dentro de una lógica de trabajo consensuada y constructiva. □



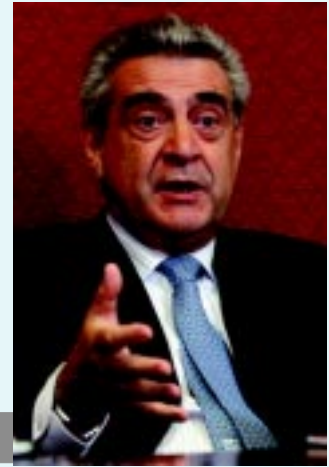
# LA SALUD ES UNA CONDICIÓN BÁSICA PARA EL DESARROLLO EQUITATIVO E INCLUSIVO

- ❖ Somos **10.000 centros** de diagnóstico y tratamiento médico.  
**15.000 profesionales** y **50.000 trabajadores** en todo el país.
- ❖ Análisis clínicos, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, radioterapia, consultorios médicos, oftalmología, odontología, kinesiología, diálisis y demás prácticas ambulatorias.

## ❖ CÁMARA DE INSTITUCIONES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Perú 590, Piso 4 (C1068AAB)  
Buenos Aires - Argentina  
Teléfono: 5235-7200 líneas rotativas  
Fax: 5246-9711

# En la salud el futuro es hoy



Por el Dr. Héctor Barrios

Director de Towers Watson

## IMPACTOS DEL COMPORTAMIENTO Y LA EDUCACION

El Instituto del Futuro -ITFF, Institute for the Future, según su nombre en inglés- es una organización no gubernamental sin fines de lucro con sede en Palo Alto, California, Estados Unidos, que se dedica a la investigación sobre cómo las nuevas tecnologías impactarán en el futuro en la salud de la gente.

Mientras tanto la organización denominada Derecho a Morir -Right to Die, según su nombre en Inglés también- con sede en Holanda, se encuentra impulsando que la eutanasia llegue a más gente: no sólo que las personas que se encuentran en situación de intenso sufrimiento elijan cómo y cuándo morir, sino que también impulsan cambios en la legislación actual para que las personas sanas mayores de 70 años, tengan el derecho a una muerte asistida si así lo desean.

¿Cabe alguna duda amigo lector de que nos encontramos en un mundo de grandes contrastes?

Por cierto, la preocupación sobre la salud, se encuentra presente en todas las áreas de la actividad económica: cómo influirá en la salud el consumo de tal o cual alimento, qué impacto tendrá el medio ambiente afectado por la polución o por los cambios climáticos, cómo repercutirá colateralmente el uso de un determinado medicamento, etc. etc. etc.

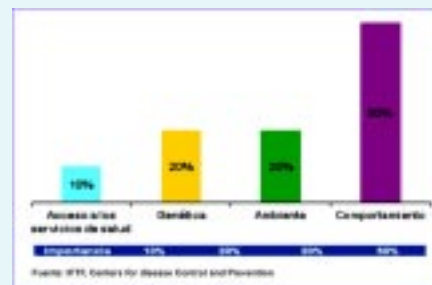
Pareciera que todo se encuentra relacionado con nuestra salud. Y en cierta medida, efectivamente así es. De hecho, el futuro del cuidado de la salud es una de nuestras mayores preocupaciones. Podemos decir, en ese sentido, que el futuro es hoy.

Preocupa el futuro hoy para las personas en actividad en la Argentina; preocupa saber cuál va a ser su cobertura médica a partir de su retiro. En general, cuando uno conversa con la gente común, no encuentra que la cobertura médica que brinda el INSSJP -más conocido por su Programa Pami- sea algo atractivo y deseado. Por el contrario, en los niveles de menores recursos seguir en la Obra Social de su actividad -Sindical- es una práctica cada vez más extendida y de igual forma, para los niveles medios y altos de la población, que ponen la continuidad en la medicina prepaga con la que cuentan a través de la empresa que trabajan -o en la Obra Social de Dirección a la que pertenecen-, como un objetivo primordial. Lamentablemente, ni el Hospital

Público -en líneas generales-, ni el Pami, parecen ser atractivos como efectores del sector salud. Naturalmente esto no es bueno. Tal vez algún día tengamos la suerte que, así como se pensó y sancionó una Ley de Regulación de la Medicina Prepaga -que obviamente era necesaria para regular una actividad clave-, también se sancione una ley que regule la atención a los pacientes del sector público en donde se establezcan, por ejemplo, tiempos máximos de espera para las cirugías y para la atención en general, de quienes concurren a los servicios. Cuidar la dignidad también es necesario.

Preocupa el futuro hoy para el común de la gente y en gran medida eso influye en su comportamiento. Y viceversa, porque si analizamos los resultados de las investigaciones sobre los factores determinantes de la salud, vemos que el comportamiento de las personas tiene una importancia fundamental sobre su salud:

## IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD



Considerando estos resultados resulta claro que la educación jugará un papel fundamental. Porque sin dudas es uno de los principales recursos con que cuenta el estado para llegar a la población y, sobre todo, a los grupos más postergados que son, obviamente, las franjas más vulnerables. En ese sentido, la escuela se encuentra llamada a cumplir un rol fundamental para la construcción del cambio. Y así como la conciencia sobre la Ecología ha tenido un crecimiento singular en los últimos 20 a 30 años, el gran desafío de cara al futuro será que a través de la educación se pueda influir en las personas para que logren tomar conciencia que en su comportamiento, se encuentra una de las claves de su salud futura.

Y en esto, el futuro es hoy. □





## Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

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

### Plan Médicos

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

(\* Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médico

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

Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a [consultassmgseguros@smg.com.ar](mailto:consultassmgseguros@smg.com.ar) / [www.smgseguros.com.ar](http://www.smgseguros.com.ar)

# El “rechazo” terapéutico”



Por el Dr. Jorge Piriz

Gerencia de Administración de Riesgo.  
SMG Seguros - Swiss Medical Group.

**C**uando los médicos nos encontramos con un paciente que rechaza “voluntariamente” el tratamiento que le hemos indicado, si dicha negativa implica que está exponiendo su salud a graves e innecesarios riesgos, nos estaremos enfrentando ante un dilema ético y a cuestiones legales que no podemos ignorar. Estas son algunas de las preguntas relacionadas con el tema que los médicos asistenciales suelen hacerles a los abogados y médicos legistas:

1. ¿Realmente un paciente puede tomar la “decisión personal” de no realizarse una práctica médica indicada por el profesional, aunque su negativa implique una alta probabilidad de graves daños en su salud o incluso la muerte?

Definitivamente la respuesta es “Sí”, pero siempre y cuando tengamos la precaución de que se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- Que quien esté tomando la decisión sobre “su propia salud” sea un paciente mayor de edad.
- Que se le haya brindado información adecuada, en forma clara y completa, sobre la naturaleza de su afección, los riesgos y beneficios del estudio o tratamiento indicado, las alternativas al mismo y, por último, las consecuencias y riesgos a los que se expone al rechazarlo.
- Que estemos ante un paciente “mentalmente competente”. Es decir, que esté en su sano juicio, que pueda comprender su situación clínica y la información brindada, y que se encuentre en condiciones de tomar decisiones respecto a su salud y su cuerpo.
- Que su rechazo o negativa sea un acto “voluntario”, es decir, que haya sido dado con discernimiento y libertad (sin coacción por parte de un tercero, como por ejemplo, un familiar).

Las condiciones anteriormente enumeradas deberán *necesariamente* estar siempre presentes, de lo contrario, dicho rechazo terapéutico podría llegar a cuestionarse como carente de validez legal.

Por lo tanto, de no cumplirse cada una de ellas, el médico no debería aceptar el RT, ya que hacerlo en estas circunstancias puede eventualmente comprometer su responsabilidad civil y/o penal. En estos casos, el médico debe agotar las medidas para intentar convencer al paciente, y si finalmente no lo consigue y claramente hay riesgo grave para la salud o la vida del mismo, tendrá que requerir la intervención judicial.

En el contexto de un RT, si la urgencia del caso (riesgo de muerte inminente) no admite las demoras que conlleva una judicialización, el médico deberá “actuar” en procura de salvaguardar la vida del paciente y luego dará aviso inmediato al juez relatando lo sucedido.

2. ¿Hay alguna ley u otra norma que avale el Derecho a rechazar un tratamiento?

Por supuesto. Veamos:

- ✓ La Constitución Nacional en su artículo 19 señala: *“Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.*
- ✓ La ley 153 Básica de Salud de la Ciudad de Bs.As. en su decreto 2316/03: En relación al Consentimiento informado determina que también deberá respetarse la voluntad del paciente cuando rechaza un estudio o tratamiento, siempre y cuando el mismo esté en condiciones de comprender la situación y las consecuencias de su negativa.
- ✓ La ley 17.132, la cual regula el ejercicio de nuestra profesión médica, dispone en su artículo 19, inciso 3, que *“los profesionales que ejerzan la medicina, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, están obligados a respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo en aquellos casos de inconsciencia, alienación*



mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos”.

✓ La nueva ley de los derechos de los pacientes (ley 26.529) En su capítulo I, artículo 2, inciso (b) dispone que *el paciente tiene derecho a que se respeten sus convicciones personales y morales...cualquiera sea su padecimiento*. En el inciso (e) en relación a la “Autonomía de la Voluntad” dice... *“El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad”*.

3. ¿Qué sucede cuando el RT es dado por los padres o representantes de un paciente menor de edad o con enfermedades mentales?

En aquellos casos en que quienes rechazan el acto médico sean los padres o representantes legales del paciente, bien sea porque se trate de un menor de edad o porque por su estado mental no se encuentre en condiciones de comprender y decidir, si la negativa es absurda o caprichosa, sin un fundamento razonable y definitivamente va en contra del mejor interés del paciente, entonces se deberá requerir la intervención judicial.

4. ¿Cómo debo asentar estas situaciones en la Historia Clínica (H.C.)?

Es indispensable que en la H.C. quede fehacientemente registrado: que el paciente al momento de manifestar su RT se encontraba lúcido y en pleno uso de sus facultades mentales; que podía comprender la información suministrada sobre su estado de salud y la terapéutica propuesta; que se le explicaron los riesgos a los que se exponía con su negativa; y que aun así dispuso en forma voluntaria no realizarse el tratamiento indicado, haciéndose responsable de sus decisiones. Lo ideal, aunque no es un requisito legal, es que sea un psiquiatra quien avale en la H.C. que el paciente tiene la competencia mental adecuada para comprender la situación y

tomar decisiones razonadas. Se debe tratar, -en la medida de lo posible-, que la persona que decide rechazar el tratamiento firme en la H.C. De negarse a este pedido, deberán firmar el médico y 2 testigos.

Para finalizar, veamos algunos fallos judiciales relacionados con el tema:

✓ La Corte Suprema de Justicia de la Nación en el paradigmático caso “Bahamondez” (1993) estableció que *“no resultaría constitucionalmente justificada una resolución judicial que autorizara a someter a una persona adulta a un tratamiento sanitario en contra de su voluntad, cuando la decisión del individuo hubiera sido dada con pleno discernimiento y no afectara el derecho de terceros”*. En este fallo el tribunal tuvo en cuenta los principios de autonomía y disposición sobre su propio cuerpo.

✓ En un fallo de la Suprema corte de justicia en la Ciudad de la Plata (año 2005; causa ac. 85627) la Jueza Cogan dispuso:

*“Juzgo que debe primar la autonomía de voluntad del paciente que en virtud de su derecho a la autodeterminación sobre su persona y su propio cuerpo, decide rechazar un determinado tratamiento médico, aunque esa negativa pudiera poner en peligro su vida”*.

En la misma causa el Juez Roncoroni consideró que *“El plan o proyecto de vida que cada persona elige, constituye una cuestión que, en tanto no genere efectos dañinos para terceros, le incumbe solamente a ella. Por ende, la salud y la vida del enfermo adulto y mentalmente competente queda a su entera disponibilidad”*.

A manera de resumen puede sin lugar a dudas afirmarse que el derecho a la vida y a la salud son derechos personalísimos, y por lo tanto patrimonio absoluto del paciente, siempre que comprenda la situación planteada y los alcances de su rechazo. □

**epicrisis**

Solución para médicos  
y profesionales de la salud

**Historia Clínica Electrónica  
y Agenda de Turnos**

Simple y Accesible | Seguro y Privado | Ideal para el Trabajo en equipo

**Servicio libre y gratuito**

Regístrate en [www.epicrisisweb.com](http://www.epicrisisweb.com)  
y comenzá a utilizarlo ya mismo!

...ante cualquier duda escribinos a  
[info@epicrisisweb.com](mailto:info@epicrisisweb.com)

# ¿Cómo hacer Seguros Públicos de Salud?



Por el Dr. Federico Tobar

La Argentina será federal o no será! Cualquier intento de transformación que no reconozca el protagonismo de las provincias será contranatura. Porque nuestra esencia es federal. Recordemos que las provincias tuvieron gobierno antes que la Nación. Repitamos, todos juntos, una vez más. "La salud no es una función delegada por las provincias a la Nación".

