

ADEMP

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA

MARZO 2019
NÚMERO 146

AÑO
25

Publicación de la Asociación de Entidades de Medicina Privada
ALAMI

Versaviani
2019



Auditor

EXISTEN OTRAS MANERAS DE CONTROLAR EL GASTO

Red racional de farmacias
Droguería para tratamientos especiales
Auditoría online de consumos
Farmacoeconomía

 **COMPANÍA**
de Servicios Farmacéuticos

Nuevas soluciones

Central: Rincón 40, Buenos Aires. (011) 4136 9000
Droguería Unidad Farma: J.B. Alberdi 5308/10/12. (011) 4137-4000
Sede Córdoba: El Chaco 667, Ciudad. (0351) 4606539
www.csf.com.ar | info@csf.com.ar



ADEMP

ASOCIACIÓN DE ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA

Cerrito 774, Piso 13, C1010AAP, CA.B.A.
Tel/Fax: 4372-5584/3603 4371-5580
www.ademp.com.ar
e-mail: info@ademp.com.ar

MIEMBRO  ALAMI

COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE

Luis María Degrossi. *APRES*

VICEPRESIDENTE

Hugo Magonza. *CEMIC*

SECRETARIO

Néstor Gallardo. *ALTA MEDICA*

TESORERO

Cristián Mazza. *MEDIFE*

SECRETARIO DE ACTAS

Gustavo Criscuolo. *MEDICALS*

VOCAL TITULAR

Marcela Travaglini. *STAFF MEDICO*

VOCALES SUPLENTE

Ignacio Magonza. *O.S. WITCEL*

Daniel Piscicelli. *PRIVAMED*

COMISIÓN FISCALIZADORA

TITULARES

Antonio Paolini. *FEMEDICA*

Carlos Alberto Caballero. *VITA'S S.A.*

Pablo Giordano. *STAFF MEDICO*

SUPLENTE

Juan Pablo Tenaglia

FUNDACION MEDICA DE MAR DEL PLATA

Ignacio Manuel Fernández López. *SABER*

ASESORES LEGALES

Sebastián Grasso

Julio Frigerio

ASESORA CONTABLE

María del Pilar Gallardo

APODERADO

Jorge Otero Lacoste



Tapa

Título:

Estación Larrea
(Pcia. Bs. As.)

Autor: *Luis Gervasoni*

Técnica: *Óleo*
60x40 cm. (2012)

EDITORIAL



por el

Dr. Luis María Degrossi

Presidente de ADEMP

TODOS JUNTOS POR EL COLOQUIO: UNIDOS POR LA SALUD

El Sector privado de la salud en nuestro bendito país está atravesando una coyuntura financiera extremadamente complicada y estresante. El Sector está apretado por un efecto tipo tenaza donde los ingresos aprietan desde arriba y los costos hacen lo propio desde abajo, con los actores del sector de la medicina privada – tanto financiadores como prestadores– en el medio soportando la presión.

Por el lado de los ingresos, la actividad económica está parada, el empleo asalariado privado registrado –que es desde donde sale nuestra principal cartera de clientes– se está contrayendo, y la alta y persistente inflación restringe los presupuestos familiares haciendo cada vez más difícil aplicar ajustes de cuotas aunque sean compensatorias de la inflación pasada.

Por el lado de los costos, si bien ha primado cierta prudencia y consideración en la negociación colectiva de la Sanidad, donde finalmente la revisión que se hizo en febrero pasado para determinar el aumento final de salario de convenio correspondiente al 2018 estableció un porcentaje por debajo de la inflación, el aumento de los costos laborales en la atención médica sigue siendo excesivamente elevado. El dólar, elemento central en los costos de muchos insumos e inversiones para la atención médica, después de las devaluaciones del 2018 encontró algún resquicio de tranquilidad, hasta pasadas las vacaciones, cuando en marzo volvió a su senda de crecimiento sin visos ciertos de lo que podrá pasar con él en lo que resta del año. Además, llega el período invernal que es cuando naturalmente la gente más servicios le demanda al sistema de salud.

Ingresos que caen y costos que suben ya pusieron en jaque a la salud privada. Por eso, este año organizamos con muchísimo esfuerzo, tesón y esperanza nuestro primer **Coloquio**, que lo denominamos: **“UNIDOS POR LA SALUD”**.

» » »



Aquí esperamos recibir a todos los actores de la salud privada, y muy especialmente a las Entidades colegas del interior del país que siempre nos acompañan en las buenas y en las malas y que, sabemos, muchas de ellas están atravesando una situación más crítica aún. La idea es escuchar a los expertos expositores pero fundamentalmente conversar entre nosotros, para no quedarnos o sentirnos que estamos solos en medio del temporal, e intercambiar ideas y propuestas, compartir problemas que muchas veces parecen individuales pero son comunes, y buscar salidas innovadoras, todos juntos, a la crisis.