Entre las múltiples alternativas que se han venido discutiendo para fortalecer la gestión provincial merece destacarse la de construir seguros provinciales de salud. ¿Pero qué son seguros públicos? ¿Qué alternativas admiten?

La noción de seguros públicos de salud es controvertida. Se ha usado y abusado de ella. Se han formulado (y en algunos casos se ha implementado) esquemas de aseguramiento público como caminos para avanzar hacia la universalidad y equidad en las protecciones de salud. Pero también se la ha esgrimido como estrategia para privatizar la financiación (incorporando "coseguros") y la prestación (incorporando, desde los fondos públicos, contratos a proveedores privados). En algunos casos, como en el Seguro Popular de México y el Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), la propuesta generó reacciones y discursos encarnizados que si bien no consiguieron frenar las iniciativas, en parte las "demonizaron".

Para contribuir a este debate postulo, en este artículo, diez hipótesis sobre cómo organizar seguros públicos de salud en la Argentina:

## ¿Qué deben hacer los seguros públicos provinciales?

### 1. Que exista una identificación precisa de la población demandante de servicios (es decir asegurada) en cantidad y composición.

Esto implica la conformación y actualización de un Padrón único de Salud, que puede (o no) ser complementado con carnets,

credenciales o mecanismos alternativos de identificación de los usuarios / beneficiarios. La identificación es un instrumento para la proactividad del sistema. Las actividades de promoción exigen un seguimiento desde los prestadores hacia los ciudadanos que implica alarmas sobre controles periódicos, y promoción de conductas saludables. La prevención y el seguimiento de los pacientes, en especial los crónicos exige que los prestadores hagan un seguimiento individualizado.

### 2. Que permita alcanzar la cobertura universal del sistema de seguros de salud en la provincia donde se implementa.

La capacidad de los seguros provinciales para reorganizar el modelo asistencial es lograr la capacidad de mejorar la programación de la oferta y reorientar los flujos de financiación de los servicios. Por este motivo, para que los seguros involucren una reforma sobre el sistema local es necesario que toda la población que utiliza los servicios públicos de salud esté asegurada, ya sea por el seguro público por obras sociales o prepagas.

### 3. Que exista un plan único y explícito de beneficios cubiertos para los asegurados.

Se trata de garantizar formalmente (a través de normas legales) el paquete de prestaciones a los que los asegurados deben tener acceso, independizando las mismas de las disponibilidades de créditos presupuestarios. A su vez, se trata de que no haya dos asegurados con niveles de acceso diferente a las prestaciones.

### 4. Que incorpore incentivos a los prestadores y que sean independientes del ingreso del asegurado.



Separar el "precio" de la prestación de la capacidad de pago del paciente es un principio de los seguros sociales. Fue Armando Mariano Reale, a quien considero el "Gurú" argentino de la administración en salud quien me enseñó ese principio. En él reside la base solidaria del esquema de protección de la salud ya que cada uno aporta según sus posibilidades y demanda servicios según sus necesidades. Es fundamental que la transformación de los servicios públicos de salud no incorpore incentivos para privilegiar prestaciones a la población más favorecida. En todo caso, y si fuera necesario, sería interesante discutir si las retribuciones no debieran ser inversamente proporcionales a los ingresos de los asegurados en la medida que esta variable puede ser considerada como un *proxy* de riesgo y necesidades sanitarias diferenciales.

## 5. Que la organización del seguro privilegie el modelo de atención.

Es operando sobre la transformación del modelo de atención que podremos conseguir mejores resultados de salud. El sistema público tiene hoy una mayor orientación hacia el modelo de atención que las obras sociales y prepagas y es fundamental que no la pierda en un entorno de aseguramiento.

Privilegiar el modelo de atención implica asumir objetivos como:

- Partir del empadronamiento para nominalizar la responsabilidad primaria de los servicios sobre la población estableciendo a los CAPS y equipos de salud familiar como puerta de entrada al sistema.
- Recuperar la programación de acciones y servicios con base en la población y el territorio.
- Fortalecer las acciones de promoción, así como la detección precoz y la adhesión a los tratamientos.
- Reacreditar servicios definiendo con precisión cuáles son las competencias de cada nivel.
- Definir e implantar modelos de funcionamiento en red con cuidados progresivos y con nodos de referencia y contrareferencia en cada servicio.
- Garantizar la continuidad de la asistencia y del tratamiento evitando la peregrinación de pacientes entre diferentes especialistas y la conformación de corredores sanitarios.

## 6. Que no promuevan un esquema de competencia sino de cooperación entre prestadores.

Esta es la quintaesencia de la propuesta.

# Hemoglobina Glicosilada\*

## Método HPLC Estandarizado



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



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

\*Determinación avalada por organismos internacionales para el diagnóstico de diabetes y la identificación de la pre-diabetes ([www.diabetes.org](http://www.diabetes.org)).

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

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









LABORATORIO  
**HIDALGO**  
Análisis Clínicos

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

Este es el antídoto contra los errores de las propuestas defendidas en década anteriores que buscaban las soluciones para el sistema haciendo competir a los prestadores. La eficacia del modelo de atención propuesto descansa en una adecuada división de competencias entre los servicios y en su despliegue territorial. Se trata de un modelo planificado y no competitivo. Donde cada servicio hace lo que debe y no lo que quiere o lo que le resulta más rentable. Se trataría de un elemento distintivo de los seguros públicos que brindarían las mismas protecciones que las obras sociales y prepagas en el sentido de la integralidad de la cobertura. Es decir, no se trata de un esquema que brindaría menos prestaciones sino que lo haría de otra manera. Algunos fundamentos de la atención gerenciada (o en su versión original *Managed Care*) son más compatibles con la figura del seguro público de salud que con las obras sociales y prepagas. Por ejemplo, la integración vertical entre prestador y asegurador y el modelo de provisión directa complementado con una contratación selectiva de proveedores y las restricciones a la libertad de elección del prestador. Un esquema de funcionamiento en red requiere que cada servicio funcione allí donde hay necesidades identificadas de la población y brindando un conjunto muy bien definido de prestaciones.

## **7. El seguro público no compite con los demás seguros por la captación de asegurados.**

La población que haga contribuciones a la seguridad social, ya por la vía del empleo formal o del monotributo, tendrá opción de canalizar sus aportes a una obra social, quienes no lo hagan permanecerán cautivos del seguro provincial. El mismo es concebido como un esquema de protección social en salud que busca optimizar los recursos humanos de infraestructura, tecnología y financieros disponibles en el subsector público provincial para alcanzar la equidad en el acceso a la salud. Su éxito no debe depender del flujo positivo o negativo de beneficiarios sino de los resultados obtenidos en términos de distribución adecuada de la estructura, los procesos y los resultados. Esto requiere que se preserve (y en algunos casos se privilegie) una financiación centrada en la oferta de servicios.

## **8. Que los recursos financieros que sustentan el seguro involucren fuentes del tesoro provincial y nacional.**

El aporte de la financiación nacional es necesario para corregir desigualdades entre jurisdicciones y garantizar que todos los ciudadanos de todo el territorio nacional accedan a las mismas protecciones sociales

en salud. Pero también, es imprescindible que la mayor parte de la financiación del seguro provenga del tesoro provincial porque es éste quien ejerce la función de asegurados. Los seguros públicos pueden estar situados a nivel nacional, a nivel provincial o hasta a nivel municipal.

## **9. Que los servicios de salud reciban financiación vinculados con el cumplimiento de metas sanitarias.**

La recuperación de la programación de acciones y servicios permitirá definir metas sanitarias a ser alcanzadas por cada prestador y vincular la financiación a su cumplimiento (a través de compromisos de gestión). Un conjunto de condiciones hacen que esto resulte más factible, tales como la reacreditación de los servicios, la nominalización de la población y el diseño de redes con cuidados progresivos. A partir de ellos, será posible definir la función de producción de salud de cada servicio. Y luego verificar que cada servicio haya hecho lo que debía hacer.

## **10. Que se eliminen los subsidios cruzados en la financiación de los servicios de salud.**

Una de las ventajas del seguro público local de salud es que si el mismo permite la universalidad de la cobertura de seguros en el ámbito provincial y se puede identificar quién es el asegurador de cada ciudadano en salud, es posible eliminar las transferencias indirectas que se producen cada vez que un beneficiario de una obra social o un prepago asiste en un servicio público. Una alternativa es que los servicios públicos puedan celebrar contratos de prestación con otros seguros (prepagas y obras sociales). En algunos casos, como en la reforma sanitaria llevada a cabo por el gobierno socialista de Tabaré Vázquez en Uruguay, al avanzar hacia la universalidad del aseguramiento se restringió la oferta de servicios públicos solo a los beneficiarios del seguro público (en Uruguay se llama ASSE-Administración de Servicios de Salud del Estado) y permitir que cada establecimiento celebre contratos de provisión con otros aseguradores. También ocurre en Colombia donde, a partir de la ley 100/1993 los aseguradores (llamados EPS- Entidades Promotoras de la Salud) pueden integrar los servicios públicos. Otra posibilidad es mantener la universalidad del acceso a los servicios públicos de salud (como ocurre en la actualidad) pero garantizando de forma efectiva que cada prestación genere un flujo de recursos concreto a través del cobro con un nomenclador no inferior al que rige en el mercado privado. □



# Sumamos confianza a nuestros asegurados

- Brindando ventajas diferenciales en nuestras coberturas de Praxis Profesional Médica.



## Asistencia 0-800-TPC 24hs

Atención permanente a cargo de un equipo médico legista para el asesoramiento en la prevención de litigios y la gestión del riesgo.



## Cobertura Extendida sin costo

Incluye cobertura de hasta 10 años para cualquier incidente que haya sucedido durante la vigencia de la póliza.



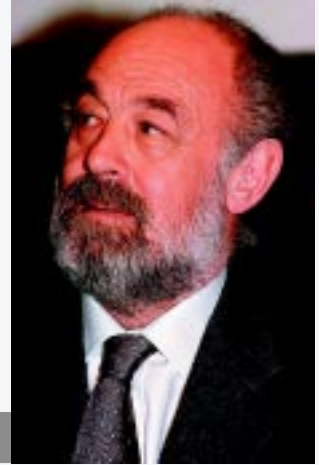
PRAXIS PROFESIONAL  
RESPONSABILIDAD CIVIL  
CAUCIÓN  
VIDA  
ACCIDENTES PERSONALES



# Salud Pública:

## Pensar en los otros, pensar en nosotros...

Por el Dr. Ignacio Katz



“el mundo es el resultado intencional de la conciencia”

*Edmund Husserl*

**A**lgunas palabras, con el correr de los años, parecen quedar relegadas. “Fraternidad” es una de ellas. Dice la propia Real Academia Española que ella es “amistad o afecto entre hermanos, o entre quienes se tratan como tales.” Hoy más que nunca hay que recuperar ese término y su significado, para construir un mundo más justo, y, en lo específico de nuestro campo, para crear un sistema de salud solidario.

Libertad, igualdad y fraternidad son las tres palabras claves de la proclama de la Revolución Francesa. Pero en el fragor de los debates ideológicos pareciera que las dos primeras se llevan todas las luces en el escenario. Sin embargo, la fraternidad, entendida como la ligazón entre los grupos del pueblo, y entre pobres y ricos frente a la adversidad, es fundamental para la nueva arquitectura sanitaria que el país se merece.

Lo fraterno no es patrimonio exclusivo de las religiones ni de la política; es una parte esencial de la atención médica, ya que en el campo de la salud, *la solidaridad no es una opción*; es una necesidad primaria para garantizarle dignidad al ser humano. En lo fáctico alcanza con subrayar el significado de la vacunación, cuya eficacia depende de su aplicación universal.

Hablar de salud en la Argentina fue siempre hablar de “pobreza”. Como si el estado sanitario de la población no afectara también a quienes tienen dinero para costearse una asistencia privada. Es una falacia pensar que si en los hospitales argentinos no hay gasa, o los médicos cobran salarios indignos, sólo se verán afectados los “carecientes”. De lo que se trata es de encarar políticas globales que tiendan a construir un sistema sanitario justo, racional y eficiente, a fin de responder a políticas públicas dirigidas a preservar el primario bien social como es el de la salud del ciudadano, verdadero valor de su dignidad y soberanía.

Para pensar y actuar en términos fraternales, no cabe la posibilidad de colocar remiendos en el ámbito de la salud, o de creer que las enfermedades, las carencias hospitalarias, la escasez de personal auxiliar o las demandas que genera el envejecimiento de la población interesan solamente a los involucrados

directamente por esas situaciones. Lo que sucede en los hospitales tiene repercusión, más o menos directa, en todo el país; sea porque lo que allí acontece implica uso de recursos económicos y humanos, sea porque se ponen en juego aspectos legales, o porque las enfermedades involucran fundamentalmente a semejantes, a ciudadanos con derechos. De ahí que no podemos dejar de pensar fraternalmente para mejorar la atención médica. Los que sufren son otros como nosotros, o mejor dicho, son nosotros el día de mañana.

Durante estos 14 años de vida de la *Revista Médicos* han transcurrido todo tipo de sucesos políticos, económicos, culturales y sociales, que obviamente han impactado en la condición sanitaria. Desde estas páginas siempre se ha apuntado a poner a la luz los elementos imprescindibles para reconstruir los lazos de fraternidad, deteriorados en las últimas décadas, especialmente a partir de 2001. La falta de enfermeros, la Gripe A, los problemas cardiológicos, la obesidad, el envejecimiento, la problemática de los trasplantes, el estado del cáncer en la Argentina, el manejo de las obras sociales, la ausencia de historias clínicas compartidas, la desarticulación de instituciones sanitarias, el rol de las universidades y de los hospitales como capacitadores; todos esos aspectos han sido examinados desde estas páginas.

Y hoy nos toca justamente recordar el aspecto “nodal” que representan los hospitales: el de ser el sitio de formación continua para los profesionales de la salud. Si hablamos de lo imperioso de rescatar la idea de fraternidad, el escenario clave para desarrollarla es el del hospital, eje central de la actividad médica. Dentro de ese tipo de institución confluyen tres componentes básicos de su estructura: la asistencia, la docencia y la investigación clínica. Es precisamente la investigación médica la que conforma el espacio de reflexión científica ejercida en sus ateneos clínico-quirúrgicos, los que nutren entre otros componentes la profesión, unificando la actividad del personal de la salud. Además, así se consolidan los conocimientos posibilitando al hospital alcanzar la categoría de una verdadera “escuela de formadores” e instalándose como un participante activo en la educación médica continua. Hoy tenemos más información pero serán los maestros médicos los que harán que sepamos más.

Un aspecto del énfasis en la fraternidad social que debemos reconstruir, es el de estas instituciones como escuelas, ya que como consecuencia de los



avatares sufridos por el país, se ha resentido su nivel. No podemos desentendernos de lo que pasa tras esos muros, más allá de si faltan gasas o no. Tenemos que revertir estas secuelas -unas de tantas- para recuperar la práctica de la salud pública.

La Argentina supo estar a la vanguardia de este sistema. Hay que volver a insuflarles a los hospitales nacionales la energía, estructura y recursos necesarios para que sean verdaderos "templos del saber", en donde además de la atención de la salud, los médicos aprendan y desarrollen sus conocimientos de manera sistemática y en permanente contacto con el "trabajo de campo" que revitaliza la interacción profesional.

La historia nos enseña que ninguno de los cambios se realiza sin obstáculos, y son las herramientas de gestión y organización las que, al servicio de la dirigencia, posibilitan transformaciones estructurales, que, mediante políticas públicas, encuentran la solución a las necesidades que una vida digna demanda. En ese sentido, el hospital, como caja de resonancia en la que se cruzan pacientes, prestadores de salud, tanto públicos como privados, y profesionales del área, necesita de este impulso que haga recuperar a los nosocomios como centros educativos. Llegados a este punto, vale recordar lo expresado por Max Weber: "La ética de los políticos no se refiere sólo a sus principios, sino a la responsabilidad por las consecuencias de su accionar".

En el área de la salud, sólo con recursos no alcanza. Se requieren mayores niveles de coordinación y articulación guiados dentro de una planificación donde sobresalga el rol del Estado, de manera de asegurar el comportamiento del mercado regulado en su correspondiente participación. Es imprescindible que las autoridades nacionales ejerzan un rol tutelar para orientar el sistema sanitario hacia las coordenadas que garanticen más y mejor atención, y más y mejor capacitación profesional. Este rol rector del Estado es clave, ya que está en juego su relación con los ciudadanos, a fin de alcanzar una lógica racional en el accionar del *espacio sanitario* y hacerlo más justo y sostenible. Ya Confucio decía: "La equidad es el tesoro de los Estados". Y no puede pensarse a éste sin su papel garante en el área de la salud ya que representa el participante esencial para el mantenimiento de un sistema federal integrado.

Hoy no podemos llamar a la actual fragmentación del campo sanitario "crisis de progreso", ésta no es producto de contradicciones operativas insalvables. Se trata de ausencia de una planificación estratégica que termina por socavar la estabilidad dinámica (con sus más y sus menos) del plano en el que se asienta la atención médica de nuestra población.

La secuencia lógica de todo proceso está dada por conocer-comprender-discernir-decidir. En estos verbos están contenidas las acciones necesarias para desarrollar una dinámica transformadora. Los hospitales son el campo propicio para consolidar lo que proponemos. Hay que dejar de verlos únicamente como espacios de asistencia sanitaria para recrear su aspecto formativo a niveles de excelencia. □

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

# UNIVERSIDAD ISALUD EDUCACION PARA LA TRANSFORMACION

## MAESTRIAS y ESPECIALIZACIONES 2012

### ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD

Res. N° 814/99 M.E. - CONEAU Res. 473/09 Categoría B.

### SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Res. 184/99 M.E. - CONEAU Res. 474/09 Categoría B

### ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

Res. N°1529/07 M.E. - CONEAU Res. 246/10 Categoría B

### AUDITORÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Res. N°02/09 M.E. - Proyecto aprobado por CONEAU.

### MEDICINA LEGAL

Res. N° 94/02 M.E. - CONEAU Res. 208/07

### FARMACOPOLÍTICAS

Res. 1777/10 M.E.

### PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

CONEAU Expte. 804-122/10

### GESTIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

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

### GESTIÓN DE SALUD AMBIENTAL

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

### GESTIÓN DE SERVICIOS EN DISCAPACIDAD, SALUD MENTAL Y GERONTOLOGÍA

Disc. Res. N°1813/08 M.E. - CONEAU Res. 247/10 Categoría C  
Ger. Res. N°275/00 M.E. - CONEAU Res. 410/04 Categoría C  
SaMe Res. N°499/02 M.E. - CONEAU Res. 243/10 Categoría C.

# 5239.4000

[www.isalud.edu.ar](http://www.isalud.edu.ar)

[informes@isalud.edu.ar](mailto:informes@isalud.edu.ar)

Venezuela 931/847/758 | CABA

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

**ISALUD**  
1991-2011

# Concentración y control de precios (1)



Por Patricio Pasman

patricio@pasman.com.ar

**C**on preocupación se discute en diferentes ámbitos la actual concentración de las entidades de medicina prepaga y su futura aceleración a raíz de la nueva ley que las regula. Incluso se escuchan voces que el sector no va a existir más dentro de 10 años.

En el debate en el Congreso sobre la ley, varios diputados utilizaron como principal argumento para promulgar la misma, que el mercado estaba concentrado en 5 empresas con posición dominante y que por este motivo era necesario, por ejemplo, ejercer un estricto control de precios.

La actual ley surge fundamentalmente por el fuerte reclamo de las organizaciones de defensa al consumidor y no, lamentablemente, como una necesidad de legislar sobre el sistema de salud de todos los argentinos (...y argentinas), que bastante falta hace por cierto.

A muchos expertos no les gusta que se hable del "mercado o la industria de la salud". No me voy a enfocar ahora en este debate. La ley habla de usuarios y desde esa mirada de "consumidores" propongo que analicemos el tema, ya que es mi intención cuestionar esta idea de mercado concentrado y la necesidad de control de precios por posición dominante.

Venía pensando en este tema de la concentración de entidades de medicina prepaga mientras volvía del trabajo cuando mi mujer me llamó desde su teléfono celular. No se escuchaba muy bien pero

alancé a entenderle que necesitaba que pase por el supermercado a hacer unas compras y preguntarme si tenía novedades sobre nuestro viaje de aniversario de casados a Salta.

Inmediatamente, por lo mal que se escuchaba, pensé que tenía que elegir una nueva empresa de celulares y noté que tres empresas concentran el 97% del mercado. Sobre el viaje a Salta estaba en la duda si ir en avión donde dos empresas tienen el 97 % del mercado de cabotaje o cambiar el auto notando que las primeras 6 empresas concentran el 80%. Sintiendo que debido a esta posición dominante todas iban a aprovecharse de este humilde consumidor, decidí enfocarme en la ida al supermercado aunque nuevamente me desilusioné ya que los 4 hipermercados líderes suman un 72% de participación.

Me reconforté imaginando que en el supermercado tendría disponible largas góndolas repletas de productos de muchas empresas que compiten agresivamente para que pueda beneficiarme como consumidor eligiendo aquellas que tengan mejor calidad y precio.

Pese a la mala señal del celular, alcancé a escuchar que tenía que comprar: azúcar (1 empresa concentra el 75% del mercado), algunos lácteos (2 empresas concentran el 80%), repelente de mosquitos (1 empresa el 95%), aceite (2 empresas 80%), latas de tomate (1 empresa 70%), mayonesa (2 empresas poseen el 95%), cerveza (2 empresas el 96.5%) pan para hamburguesas (1 empresa, que



ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

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

ACLIBA II: Lavalle 51 Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

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

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



hasta hace unos pocos años eran dos, concentra el 76%), y varios productos más en los cuales no hice la cuenta para no deprimirme más. En la puerta de casa encontré la factura mensual de la empresa de TV satelital. Me pareció muy cara, sin embargo por mi domicilio no pasa el cable y es la única oferente. Agua y ajo dirían en el barrio.

Pese a estar conforme con mi actual entidad de medicina prepaga, comencé a analizar las opciones de empresas que, con absoluta tranquilidad, contrataría para la cobertura médica de mi familia. En pocos minutos encontré 24 entidades posibles para elegir. Algunas son obras sociales y otras empresas de medicina prepaga. Sin embargo, me llamó aún más la atención visualizar que de las 24 posibles alternativas, había 18 que eran entidades isin fines de lucro! No me resulta creíble desde ningún aspecto, que estas 24 entidades puedan ponerse de acuerdo en abusar de mi rol de consumidor con información asimétrica estableciendo precios con márgenes extraordinarios de ganancia.

Sinceramente, me los imagino como en cualquier mercado donde hay muchos oferentes compitiendo, en que me decida por aquel que brinde la mayor cobertura, mejor calidad de servicio y una buena relación costo beneficio.

Para poder entender un poco mejor este tema, me conecté a internet por la banda ancha que tengo instalada en casa (prometo para no aburrirlos ni deprimirlos más que es la última que analizo, pero

tres empresas concentran el 90%) y me puse a leer la ley 22.262 de Defensa de la Competencia, concentrándome en sus puntos más relevantes.

## EL ABUSO DE POSICION DOMINANTE

El poder de mercado puede definirse como la capacidad de un agente económico individual (o de un grupo de agentes que actúan coordinadamente) de influir sobre los precios del mercado, y en ese sentido representa la contracara del supuesto de la competencia perfecta por el cual los agentes son tomadores de precios.

Es también una cualidad que puede ser poseída al mismo tiempo por varios agentes que actúan de manera independiente, cosa que no sucede con la posición dominante, ya que la misma sólo puede ser ostentada en un mercado por una única persona o por un grupo de personas que actúan de manera concertada (cártel).

La idea de ejercicio del poder de mercado tiene que ver con decisiones que toman las empresas para incrementar sus beneficios a través de acciones que influyen sobre los precios del mercado.

## MERCADO DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

Para analizar si al sector le cabe lo descrito en la ley de defensa de la competencia como abuso de

**Fundación Sanatorio Güemes**  
Hospital Universitario  
ENTIDAD ASOCIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

F. Acuña de Figueroa 1240, Piso 20, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina  
Tel. (011) 4959.8365 · [docencia@fsg.org.ar](mailto:docencia@fsg.org.ar)  
[www.fsg.org.ar](http://www.fsg.org.ar) · [/fundacionsanatoriogüemes](https://www.facebook.com/fundacionsanatoriogüemes)

posición dominante, debo dejar de lado mi situación personal de 24 entidades posibles de contratar y establecer objetivamente cómo está actualmente repartido el mercado entre las empresas oferentes. También es necesario reflejar algunas particularidades especiales del sector.

Para estimar la participación de mercado de una empresa, lo primero que hay que hacer es definir el universo sobre el cual se va a calcular. Por ejemplo para estimar la participación del líder del mercado de mayonesas, debo conocer primero los frascos o kilos vendidos de sus marcas y dividirlo por la cantidad total de frascos o kilos que se venden en la Argentina. La diferencia con el sector de entidades de medicina prepaga, es que los 40 millones de argentinos tienen la cobertura médica del Estado mediante el acceso al Hospital Público. Millones de personas deciden todos los meses si siguen pagando la cuota de su mutual, prepaga u adherencia a una obra social o si se quedan solamente con la cobertura estatal. Si volvemos al ejemplo anterior, la gente decide todos los meses si le compra la mayonesa a una empresa privada o toma el frasco que le entrega en forma gratuita el Estado. Suena absurdo y está claro que intento provocar el debate a través de la comparación, pero así como los Bancos Privados compiten con los Bancos Públicos y los Colegios Privados compiten con la Escuela Pública, las entidades de medicina prepaga compiten con el Hospital Público. Como consumidores y por sobre todo como argentinos, todos soñamos y aspiramos que esta cobertura estatal sea percibida como superior a la privada. El mejor ejemplo es la Universidad de Buenos Aires. En varias carreras la UBA es percibida como de igual o mayor calidad que algunas universidades privadas.