La teoría de las organizaciones recomienda que en momentos de crisis, los agentes que naturalmente compiten entre ellos por lograr metas y objetivos individuales, tienen que juntarse para, entre todos, compartir experiencias, vivencias, soluciones a problemas comunes que permitan la supervivencia del colectivo. En otras palabras, en crisis no hay soluciones individuales, porque si el resto sistémicamente se cae nos arrastrará en su caída. Las organizaciones exitosas –como en este caso debe ser el sistema de salud– en épocas normales pueden basar su progreso en la competencia entre sus miembros, pero en las crisis, su supervivencia colectiva indefectiblemente pasa por la colaboración y la cooperación.

Ciertamente que muchos de nosotros, ante las dificultades que nos plantea el entorno, ya solemos apelar a pedir consejos a colegas, amigos y conocidos. Esta es precisamente una forma de buscar individualmente una ayuda al colectivo. Pero esta red de contención que se forma es de alcance limitado, porque se constriñe a nuestro grupo de contactos. El **Coloquio “UNIDOS POR LA SALUD”** aspira a ser la instancia donde esta humana estrategia de buscar consejos e ideas de colegas y amigos se haga mucho más extensa y profusa, donde podamos construir una red mucho más densa con todos los actores de salud que estamos en el mismo barco.

Los argentinos estamos acostumbrados a las crisis, pero lo que no debemos hacer en esta oportunidad es estar resignados. Hay formas de sobrevivir y salir de la crisis sólo que no las podemos estar viendo porque prevalece la oscuridad. Los espacios como el **Coloquio “UNIDOS POR LA SALUD”** es la invitación para que entre todos hagamos algo de luz para salir juntos de este mal trance.

Y ojalá que una vez que superemos esta crisis que atraviesa el país (que estoy seguro que lo haremos) el **Coloquio** se haya convertido en una usina de ideas, innovaciones y propuestas para el desarrollo y la calidad del Sector Privado de la Salud. Como alguna vez lo dije: *las crisis siempre deben ser tomadas como oportunidades para construir algo mejor.*

Amigos, los esperamos con muchas ansias y los brazos abiertos a todos el Jueves 16 de mayo a las 9 de la mañana en la Fundación Quirno en Talcahuano 1234, Ciudad de Buenos Aires. **Vamos todos juntos y “UNIDOS POR LA SALUD”**. □



**ESTAR EN EL MOMENTO JUSTO,
EN EL LUGAR INDICADO Y CON
EL RECURSO ADECUADO.**

**EN ALGO TAN SIMPLE
SE BASA LA CALIDAD
DE NUESTRO SERVICIO.**

Una gran capacidad logística y recursos tecnológicos, se suman para conseguir una máxima eficacia. La destreza y la pericia de nuestro cuerpo de profesionales -médicos y paramédicos- están acompañadas con todos los recursos físicos necesarios para que cada fase del circuito de cobertura, se cumpla atendiendo altos estándares de calidad.

LA CALIDAD ES NUESTRA **ACTITUD**

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 011 6009 3300 COMERCIAL Y CAPACITACIÓN: 011 4588 5555



www.acudiremergencias.com.ar



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

Planes de salud parciales requieren una buena regulación

Desde hace tiempo que desde estas páginas se viene proponiendo la idea de los planes parciales. Esta es una forma idónea para que mucha gente pueda acceder a la medicina privada con precios accesibles. Pero una condición clave es que su regulación esté correctamente diseñada. En este número de los Enfoques se brindan algunas recomendaciones.

La habilitación de planes de salud parciales en la medicina privada

El pasado 22 de enero se sancionó el Decreto 66/2019. Una norma extensa que se propone adecuar algunos aspectos normativos del marco regulatorio de la medicina privada. Entre ellos, por ejemplo, la unificación en la *Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)* de la facultad de autorizar las cuotas y los aumentos de precios, algo que antes estaba colocado en cabeza de tres organismos (la SSS, la Secretaría de Comercio y el Ministerio de Salud). Pero dentro de estos cambios vino uno de sustancia para el sistema privado de salud, que es, la posibilidad legal de habilitar a las empresas de medicina privada a comercializar planes de salud parciales.

Específicamente, el decreto reglamentario original del marco regulatorio de la medicina privada establecía en su artículo 7° que los planes de salud de afiliación voluntaria debían cubrir, como mínimo, el *Programa Médico Obligatorio (PMO)*. Los únicos planes parciales que se permitían eran los de servicios

odontológicos, de emergencias médicas y de aquellas instituciones que desarrollen su actividad en una única localidad con un padrón de usuarios inferior a cinco mil personas.

Aquí es donde el Decreto 66/2019 vino a agregar un párrafo adicional señalando que la SSS podrá autorizar nuevos planes de coberturas parciales a propuesta de la Comisión Permanente, que es una comisión constituida por 3 representantes del Ministerio de Salud y 3 del Ministerio de Hacienda de la Nación.

Así, entonces, se pueden presentar planes de cobertura parcial a dicha Comisión Permanente para que ésta los proponga a la SSS a fin de su aprobación.

Hay que aclarar que el Decreto 66/2019 deja claramente explicitado que en la derivación de aportes de la seguridad social no se puede aplicar planes parciales.