Si definimos como universo al total de habitantes del país, una entidad con 400 mil usuarios tiene un 1% de participación de mercado. Las 12 entidades más importantes que compiten en el sector, reúnen aproximadamente 4,2 millones de usuarios. Es decir que apenas llegarían a concentrar el 11% del mercado.

Desde otro punto de vista más conservador y para evitar ser acusado de defender la "corpo prepaguiста", podemos establecer el universo excluyendo a los aproximadamente 14 millones de habitantes que no tienen obra social ni prepago de acuerdo a los datos del censo 2010 que probablemente están imposibilitados económicamente de acceder a una prepaga. En este caso, la entidad de 400 mil usuarios tiene un 1,5% de participación y las 12 primeras un 16%.

Podemos excluir a los 3 millones de las Obras Sociales Provinciales, a los 4,5 millones del INSSJP (Pami) y al millón de habitantes que se encuentran en programas estatales de salud y obras sociales como Fuerzas Armadas, DAS, etc. Nos queda un universo de 17,5 millones. La entidad de 400 queda con 2,2% y las 12 primeras un 24% de participación.

Finalmente podemos excluir a un grupo de obras

sociales sindicales que, pese a poder ser elegidas por los beneficiarios, no comercializan proactivamente en el mercado sus planes. Tomando los datos del censo 2010 hay 4 millones de usuarios que manifestaron tener prepaga a través de una obra social y 2 millones tener prepaga por contratación directa. Queda un universo de 6 millones. La entidad de 400 mil usuarios queda con una participación de 6,66% del mercado y las primeras 12 empresas concentran un 70%.

Es decir que desde el punto de vista más forzado de cálculo queda un mercado bastante más atomizado que la cerveza y las aerolíneas por cierto.

Hasta los economistas más liberales aceptan que el Estado debe intervenir en los mercados monopólicos u oligopólicos, en especial si estamos hablando de salud. Como dice la ley de defensa de la competencia, en casos de abuso de posición dominante. No es lo que sucede en el sector y el control de precios que se ejerce actualmente, lamentablemente acelera el proceso de concentración.

La paradoja es que la nueva ley y el control de precios en un mercado que se regula de la mejor forma conocida hasta el momento que es mediante el libre juego de la oferta y la demanda, va a provocar una mayor concentración.

Esto va a suceder porque todos pierden en este escenario, pero en diferentes grados y los más grandes pueden aguantar durante más tiempo trabajar con márgenes mínimos o a pérdida.

Para graficarlo veamos qué sucede actualmente. Los prestadores deben pagar los aumentos de sueldo de las paritarias del sector en el mes de vigencia de la misma. A los financiadores pequeños y medianos le aplican el aumento de aranceles en forma inmediata (desde el punto de vista económico, ya que financieramente recién lo cobrarán a los 60 o 90 días). Sin embargo, los grandes financiadores tienen mayor poder de negociación y sólo pagan el aumento una vez que el Gobierno les autoriza el incremento de sus cuotas.

Para finalizar, no coincido con los que pregonan el fin del sector. No creo en escenarios apocalípticos y vislumbro un futuro donde las empresas más hábiles, irán adaptándose mejor a las nuevas reglas de juego como escribí en el número anterior de la *Revista*, (ver Edición 68 - Las empresas se ponen las zapatillas).

Si estoy equivocado, sólo espero que como decía el gran Discépolo encontremos "un pecho fraterno para morir abrazao" o como canta hoy Sabina "que el fin del mundo nos pille bailando". □

**(1) La fuente de participación de mercado de Prepagos es en base a datos propios. El resto de las industrias son datos estimados tomados de distintos informes de Cámaras y trabajos sobre concentración de mercado en la Argentina disponible en distintos sitios de internet.**



# PROTECCIÓN PARA QUIENES NOS PROTEGEN



## RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL **PRAXIS MÉDICA**

**PRUDENCIA**  
Seguros 

# Obras Sociales y Prepagas

# Integración del sistema

**El Superintendente de Servicios de Salud, Dr. Ricardo Bellagio, expuso sobre la regulación de la Medicina Prepaga y las diferentes medidas que desde ese organismo se intenta implementar para avanzar en la integración del sistema de salud en la Argentina.**

**E**n el marco del ciclo abierto de la Maestría en Administración y Sistemas de Servicios de Salud de la Fundación Sanatorio Güemes, el Dr. Ricardo Ernesto Bellagio disertó acerca de la gestión que viene llevando a cabo en la Superintendencia, en ese sentido abordó el debate sobre las prepagas en el país, refiriéndose a la reciente regulación de esas entidades, y delimitó los alcances de la ley 26.682, a partir de su reglamentación. Además, explicó el funcionamiento del sistema de trazabilidad, que a partir de junio de este año sufrirá modificaciones para mejorar el circuito de dispensa de medicamentos.

La presentación del invitado estuvo a cargo del Director de la Maestría de la Fundación, Dr. Mario Iván Lugones, quien afirmó: "La ampliación de la cobertura en salud entre obras sociales, prepagas y Pami llega hoy casi al 64% de la población, por primera vez la Superintendencia tiene bajo su control a obras sociales y prepagas, y destacó: es quizás una buena oportunidad para que el Superintendente nos cuente su visión sobre la actualidad y el futuro de la integración del sistema.

El Dr. Ricardo Bellagio,

comenzó su discurso refiriéndose a la dificultad que reviste la integración del sistema de salud en el país: "Si nosotros nos preguntamos quién determina y realiza políticas de salud en la Argentina, cada uno de nosotros va a decir algo, pero ninguno va a mencionar una persona o institución puntual. Creer que la salud en la Argentina la define el Ministro de Salud de la Nación o el COFESA es completamente erróneo", inició. En ese sentido, reconoció la existencia de subsistemas públicos, privados y de seguridad social "desde el financiamiento y la prestación", pero aclaró que "lo que se necesita es un único sistema de salud integrado".

## EVOLUCION DEL PADRON

El Superintendente hizo mención, además, a la evolución de la población y al crecimiento del padrón de las Obras Sociales. "Con la ley 18.610, la primera ley de obras sociales, el 99.9% del padrón de beneficiarios, en esa época, era asalariados por aporte y contribución. El tipo de beneficiarios que hoy tenemos no estaban contemplados en esa ley. ¿Quién hubiera pensado -se preguntó-, hace 40 años atrás, que hoy tendríamos monotributistas, personal del servicio doméstico, subsidio por desempleo o jubilados y pensionados españoles?" Agregó, y comparó esos datos con la actualidad, en la que los asalariados

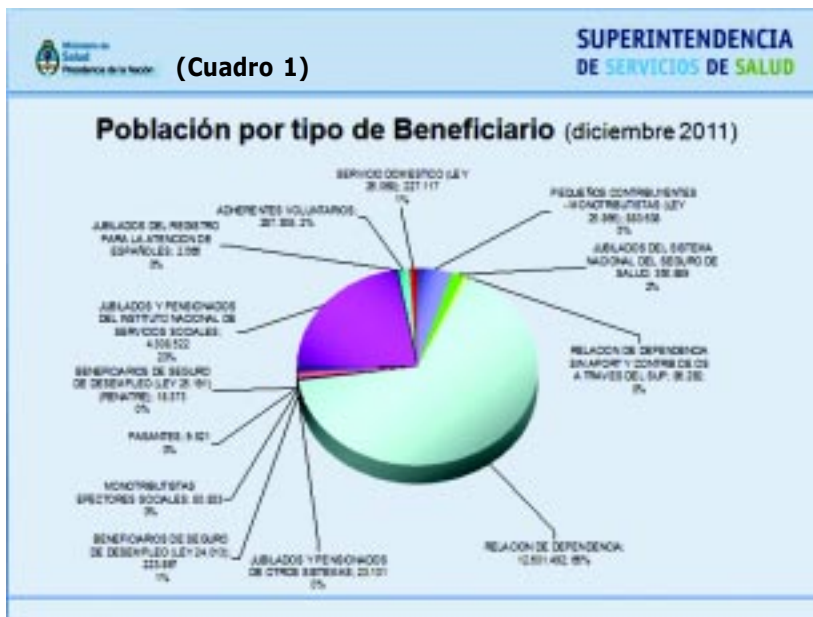


**Dr. Ricardo Bellagio,  
Superintendente de  
Servicios de Salud.**

del padrón son solamente el 66%. En cuanto a los números globales, explicó que "en 2003 el sistema tenía 14 millones de personas con Pami incluido, y en 2011 terminamos con 19 millones de personas" (ver cuadro 1).

El funcionario destacó, las cifras correspondientes a los afiliados por rango de edad y sexo. "De un total de 18 millones de población con el que contábamos en el 2010 cuando se realizó este esquema, 9.230.000 eran mujeres y casi 9 millones varones", resaltando como positivo el hecho de que la mayoría de esta población se encuentra en el rango más favorable para realizar una planificación en salud, que es de 15 a 49 años. "En la Argentina tenemos una pirámide positiva de población", aseguró. (Ver cuadro 2)

Bellagio destinó también un párrafo a la baja cantidad de discapacitados con que cuenta el sistema, que representa el 1% del total. "¿Podemos tener esta cantidad de discapacitados en el padrón?", se preguntó, para luego responderse "es poco". "Sin embargo -destacó-, estos 128.000 casos consumen el 40% del presupuesto de la Administración de Programas Especiales (APE) por intermedio de la ley 24.901."



### EVOLUCION DE LA OPCION DE CAMBIO

El Superintendente recordó que una de las primeras medidas que tomó al asumir su cargo, como consecuencia de las denuncias penales por falsificación de firmas, fue la de establecer la certificación de firma de los beneficiarios que realicen la opción de cambio, por escribano o funcionario

certificante. Señaló que en aquel momento la cantidad de altas de opciones por año se vio disminuida a raíz de esta medida. "Sin embargo, a pesar de la existencia de la certificación de firmas, y para evitar irregularidades, hemos firmado un acuerdo con la AFIP, por el cual desde el mes de abril, para hacer una opción de cambio, el beneficiario va a tener que utilizar





# FEFARA

Federación Farmacéutica

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

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



su clave fiscal a fin de poder optar por otra obra social."

Ricardo Bellagio presentó cifras que muestran un aumento de las opciones de cambio de monotributistas, y lo vinculó también a la insatisfacción del beneficiario hacia el sistema, "producto de obras sociales que no los reciben, otras que les dicen que les van a dar una determinada prestación y después no la cumplen", ejemplificó. (Ver cuadro 3).

## PADRON DE MONOTRIBUTISTAS

Como explicó el Superintendente, existen varias categorías dentro del régimen monotributista: "Por un lado, están los monotributistas comunes, que son aquellos que pagan su cuota según la categoría en que se encuentren, y, por otro, están los llamados 'efectores sociales', que se dividen en: monotributistas agrarios, los del programa 'Argentina Trabaja', y los cooperativistas. En el caso de los monotributistas del programa 'Argentina Trabaja', el total del gasto en salud corre por cuenta del Estado. En cambio, en el caso de los cooperativistas, el cincuenta por ciento de la cotización de salud la paga el monotributista y el otro cincuenta por ciento lo afronta el Estado, a través del Ministerio de Desarrollo Social.

El Superintendente destacó, asimismo, la importancia de la Evolución Anual del Subsidio Automático (SANO): y destacó la diferencia en la operatoria: "Antes, la cotización era por ingreso y ahora subsidiamos por el gasto; con el objetivo de evitar que las obras



Dr. Ricardo Bellagio y Dr. Mario Lugones.

sociales rechacen a las familias numerosas".

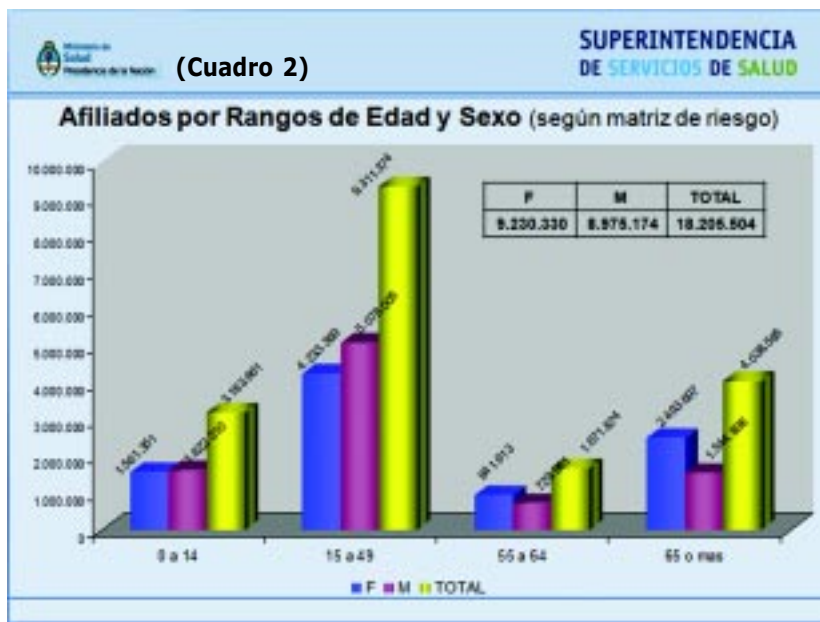
Bellagio sostiene que "el proceso de inclusión social permite que más del 57% de la población esté dentro de la seguridad social nacional y provincial", lo que da cuenta de más de 24.000.000 de personas. Sin embargo, admitió que esta inclusión social no supone una integración real: "No podemos incluir gente sin integrarlos al sistema, el Sistema de Salud es único".

## MEDICINA PRIVADA: LA REGULACION

Promediando la exposición, el funcionario abordó el tema central de la convocatoria, vinculado a la reciente regulación e inclusión de las entidades de medicina prepaga bajo la órbita de la Superintendencia. Sobre dicha ley, el Su-

perintendente recordó el primer obstáculo que debieron enfrentar luego de su sanción: "Cuando salió esta legislación, nos encontramos con el problema de quiénes estaban comprendidos. No era una ley para regular el sistema de medicina privada, sino que regulaba empresas de medicina privada comerciales", contó y manifestó: "Nos dimos cuenta, en consecuencia, de que todos los que tenían planes de adherentes o por cuotas, no estaban contemplados". Para dar solución a esta problemática, la Superintendencia se reunió con la Presidenta de la Nación y propuso un esquema de regulación desde el punto de vista del objeto y no del sujeto: "De esta manera, todos los que realicen una actividad de medicina privada están comprendidos en la ley". Actualmente, gracias a la gestión llevada a cabo, los sujetos que comprende esta Ley, que entró en vigencia en mayo de 2011, son:

- Las Empresas de Medicina Prepaga definidas en el artículo 2º de la Ley.
  - Las Obras Sociales comprendidas en el artículo 1º de la Ley N°23.660 y las entidades adheridas o que en el futuro se adhieran como agentes del seguro al Sistema Nacional del Seguro de Salud regulado en la Ley N° 23.661, por los planes de salud de adhesión voluntaria individuales o corporativos, superadores o complementarios por mayores servicios médicos que comercialicen.
  - Las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones con los alcances establecidos en el segundo párrafo del artículo 1º de la Ley.
- Sobre el alcance de la ley,



explicó que "considera a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten; cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa."

El disertante se refirió además al trámite de inscripción para las entidades de medicina prepaga: "Con la resolución 55 de la Superintendencia de Servicios de Salud apuntamos a conocer más sobre las EMP: saber quiénes son, quiénes integran estas entidades - explicó, y añadió-. Entonces, implementamos el registro a través de la Web de la SSSalud: durante el proceso, se le brindó una fecha de inscripción que posteriormente se plasmó en un comunicado enviado por la Superintendencia, con los detalles del día y la hora en que se debían presentar."

El funcionario abrió un paréntesis y se dirigió al público: "¿Cuántas empresas hay inscriptas? Yo pensé que había muchas más de las que realmente tenemos -admitió y declaró-. Hay 568 empresas inscriptas, las estamos tipificando para saber quiénes son". En palabras del disertante, la cantidad de entidades se debe a que "se pueden anotar con planes parciales o planes del PMO". A pesar de esto, Bellagio señaló que existen dicotomías. Uno de los principales problemas de estas entidades es que no pueden cumplir con el Programa Médico Obligatorio.

### EL TRASPASO DEL APE

El funcionario se refirió además al reciente traspaso de la Administración de Programas Especiales (APE), que quedó bajo la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud. Bellagio infor-



mó que la AGN notificó varias irregularidades entre el 2005 y principios del año 2010 sobre acciones que se llevaron a cabo en el APE. "Sin embargo -destacó-, que en el informe sobre la Superintendencia se destaca que el padrón de beneficiarios de obras sociales presenta tan sólo un 0.06% de desvío". Para finalizar este tema dijo que "a través de la AGN y dado que tenemos el APE, podemos conocer con certeza cuál es la totalidad del padrón que tiene cada una de las obras sociales y vamos a poder comparar el de las EMP con el padrón de la SSSalud", lo cual permitirá detectar las duplicaciones que puedan existir entre ambos padrones.

"Nosotros entendemos que si son beneficiarios de la seguridad social tienen cobertura de la APE porque las patologías de la Administración de Programas Especiales están contempladas en el PMO y éste tiene que ser garantizado a través del sistema de la seguridad social", sentenció.

### PLAN SUPERADOR

El Superintendente también se refirió al trabajo que se encuen-

tran realizando para definir qué es un plan superador o complementario, "ya que todos hablamos de esto, pero no está definido», explicó. En este sentido, subrayó que "las EMP deben determinar un Plan Médico Asistencial (PMA) ante la Superintendencia, dado que necesitamos conocer el PMA básico que ofrecen y que no puede ser inferior a lo que establece el PMO".

En cuanto a las prestaciones de Salud, el funcionario definió la obligación de las EMP: "Garantizar en sus planes de cobertura médico asistencial, el PMO vigente según la resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la Ley 24.901 y sus modificatorias".

Sobre esto aclaró que la idea "no es castigar a estas entidades sino darles un tiempo, decirles qué deben cumplir, y analizar en forma conjunta cómo se van a adecuar a esto".

Por otro lado, Bellagio anunció que firmará un acto administrativo que incluya en su anexo un modelo de convenio al que deberán adecuarse los contratos que se suscriban entre las entidades y los usuarios.

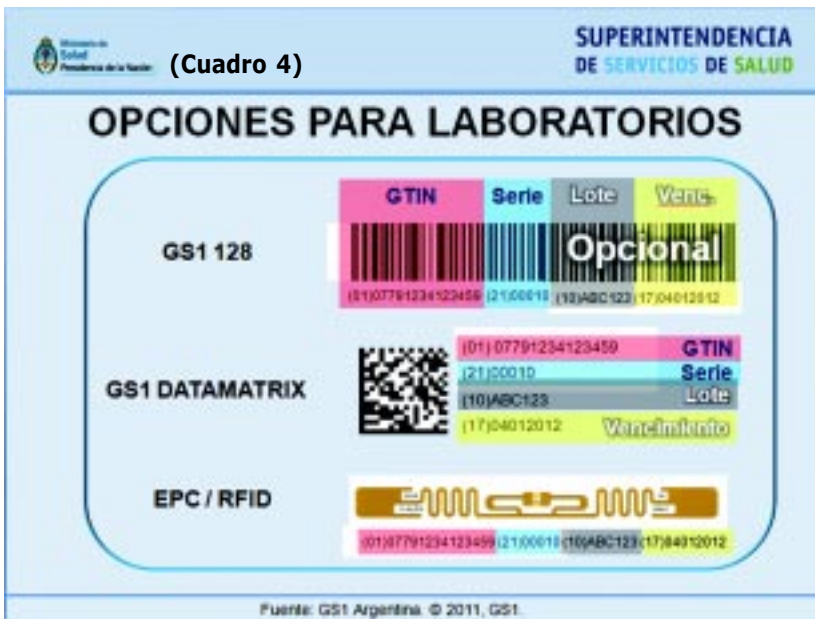


**Su salud en las mejores manos**

**Avda. Independencia 2852**  
**Ciudad Autónoma de Buenos Aires**  
**Call Center 0800-333-3313**



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



(Cuadro 4)

público para tener todas las certezas de que ese camino se trazó sin ningún tipo de problema”, explicó, y enumeró los siguientes “principios básicos que rigen a este sistema”:

- ✓ *Identificación unívoca de los medicamentos* utilizando soportes físicos variados.
- ✓ *Registro de la Información:* cada eslabón de la cadena de distribución debe registrar los movimientos logísticos de los medicamentos y transmitir en tiempo real la información a una base de datos administrada por la ANMAT.
- ✓ *Consulta de la información:* Pacientes, Agentes de Salud, Fiscalizadores; entre otros.

Como explicó el Superintendente: “Cualquier actor de esta cadena puede utilizar su sistema de trazabilidad siempre que lo informe a la ANMAT, a diferencia de la anterior resolución que hablaba de un sólo sistema.” Además, anunció que “vamos a emitir una resolución, que establece que, a partir del mes julio de este año, ninguna obra social puede solicitar reintegro de medicamentos si no se certifica esta cuestión de trazabilidad.” Describió que “es un sistema de control que lo va a certificar ANMAT y la persona responsable autorizada de cada una de las obras sociales”. “Es decir -continuó Bellagio-, los controles serán tres: un sticker para la inviolabilidad del paquete, el sistema de trazabilidad, y la opinión del responsable de la obra social”. Las opciones para los laboratorios son: Lineal (código de barras), Data-matrix (Bidimensional) y RFID (Radiofrecuencia). “Cada uno de ellos -detalló el Superintendente- tiene una lectura diferente: cada vez que pase por un actor nuevo, ya sea laboratorio, la droguería, etc.; se le van a ir incorporando al sistema los diferentes registros.” (Ver cuadro 4)

Esta metodología permite un seguimiento más controlado y seguro del medicamento.

Ya finalizando su exposición, Bellagio indicó: “Vamos a eliminar los troqueles que no tenían ninguno de estos datos, eran todos iguales”, y concluyó: “Esto evitaría los temas de falsificación de troqueles y estafa, no sólo al Estado, sino a las mismas obras sociales”.

Como conclusión, sin embargo, aclaró: “Hay que trabajar juntos para que todos podamos ayudar, desde los financiadores hasta los prestadores, para que esto funcione.” □

## PREEXISTENCIAS

Con respecto a las enfermedades que una persona tiene o contrae antes de contratar los servicios de un seguro médico, el Superintendente de Servicios de Salud dividió el tema en tres partes. En primer lugar, “(Las preexistencias) sólo pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio de rechazo de admisión de los usuarios”. Como segundo punto, destacó que “se autorizarán valores diferenciales para los usuarios con enfermedades preexistentes”. Por último, enumeró tres tipos de situaciones: “Las clasificamos por: a) temporarias (por ejemplo un embarazo); b) crónicas; y c) alto costo y baja incidencia” expresó y agregó: “Las únicas que están definidas en la reglamentación son las temporarias, las otras dos las estamos reglamentando por medio de resoluciones.”

Para finalizar el tema, hizo una aclaración: “La edad no puede ser rechazada en ningún caso.”

## AUMENTO DE CUOTAS

Para autorizar el incremento de cuotas, el Superintendente explicó que “las entidades de medicina privada deben presentarse en la Superintendencia: ésta va a emitir un informe y luego, lo va a remitir a la Secretaría de Comercio, quien va a dictaminar sobre la estructura de costos. Luego, el Ministerio de Salud aprobará o no el aumento solicitado. Esto es en forma individual no en forma conjunta.” Posteriormente, expresó que esto último se da a partir de los aumentos de enero de este

año ya que antes no tenían la reglamentación: “Queremos que esta metodología pase a un Consejo Consultivo, que va a lidiar entre el gremio de sanidad, los prestadores y los financiadores”. En lo que refiere al aumento de la cuota para personas mayores de 65 años, el representante de la Superintendencia de Servicios de Salud mencionó dos enunciados al respecto: “Por un lado, la Autoridad de Aplicación definirá una matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo; por otro, a los mayores a 65 años que tengan una antigüedad mayor a 10 años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley; no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.” Para este último supuesto, la antigüedad de 10 años deberá ser en forma continua en la misma entidad comprendida en los alcances de esta reglamentación.

## TRAZABILIDAD

Como último punto en su exposición, el funcionario abordó el tema de la Trazabilidad. “Desde el punto de vista nuestro la Trazabilidad es un término que ayuda muchísimo pero no soluciona todo”, mencionó Bellagio, al tiempo que lo definió como un “sistema de seguimiento y rastreo colocado en el empaque (unidad de venta al público), de las especialidades medicinales que permite reconstruir la cadena de distribución de cada unidad de producto terminado, individualmente (art. 2º Disp. 3683/11)”.

“La idea es tener la información de laboratorio a droguería, de droguería a farmacia, y de está al





Obra Social de Personal de Dirección



## Protección de la salud para toda la familia

info@osim.com.ar  
www.osim.com.ar  
Tel/Fax: (011) 4010-6746  
Montevideo 373 4º Piso  
(C1019ABG) Capital Federal



Trayectoria e innovación  
en la Seguridad Social

## Precisión al Servicio de la Salud



### VIDT CENTRO MEDICO

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

- Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT
- Micro - Radioterapia Corporal - SBRT
- Radioterapia Conformacional Tridimensional
- Radiocirugía Estereotáxica
- Radioterapia Estereotáxica
- Acelerador Lineal

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



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008



# bajo la lupa

**A través de un extenso informe ya derivado al Poder Judicial, la AGN sacó a la luz una serie de irregularidades en el manejo de recursos de la APE. El otorgamiento de subsidios a beneficiarios fallecidos y la falta de rendición por casi 700 millones de pesos son algunas de las anomalías que pudieron comprobarse y que suscitaron el decreto que dictaminó el traspaso del organismo a la órbita de la Superintendencia.**

**A** finales de marzo, la Auditoría General de la Nación (AGN) aprobó el informe que, tras dos años de investigación, descubrió numerosas irregularidades en el manejo de fondos de la Administración de Programas Especiales (APE). Tras la aprobación del informe, la AGN resolvió ponerlo a disponibilidad de la Justicia de manera inmediata para que las investigaciones continúen.

La APE, creada en 1998 como organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación, tiene como objetivo central brindar asistencia financiera a las Obras Sociales para la atención de prestaciones de alto costo y baja incidencia y para hacer frente a prestaciones crónicas. Pero, con el informe que presentó la AGN, se evidenciaron las arbitrariedades y desarreglos que,

en la gestión de la APE, habrían malogrado tan valioso objetivo. Entre las irregularidades que develó la AGN, se listan el otorgamiento de subsidios a beneficiarios ya fallecidos, la emisión de subsidios que no llegaron a los beneficiarios, la existencia de troqueles falsos para medicamentos subsidiados, los pagos duplicados por el mismo concepto y la realización de pagos a prestadores no inscriptos en los registros habilitantes. Además, los desvíos tocan también a los profesionales médicos que prestaron su firma para certificar documentación médica, muchos de los cuales, asegura haber descubierto la AGN, carecían de la matrícula correspondiente. A todas estas anomalías se suma la falta de rendimiento por 700 millones de pesos otorgados a las Obras Sociales en concepto de adelanto de subsidios desde 1999.

Luego de que se empezaran a divulgar los incumplimientos revelados por el informe de la AGN, se separó de su cargo al Gerente General de la APE, Colombo Russel. Asimismo, el decreto 366/2012 dispuso la transferencia de la APE a la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), cuya Gerencia General, dirigida desde hace poco por Liliana Korenfeld, fijará de ahora en más las políticas y lineamientos a aplicarse en la APE.

## Funcionamiento irregular

Fue el 28 de marzo que el presidente de la AGN, Leandro Despouy, hizo públicas las conclusiones del informe final de su entidad, que fue aprobado unánimemente por todos los auditores a cargo del estudio de la APE. Una de las irregularidades halladas, por el monto

en ella implicado, llama especialmente la atención: se trata de los 700 millones de pesos carentes de rendición. Entre 1999 y 2010, la APE otorgó más de 1.200 millones de pesos a las Obras Sociales en concepto de adelanto para futuros subsidios. Sin embargo, durante la auditoría de la AGN sólo se encontró la rendición correspondiente a 405 millones, dejando un interrogante sobre el destino de los casi 700 millones restantes. La Obra Social con más fondos pendientes por rendir, especifica el informe, es la Obra Social de Empleados de Comercio, con 186 millones de pesos. Le siguen la Unión del Personal Civil de la Nación, con 55 millones, la Obra Social de los Bancarios, con 48 millones, y la de Sanidad, con 31.

A este monto no rendido se suma otra serie de anomalías no menos inquietantes. Según aparece en el informe final de la AGN, la APE habría otorgado subsidios por un monto total de 2,19 millones de pesos a pacientes ya fallecidos al momento de la emisión de los fondos. Por otra parte, también se registraron pagos que no llegaron nunca a los beneficiarios declarados y prestaciones cobradas no recibidas por los pacientes.

El marco irregular se extiende todavía más. La AGN observó que en la APE se realizaron pagos a prestadores no inscriptos en los registros habilitantes y que, en muchos casos, los profesionales que brindaban su certificación para las documentaciones médicas no poseían matrícula.

### Debilidades de gestión

Además de las irregularidades en el manejo de los fondos, el informe de la AGN describe

## Conclusiones del informe

En las conclusiones de la presentación pública del informe, el Departamento de Prensa de la AGN sintetiza las anomalías halladas en la APE:

- Pagos en nombre de beneficiarios fallecidos,
- Beneficiarios que no pudieron ser identificados en el sistema,
- Prestaciones cobradas no recibidas por los beneficiarios,
- Facturas de gastos desconocidos por el laboratorio emisor,
- Pagos duplicados por el mismo concepto,
- Incumplimiento de políticas de salud pública.

el funcionamiento discrecional y arbitrario de la APE donde, sententia, se daría lugar al favoritismo de las solicitudes pues no se respeta el orden de entrada para la aprobación de los expedientes. Otro punto en el que reina la falta de normativas y protocolo es el del cotejo con los padrones actualizados: la APE, afirma el informe, no coteja con los padrones de la SSSalud la correcta afiliación del beneficiario.

El manejo de la documentación también presenta anomalías. Por ejemplo, el 73,17% de la muestra de expedientes que estudió la AGN no cuenta con documentación respaldatoria suficiente. Todas estas faltas se relacionan con la carencia de controles en el sistema Pampa: el informe de la AGN asevera haber comprobado que uno de cada cuatro expedientes presentaba errores o faltantes en la carga de datos en el sistema. Este tipo de omisiones operativas conduce a la falta de protección de los datos personales y, así, se hace posible la identificación de los beneficiarios: otro paso abierto hacia la discrecionalidad.

### Incumplimiento de objetivos

Las irregularidades llegan también al terreno de las

políticas públicas ya que los auditores han descubierto que la APE no ha cumplido con diversas políticas preventivas de salud pública, como el programa de Control del Mal de Chagas y el destinado al pago de implantes cocleares para hipoacúsicos. Se verificaron, asimismo, acciones inconsistentes con el objetivo de la entidad: es el caso del otorgamiento de reintegros para nacimientos.

### Falsificaciones

La rápida entrada de la Justicia en el tema se debe a que la AGN encontró troqueles falsos correspondientes a medicamentos para los cuales la APE habría otorgado subsidios. Según detalla la investigación, sobre una muestra de 45 laboratorios, 12 de ellos dijeron no poder identificar como propios los troqueles que los expedientes de la APE les adjudicaban. De esta manera, las grietas en la APE se solapan con los ilícitos en la compra de medicamentos, razón por la cual los auditores enviaron el informe completo a los juzgados que investigan estos casos: el de Norberto Oyarbide y el de Claudio Bonadío. □

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

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



OSDO

OBRA SOCIAL DE SEGUROS

www.osdo.com.ar



# Fertilidad asistida

## multiplica partos múltiples con altos costos sanitarios

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que una de cada seis parejas tiene inconvenientes para gestar niños por medios naturales y sólo el 6% puede acceder a un tratamiento de fertilización artificial debido a su alto costo. En la Argentina, se estima que un 10 a

15% de las parejas pueden acceder. Por esto, en la provincia de Buenos Aires se sancionó una ley que obliga a los hospitales públicos, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga a otorgar estas prestaciones. En el Congreso Nacional hay varias iniciativas, prontas a salir, que es-

tipulan la misma obligación. La exigencia de cubrir métodos de fertilización tendrían una razón de justicia redistributiva: las personas con problemas de concepción natural deben tener la posibilidad de acceder a métodos asistidos.

Pero, desde el punto de vista sanitario: ¿es recomendable obligar a otorgar técnicas de fertilización asistida?

Un estudio científico publicado en la revista *New England Journal of Medicine* analiza el impacto que en EE.UU. tuvo la incorporación *obligatoria* de las fertilizaciones in vitro en la cobertura de los seguros de salud de ese país (Cuadro 1).

La comparación pudo hacerse porque en algunos estados la cobertura es obligatoria mientras que en otros es voluntaria. En los estados donde la cobertura no es obligatoria, la tasa de fertilizaciones in vitro es de 121 x 100.000 mujeres y los nacimientos son 31 x 100.000 mujeres. En cambio, en los estados donde se estipula la obligación de otorgar cobertura total en fertilización in vitro *la tasa de frecuencia se multiplica por 3*.

Es decir, las mujeres que se realizan esta intervención son 335 x 100.000 y la tasa de nacimientos más que se duplica pasando a ser de 76 x 100.000. En principio, esto sería positivo. Cuando hay cobertura social obligatoria mucha más gente puede acceder a la fertilización in vitro y hay más nacimientos. Pero desde el punto de vista sanitario hay un problema grave.

A mayor cantidad de fertilizaciones in vitro, crece el número de partos múltiples.

Las evidencias también señalan que la multiplicación de las fertilizaciones in vitro multiplican los partos múltiples. Donde la cobertura no es obligatoria, se producen 12 partos múltiples x cada 100.000 mujeres, pero la tasa pasa a ser de 27 x cada 100.000 mujeres donde la cobertura es obligatoria (Cuadro 2). Lo que sucede es que la técnica de fertilización in vitro es más riesgosa que la concepción natu-

**Cuadro 1. Fertilizaciones in Vitro y nacimientos**  
(Por cada 100.000 mujeres)



Fuente: FAOSDIR en base a <http://content.najm.org/cgi/content/abstract/347/9/661>

ral. Al multiplicar las fertilizaciones, se multiplican los partos múltiples.

Esto tiene enormes connotaciones sanitarias. El costo en recursos para atender los múltiples nacimientos puede llegar a ser entre 4 y 11 veces más caros que un parto único. Además, los nacimientos múltiples traen asociados riesgos de corto y largo plazo para la mujer y los niños como nacimiento prematuro, hipertensión, diabetes gestacional, hemorragia, disfunción respiratoria, craneana y cerebral, discapacidades motoras y mentales. Los partos múltiples son el efecto no deseado.

### Conclusión

Aparenta ser una reparación de justicia distributiva la provisión obligatoria de métodos de fertilización asistida. Desde el punto de vista sanitario, las evidencias científicas sugieren que tiene efectos colaterales *no deseados* de alto impacto sanitario. Si el objetivo es el bien común –y no la demagogia– la incorporación de técnicas de fertilización asistida a la cobertura social debería estar enmarcada en reglas muy estrictas de



acceso y monitoreo (que no están presentes en las iniciativas imperantes). Además, si se aspira a que la intervención sea "gratuita" para el usuario se deben garantizar los recursos económicos adicionales, porque fijar derechos sin recursos es una falta de responsabilidad legislativa que a los únicos que termina beneficiando es a los

profesionales de la litigiosidad indebida. □



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

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

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

# Reglamentación de la ley de medicina prepaga (2<sup>da</sup> parte)



Por el Dr. Floreal López Delgado  
Abogado y asesor sanatorial

**C**ontinuando con el artículo anterior (Reglamentación de la Ley de Medicina Prepaga "Dura Lex Sed Lex" *Revista Médicos* N° 68 - marzo 2012) nos referiremos a otros aspectos de la reglamentación.

## NOTICIAS MUY MALAS (nuevas y viejas)

La reglamentación extiende mucho el "núcleo familiar obligatorio" sin cuotas diferenciales permitiendo el fácil ingreso fraudulento de personas a condición de realizar una declaración jurada (la existencia de cónyuge e hijos, no excluye la del conviviente y sus hijos, hermanos y otros). El art. 14 del decreto y otros varios de la ley decretan la muerte del contrato de medicina prepaga como contrato aleatorio (ver "Conmutativos y Aleatorios" *Revista Médicos* - N° 48 Marzo 2008) y lo sitúan en los "innominados" al que proponemos se denomine "de protección social" en el que se pone a cargo de particulares obligaciones que incumben al Estado en virtud de compromisos que asumió al suscribir varios tratados internacionales (ver "Que es el derecho a la Salud y quién su deudor" abril 2003 / *Revista Médicos* N° 24) y de recaudador de impuestos.

Estas obligaciones estatales son adjudicadas a las empresas de medicina prepaga, sin la contrapartida que tienen las Obras Sociales: la cobertura de ciertas prestaciones de alto costo mediante el APE que a su vez está sostenido por la masa de trabajadores en relación de dependencia.

## NOTICIAS BUENAS

Cuando se conoció la ley la calificamos negativamente por su contenido literal y por lo que potencialmente permitía a la autoridad de aplicación: sus facultades eran amplísimas y podían ser ejercidas en forma arbitraria. En ese contexto extremadamente negativo la reglamentación fue un alivio: pudo ser peor y hasta moderar la ley.

## GENERALIDAD VS. ARBITRARIEDAD

El texto de la ley permitía a la autoridad de aplicación intervenir en todo sin aclarar si estas atribuciones serían ejercidas en base a normas previas o si todo sería resuelto individualmente ante el pedido de cada prepaga.

La ausencia de normas generales predispone a la arbitrariedad: decirle "no" a uno y "sí" a otro en circunstancias iguales o muy parecidas.

Cuando existen normas generales el margen de arbitrariedad disminuye y todo es más previsible: el controlado sabe antes qué requisitos debe cumplir y

en base a ello hace sus peticiones y el controlador debe explicar fundadamente porqué las concede o deniega.

No desaparece el abuso de poder (connatural a la especie humana) pero su ejercicio es más dificultoso.

El principal acierto del decreto reglamentario es establecer la obligación de dictar normas generales previas, al ejercicio de sus muchas atribuciones disminuyendo el margen de arbitrariedad.

## LAS NORMAS QUE QUEDAN PENDIENTES

**Todavía no son operativas las normas referidas a:**

Condiciones técnicas, de solvencia financiera, de capacidad de gestión y prestacional, y "otros recaudos formales" para la inscripción.

El capital mínimo de las empresas.

Los sistemas de información y modelos informáticos y de gestión para la fiscalización de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y las del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.

Los modelos de contratos que redactará la misma Superintendencia: Esta pérdida de la facultad de redacción futura de los "reglamentos" no debe ser motivo de alarma, el mal ya estaba hecho en la ley y no quedaba casi margen para la redacción individual.

La "matriz de cálculo actuarial de ajuste por riesgo" para los aumentos de cuotas por edad.

Los modelos de declaraciones juradas y el plazo por el cual se podrá invocar la falsedad.

Las preexistencias que serán únicamente las que reconozca la S.S.Salud y recordemos, sirven para rescindir el contrato si no son denunciadas en la declaración jurada o fijar una cuota mayor si lo son.

Los valores diferenciales para las "preexistencias transitorias" y la duración del período de pago de la cuota diferencial, que no podrá ser mayor a 3 años consecutivos.

El plazo de caducidad de la invocación de las preexistencias para rescindir el contrato.

Las condiciones en que la S.S.Salud podrá ampliar el núcleo familiar con aranceles diferenciados.

**Tienen solo un principio de reglamentación (necesitan alguna resolución ampliatoria):**

Sabemos ya que la falta de pago al Hospital Público se considera falta grave y autoriza la cancelación de la autorización para funcionar.

Que existen tres tipos de preexistencias: las transitorias, que no pueden dar lugar a mayores cuotas mas allá de los tres años y las demás: crónicas y de alto costo que, se deduce pueden serlo en forma



permanente (aunque los valores siguen sin reglamentar y hacerlo demandará mucho trabajo). Que los aumentos de las cuotas por edad no pueden dar lugar a diferencias mayores a tres veces entre la franja inferior y la superior.

La existencia de una cuenta recaudadora única y exclusiva de donde la Superintendencia podrá descontar las multas (que son demasiado amplias: toda transgresión a cualquier norma da lugar a una multa) los aranceles que se establezcan y las deudas al Hospital Público, pero la operatoria está pendiente.

La potestad de la Autoridad para fijar los aranceles mínimos de los prestadores, previa intervención del CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACION y del Superintendente de Servicios de Salud y la facultad de laudat del Ministro de Salud.

### ¿QUE REGLAMENTA EL DECRETO Y ES EXIGIBLE ACTUALMENTE?

La exclusión de los planes de adhesión voluntaria o planes superadores de las Obras Sociales del APE (incluye aportes y reintegros).

La rescisión por falsa declaración jurada sólo procederá ante la "mala fe" del beneficiario, que en los hechos implica que se deberá probar el conocimiento previo de la patología no declarada.

Que el usuario sólo puede rescindir su contrato sólo una vez al año: norma prudente porque el juego de los tres meses de mora y cambio de financiador permitía permanecer en el sistema un año pagando solamente dos o tres meses.

Prohíbe rechazar un pedido de afiliación por las causales de la ley antidiscriminación Nº 23.592 redundante porque en nuestra opinión ya estaba prohibido.

El derecho del usuario a seguir siendo asistido en el prestador de origen de su tratamiento hasta el alta médica de la patología (ya existía para las Obras

Sociales) que generará grandes problemas, para acordar los aranceles entre prestador y financiador.

Prohíbe rescindir el contrato por muerte del titular y se deberá dar a las familias dos meses de cobertura gratis.

La ampliación del grupo familiar que comprenderá: Los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, si no trabajan y los mayores hasta los veinticinco (25) años inclusive, si cursan estudios regulares.

Los hijos incapacitados a cargo del afiliado titular, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa.

La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, a los que no se les podrán limitar las prestaciones ni cuotas por enfermedades preexistentes, por lo que quedan aparentemente exentos del régimen de las preexistencias: Esta norma traerá grandes problemas.

### CONCLUSIONES

Otro latinazgo: "alea jacta est": la suerte está echada.

Si bien la reglamentación no es tan mala como pudo ser, el contrato de medicina prepaga ha cambiado de naturaleza y de ahora en más no se cubren contingencias sino "protección social" a cambio de un precio en dinero que no puede fijar una de las partes sino el Estado.

En un lapso no muy largo la composición de los financiadores cambiará.

Esperemos no caer de la sartén al fuego y sustituir una gran cantidad de empresas en competencia por un pequeño grupo de hiperconcentrados. □

Para consultas o sugerencias al Dr. Floreal López Delgado, escriba a [estudiojuridico@lopezdelgado.com](mailto:estudiojuridico@lopezdelgado.com)

**La mutual Argentina Salud**  
**y Responsabilidad Profesional**

**10 AÑOS** DE CRECIMIENTO.  
GESTIONANDO SU RIESGO MEDICO LEGAL TODOS LOS DIAS.  
SUMANDO SERVICIOS Y BENEFICIOS DE ALTA ESPECIALIZACION.

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

Tucumán 1668, 3º piso (C1050AAH) | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas)  
[lamutual@lamutual.org.ar](mailto:lamutual@lamutual.org.ar) | [www.lamutual.org.ar](http://www.lamutual.org.ar)

# La llave invertida

## La variable “paciente”

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



**E**l mundo transita horas de crisis y ésta domina el paisaje... mientras la política americana se cuestiona el “negocio” de la salud, la política europea cuestiona los recursos necesarios para darle estabilidad y sostenibilidad a la salud pública en dicho continente. Ya lo he dicho desde estas mismas páginas, poner en tela de juicio a la salud de las personas, como derecho humano y ciudadano elemental e inalienable, no aparece ante la sociedad como algo defendible. De hecho, tampoco lo es (defendible) desde lo técnico, no desde un punto de vista científico, no desde otro epidemiológico, haciéndose indefendible desde el ángulo del gasto social. No obstante ello, los empujones son cada vez más evidentes, dejando abierta una pregunta dramática: ¿por qué lo que estuvo bien y creó cultura de calidad durante casi tres décadas, pasó de repente a estar mal generando un retroceso social?... la respuesta económica es dudosa, tanto como la financiera... por lo tanto, involucrar los presupuestos no aparece como una decisión “inteligente”, antes bien se muestra como peligrosa y de consecuencias impredecibles... aunque potencialmente dañinas en lo inmediato.

Desde una óptica personal, entiendo que castigar a los médicos (equipo de salud en su conjunto) y a los pacientes, comprometiendo la capacidad operativa de los sistemas públicos de salud, sólo generará males mayores a todos, sin excepción.

Existe una llave invertida que debería ser advertida por los estamentos políticos que hoy “revisan” lo que no debería serlo. Comprometer la salud de las personas en un mundo globalizado, aduciendo razones económicas, suena a disparate.

Por el contrario a lo que suele asegurarse, el paciente ostenta la “llave” que abre o cierra al sistema, hecho que guarda la capacidad de invertir las variables, y todos y cada uno de sus factores. Como definición, la eficiencia de un sistema sanitario comienza y termina en el “paciente”, ya que la calidad (como modelo operativo) de las demandas condicionará la propia de los servicios y sus prestaciones.

El ejemplo ofrecido por la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, una ampliación de la Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria

(FEGAS) pero orientada única y exclusivamente a pacientes y a ciudadanos, es desde finales de 2009 una de las más firmes, y satisfactorias, respuestas de la Sanidad de Galicia a cuestiones como la pretensión de que el paciente sea el eje del sistema sanitario o la propia sostenibilidad de éste. La institución ayuda al paciente a ser ese ángulo funcional necesario a los equilibrios, brindándole formación (junto a sus familiares y a sus cuidadores) para facilitar la toma de decisiones sobre la enfermedad que padece; y dos aspectos de esa formación al ciudadano, la de mejorar su conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y de sus recursos, y la formación frente a las enfermedades crónicas, sirven para un uso más eficiente del sistema y, en conclusión, a que el ciudadano contribuya a la sostenibilidad del mismo.<sup>(1)</sup>

La escuela contribuye a agregar valor a la presencia del enfermo incorporado como tal a un sistema con recursos finitos. La Escuela tiene como objetivo educar desde el punto de vista de la salud a los ciudadanos, ayudarles a mejorar estilos de vida y a que conozcan los servicios sanitarios públicos para que puedan hacer un uso adecuado de los recursos, tarea nada fácil ya que la iniciativa es diferenciadora y avanza sobre las sociedades de pacientes.

En un momento donde las concepciones políticas intentan diezmar el aporte social a las enfermedades crónicas, reorientar el sistema de salud hacia dicho foco implica modificar la manera de pensarlo, por ende obliga a revisar las consecuencias que imponen los presupuestos retrógrados.

Talleres enfocados en la población diabética, hipertensa, con insuficiencias cardíacas y/o renales, pacientes anticoagulados, afectados por tumores, o afecciones respiratorias, proporcionan una nueva vía de abordaje ya que el paciente como individuo, o bien los pacientes relacionados por un diagnóstico común, se convierten en los primeros defensores de la salud pública y sus factoriales, ejerciendo un uso racional que se orienta a proteger los recursos. Lamentablemente la visión política asume que todo “gasto” es una pérdida, así como toda “inversión” resta a los presupuestos preestablecidos, construyendo una visión falaz que sólo se traduce en “restas”, a veces lineales y otras (las más) geométricas.

Un paciente informado hace a las diferencias. Aquellos sistemas que inducen a "formar" la información, modifican las incidencias y por consecuencia, hacen lo propio con los consumos, reduciendo de manera significativa el mal uso de los servicios. Traducido, la pasividad de los enfermos resta o divide, no suma, no multiplica y ni siquiera agrega valor alguno.

La Escuela Gallega abrió sus puertas en noviembre de 2009. Los talleres son a la medida de las asociaciones de pacientes. Si, por ejemplo, la Asociación de enfermos de Parkinson lo pide, se desarrolla un taller que va dirigido a los propios pacientes o a sus familiares o a sus cuidadores; y si la de enfermos celíacos pide un taller para sensibilizar a la población sobre este problema de salud o para informar a los cuidadores sobre cómo mirar una etiqueta en un supermercado y saber si un alimento lleva gluten o no... para todo este tipo de cosas se hacen talleres a medida para explicarle a los ciudadanos todo lo que necesiten saber para poder controlar bien su enfermedad.

Curiosamente, la Escuela también hace hincapié en las personas sanas, formándolos en primeros auxilios o enseñándoles a alimentarse...

Algunos talleres los imparten dos personas: un profesional sanitario y un paciente que tiene la enfermedad de la que se trate. Está constatado que la formación entre pares es mucho más eficaz que la que se realiza con asimetría en la información: asume mejor un paciente la información que le da otro paciente que la que la da un profesional. Así, un docente habla del aspecto científico-técnico de la enfermedad, y el otro, de su experiencia; se complementan muy bien, y los que padecen reciben mejor

la información. También se está formando a pacientes para que sean formadores, y esto sobre todo en cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente (medicación, higiene, hábitos). La experiencia es muy buena, porque después son los pacientes, siempre acompañados de un profesional, los que forman a otros; y el hecho de que sea un enfermo el que dé las pautas es mucho más útil.<sup>(1)</sup>

Lo antedicho reestablece la relación médico-paciente. Los enfermos, al comprender las variables de su enfermedad, proporcionan un volumen de información que suma al conocimiento científico que se ve nutrido por algo que hace pocos años era impensado: la experiencia del que padece.

Restar en salud sólo agrava el gasto social de los países que asumen dicho criterio, y ello es una evidencia incuestionable. □

<sup>(1)</sup> **El Médico Interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad. Un paciente bien formado e informado, y corresponsable con su enfermedad, es fundamental para la eficiencia de un sistema sanitario.**

Licenciado (MBA R&D) Víctor Norberto Cerasale, 2012-04-02. Copyright by Cerasale, 2012. Derechos reservados. Exclusivo para *Revista Médicos, Medicina Global*.  
<http://elbiruniblogspot.com.blogspot.com>  
**CIENCIAS MEDICAS NEWS®**  
<http://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com>  
**CIENCIAS DE LA HERENCIA®**  
<http://saludequitativa.blogspot.com>  
**GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA®**

**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 SGI**  
 Av. Belgrano 1683, 3º piso  
 Capital Federal, C.P. (1083)  
 (011) 4371-1096 (líneas rotativas)  
 info@socdus.com.ar www.socdus.com.ar

**Consultorios Propios**  
 Tel.: 4382-6768 (líneas rotativas)



# Inseguridad en los Hospitales

## Cuidar y proteger al que cuida

Por el Dr. Jorge Gilardi

Presidente de la Asociación de Médicos Municipales de la CABA



Lamentablemente nos hemos acostumbrado a hablar de la violencia casi a diario, está presente en todos los sectores de la sociedad pero es más preocupante cuando la misma se traslada a los pasillos de los hospitales, a las guardias y lo que es peor, la viven en primera persona los profesionales de la salud.

Hace años que la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, viene denunciando este tema, puertas adentro primero; después en la calle para que la gente tome conciencia de lo expuestos que están los médicos, paradójicamente los que tienen la tarea de cuidar y atender.

Ahora vemos cómo la problemática se extiende y aparecen otros sectores vinculados a la medicina que también hacen sus relevamientos, como lo hizo la Sociedad Argentina de Pediatría, donde allí se advierte que casi el 50 por ciento de los médicos se siente inseguro en sus lugares de trabajo.

Con todo, la AMM viene haciendo hincapié desde hace tiempo con este tema y además de las denuncias que efectuamos ante las autoridades hay un grupo que está integrado, entre otros, por los doctores Héctor Nieto y la doctora Alcira Fiorini, que viene realizando una tarea de capacitación para los que los médicos aprendan a manejarse ante situaciones extremas de inseguridad y sepan cómo reaccionar, actuar y qué lenguaje es el más adecuado para utilizar.

Cuando nos preparamos para esta profesión nos enseñaron a contener al paciente, aprendimos a transmitir las malas noticias y nunca imaginamos que íbamos a pasar por esta situación. Desde hace años que los ataques se vienen produciendo pero a pesar de todo nosotros nos resistimos a acostumbrarnos a vivir en medio del miedo; por eso hemos colocados unos folletos en todos los hospitales de la ciudad de Buenos Aires que dicen "Ayúdenos a cuidar al que cuida. Por una hospital libre de violencia hacia el equipo de salud"; esta es una manera de prevenir y alertar al paciente para que también se comprometa y cuide a quien en definitiva los protege.

Los problemas son varios y no sólo se trata de

barras atacando la guardia de un hospital, resolviendo sus internas en medio del miedo del paciente común que va a atenderse y queda en el medio de la barbarie, como hemos visto varias veces en los medios de comunicación; el peligro está latente y se manifiesta cuando una persona siente que no hay turno, camas o escucha el diagnóstico que no quiere escuchar.; es ahí cuando aparecen los empujones, los gritos, las amenazas verbales que pasan a los hechos directamente.

Es importante estar alerta e insistir con esto porque ahora se viene la época de bajas temperaturas y es cuando la demanda en los hospitales alcanza el pico máximo y la paciencia de los padres, en muchos casos, suele ser muy corta.

Los ejemplos que tenemos para dar son muchos y no hay un patrón determinado; nosotros tenemos muchos médicos jóvenes y mujeres que trabajan y que son los más afectados; también es importante destacar que esto sucede a cualquier hora, por ejemplo uno de nuestros médicos del Hospital Piñero fue amenazado con un arma de fuego a las diez de la mañana. Estamos viviendo un estado de preocupación y de incertidumbre. Un alerta que afecta a los médicos y a todo el equipo de salud. Esta preocupación tiene una doble característica: en primer término por la propia seguridad física de cada uno y otra, por la salud pública. Muchos podrán decir que la agresión a un médico no influye en la salud pública. Sin embargo, la agresión a un médico influye en la relación médico-paciente; y es importante porque la tranquilidad es fundamental; no sólo en el ida y vuelta, sino en todo aquello que hace a la escucha, a la atención, a la manera de "prestar" un buen sistema de salud. Si un equipo de salud es agredido por la sociedad, que lógicamente en estas situaciones está sufriendo un grado de descomposición, es natural preguntarse ¿quién asiste al que asiste? o ¿quién cuida al que cuida? Necesitamos un escenario seguro. La Asociación de Médicos Municipales en tanto está trabajando para preparar al profesional pero las autoridades tienen que entender que somos médicos y no expertos en seguridad. □

Dedicado a la salud y el bienestar de la mujeres.

**intelexis mujer**

Conduce Natalia Marquiegui y el Dr. Guillermo Capuya  
Lunes 18 hs.

Un programa donde la Salud es la única protagonista

**INTELEXIS**

Conduce el Dr. Guillermo Capuya y el Prof. Guillermo García Caliendo  
Jueves 19 hs.

**CANAL METRO**  
(Cablevisión y Telered Digital)

## 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



# Responsabilidad Médica en URUGUAY

**RP**  
News  
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Señalamos 1985 como el año de quiebre en el tema responsabilidad médica en Uruguay. Antes de esa fecha, el problema -se puede decir- era inexistente. Desde entonces el crecimiento en el número de demandas ha sido vertiginoso. Los médicos no estaban suficientemente preparados para enfrentar esta nueva problemática que viven casi a diario. Las causas son seguramente multifactoriales. El deterioro de la relación médico-paciente, el factor institucional (burocracia, autorizaciones, lista de medicamentos, feriados quirúrgicos), pacientes cada vez más exigentes y a veces excesivamente empoderados por leyes de relaciones de consumo (en Uruguay Ley 17.250 de julio de 2000) son simplemente algunos de ellos.

Nuestro Código Civil -cuyo texto se remonta a fines del siglo XIX con mínimas actualizaciones- fija la prescripción de la responsabilidad contractual (institucional) en veinte años, mientras la extracontractual (médico) en cuatro. La nueva ley 17.250 -que pretende aplicar un número cada vez mayor de magistrados- establece (artículo 38) la prescripción de la acción en cuatro años (desde que el demandante tuvo o debería haber tenido conocimiento del daño) mientras que el derecho se extinguirá transcurridos diez años de la finalización de la prestación del servicio causante del daño.

Mediante la Citación en Garantía, las instituciones logran involucrar al médico -que no ha sido codeemandado- y lo arrastran dentro de la responsabilidad contractual. El artículo 51 de nuestro Código General del Proceso establece "El demandado, en el plazo para contestar y sin perjuicio de hacerlo, podrá solicitar el emplazamiento de un tercero o de aquél respecto al cual considera que la controversia es común o a quien la sentencia puede afectar. El emplazado no podrá objetar la procedencia de su emplazamiento y deberá compare-

cer, tendrá los mismos derechos, deberes y cargas del demandado". En el momento actual -aproximadamente- un 15% de nuestras demandas, son por citaciones en garantía.

Hemos cumplido cinco años desde el inicio de las actividades de SAIP-Cooperativa y, a pesar de la excesiva lentitud de nuestro Poder Judicial, podemos presentar algunos resultados. Tenemos actualmente 5.500 afiliados en todo el país. La enorme mayoría son médicos (88%), el resto corresponde a odontólogos, practicantes de medicina, instrumentistas y parteras.

Durante este período (5 años) hemos tenido 209 afiliados demandados (aproximadamente 40 por año).

Las cinco especialidades más demandadas han sido Ginecología, Traumatología, Cirugía General, Oftalmología y Cirugía Plástica.

Hemos logrado cerrar 40 (19%) de estos procesos, 9 por Sentencias Interlocutorias favorables, 16 por Sentencias Definitivas absolutorias (7 de Primera Instancia, 7 de Tribunal de Apelaciones y 2 de la Suprema Corte de Justicia), 1 Senten-

cia Definitiva condenatoria de un Tribunal de Apelaciones. Los otros 14 casos se culminaron mediante acuerdos transaccionales.

Estamos convencidos que -mediante un sistema auto gestionado que brinda atención personalizada y multidisciplinaria- hemos aportado una herramienta de gran utilidad para enfrentar este verdadero flagelo que se ha instalado en la atención médica de nuestros días.

Seguimos comprometidos con tareas educativas hacia el interior de los gremios y sociedades científicas, aportando visiones que la actual formación curricular del médico no brinda. Esperamos que -en plazo breve- la implementación y mejoramiento de los llamados Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos (MARC) permitan encaminar estas controversias hacia senderos más efectivos y componedores.

**Dr. Alberto M. Piñeyro**

albertopineyro@gmail.com

Presidente del Consejo Directivo de SAIP-Cooperativa.

## ESTIMADO LECTOR PROFESIONAL:

**Ud. podrá obtener información de novedades, cursos y jornadas de su interés, tanto nacionales como internacionales, además del acceso a nuestra biblioteca especializada en Responsabilidad Profesional.**

**Suscribese para recibir lo que necesita saber**

**Contáctenos:**

**info@rpnews.com.ar**

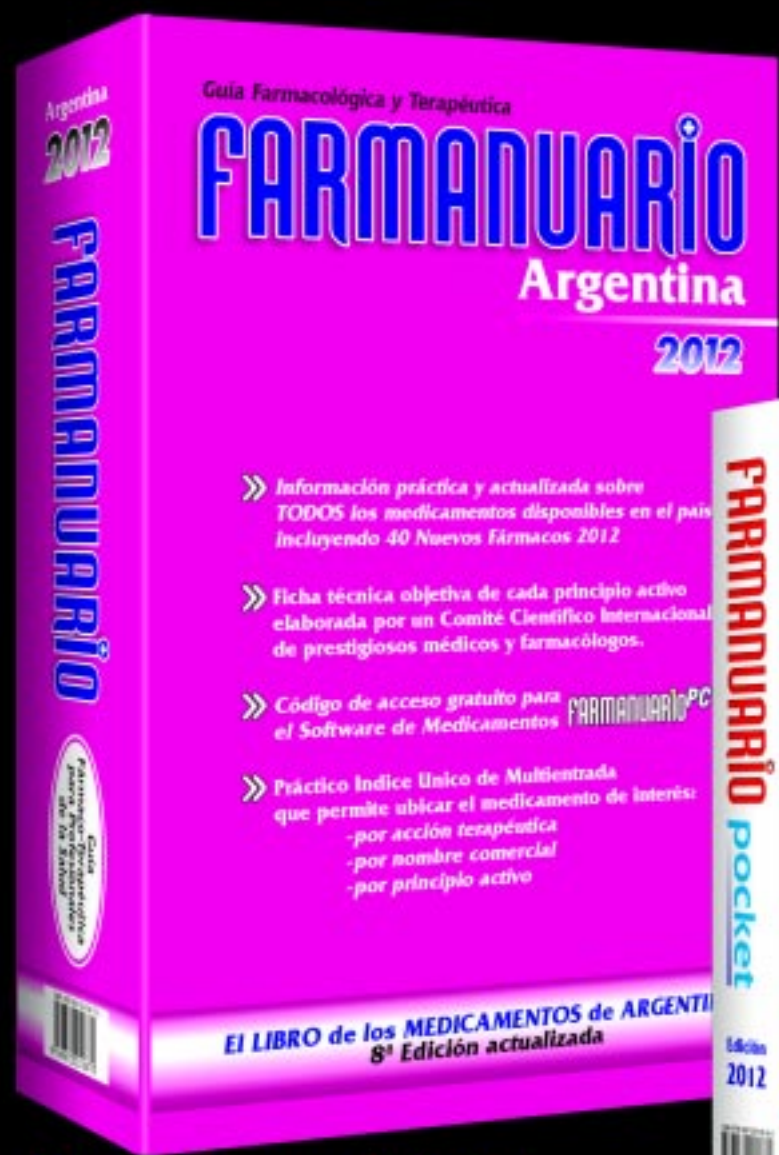


NUEVOS LANZAMIENTOS

# FARMANUARIO

Guía Farmacológica y Terapéutica

Seguridad en el instante de la prescripción



- » Información práctica y actualizada sobre **TODOS** los medicamentos disponibles en el país incluyendo 40 Nuevos Fármacos 2012
- » Ficha técnica objetiva de cada principio activo elaborada por un Comité Científico Internacional de prestigiosos médicos y farmacólogos.
- » Código de acceso gratuito para el Software de Medicamentos **FARMANUARIO<sup>PC</sup>**
- » Práctico Índice Único de Multientrada que permite ubicar el medicamento de interés:
  - por acción terapéutica
  - por nombre comercial
  - por principio activo

El LIBRO de los MEDICAMENTOS de ARGENTINA  
8ª Edición actualizada

Incluye código para descargar el software **FARMANUARIO<sup>PC</sup>**

• Realice su consulta rápida en **FARMANUARIO** POCKET

• Manténgase actualizado en Farmacología y Terapéutica con la edición anual de **FARMANUARIO**



- Guía Farmacológica y Terapéutica con **TODOS** los MEDICAMENTOS
  - Indicaciones
  - Dosis y Posología
  - Medicamentos Similares
- Índice Único de Multientrada:
  - por principio activo
  - por marca comercial
  - por acción terapéutica

Síntesis de consulta rápida de **FARMANUARIO ARGENTINA 2012**

Solicítelos en su librería o en Av. Federico Lacroze 1882 4º A - Bs. As.  
Tel. 4773 7387 - argentina@farmanuario.com - www.farmanuario.com





## EXCELENCIA, PARA NOSOTROS, ES MÁS QUE UNA PALABRA.

Cuidar la salud de nuestros socios es, sin duda, cuidar lo más valioso para ellos, es nuestra vocación y nuestra gran responsabilidad. Por eso en MAPFRE SALUD buscamos excelencia absoluta. Y ésta es la razón de la calidad de nuestros Centros de Salud, del profesionalismo de nuestro Equipo Médico y de todos quienes aportan su trabajo y experiencia con nosotros. MAPFRE SALUD estamos para cuidarte.

[mapfresalud@mapfre.com.ar](mailto:mapfresalud@mapfre.com.ar) | [www.mapfresalud.com.ar](http://www.mapfresalud.com.ar)



**MAPFRE**  
**SALUD**