De esta forma, el diseño de la cobertura en la medicina privada queda conformado de la manera que se muestra en el *Gráfico 1*.

Gráfico 1. Nuevo diseño de la cobertura en la medicina privada



Cuadro 1. Regla de cobertura en países avanzados

		Sector público	
		Mantienen la cobertura	NO mantienen la cobertura
Seguro privado	Cubre servicios médicos cubiertos por el sector público	COMPLEMENTA • España • Inglaterra • Italia	ARTICULA • Alemania • Holanda • Suiza
	Comparte costos con el sector público	SUPLEMENTA • Francia	

Fuente: elaboración propia en base a *International Health Care Systems Profile*.

El *Gráfico* dice entonces que cuando una empresa de medicina privada recibe la derivación del aporte a obra social de un afiliado debe brindarle el PMO. En cambio, a los afiliados voluntarios particulares (que pagan el plan de salud no con aportes salariales sino de su propio bolsillo) la medicina privada puede ofrecerle un plan de PMO o un plan parcial, más barato, que tiene que estar autorizado por la SSS.

¿Es bueno el cambio?

Definitivamente sí.

Porque muchas personas que hoy están pagando a duras penas su plan de salud voluntario integral y otras que no tuvieron más remedio que dejar de pagarlo por la restricción de que sólo se pueden comercializar planes integrales, podrán ahora permanecer o volver a la medicina privada con planes más accesibles que son los planes parciales. Además, muchas familias que siempre estuvieron fuera de la medicina privada podrán incorporarse con estos planes. Es decir, se abren más posibilidades a las familias para poder ac-

ceder a la medicina privada a costos alcanzables a su presupuesto del hogar.

Hay que ser enfático en que un plan de salud privado parcial no implica en Argentina desprotección. Porque en el sistema de salud argentino todas las personas están cubiertas por el sistema público de salud y dos tercios de ellas, incluso, tienen alguna cobertura de obra social adicional muchas de las cuales no pueden hacer derivación de aportes (como los afiliados de PAMI, obras sociales provinciales, obras sociales de fuerzas de seguridad, Congreso, Justicia, universidades, entre otras). Entonces, lo que no está cubierto en el plan de salud privado parcial, sigue estando cubierto por el sistema público de salud y/o el sistema de seguridad social.

En otras palabras, un plan de salud privado parcial no es la única cobertura que tendrá la gente sino que es un complemento del sistema público y de la seguridad social.

Para el sistema público de salud y las obras sociales –en particular, el PAMI y las obras sociales provinciales– también

es un alivio porque parte de los servicios que la gente les está demandando intensamente hoy, y que no están pudiendo ser satisfechos en tiempo y forma llegando muchas veces a la denegación de hecho, serán atendidos por los planes parciales. Fundamentalmente aquellos consumos más frecuentes donde la gente se impacienta porque los necesita con premura, como las consultas ambulatorias, los estudios clínicos o las intervenciones menores en afecciones agudas. En este sentido, el plan parcial funciona como un paliativo a los inconvenientes que se presentan para atender apropiadamente la demanda de atención médica en el sector público y en las obras sociales que no derivan aportes.

¿Cómo es en los países avanzados?

En un paralelismo entre el sistema de salud argentino y el de los países europeos, a fin de saber cómo actúan los planes parciales, es recomendable primero tener en claro cómo es la regla de cobertura en dichos países. Para eso sirve el *Cuadro 1*.

TECNOLOGÍA PARA TU TRANQUILIDAD

LLEVANOS CON VOS

TELEASISTENCIA MÉDICA

Tu cobertura incluye consultas
médicas online. **Simple, sin
espera, estés donde estés.**



DESCARGÁ
NUESTRA APP

universal-assistance.com

u universal
assistance

cuidamos tu mundo

Los países europeos, en general, tienen un sistema público o el sistema social con fuerte presencia, más la posibilidad de los seguros privados.

En los países que tienen sistemas públicos universales, financiados con rentas generales, como España, Inglaterra e Italia, cuando la gente contrata un seguro privado mantiene su derecho al sistema público, por lo tanto, los planes de salud privado son parciales donde lo que brindan es más posibilidad de elección de prestadores y acceso más rápido a consultas, estudios y tratamientos ambulatorios y mayor confort en la internación; lo que la persona no compra en el plan parcial lo tiene cubierto en el sistema público. En el caso de Argentina, sería una familia sin obra social que está cubierta por el sector público y que para lo ambulatorio y la internación aguda podría comprarse un plan parcial. En este sentido, el plan parcial es un complemento del sistema público.

Francia es un caso especial porque es un sistema público universal pero financiado mayoritariamente con aportes y contribuciones salariales (más que con rentas generales que suele ser la norma en los sistemas universales). Si bien su cobertura es comprensiva en el listado de prestaciones, es parcial en la cobertura financiera, es decir, cubre parte de la prestación teniendo el paciente que pagar la otra parte. Aquí es donde entran los seguros privados reembolsando copagos o coasegurando prestaciones. Para el caso de Argentina sería una obra social

con mutuales de coseguros. Por esto, se entiende que el plan privado es un suplemento de la cobertura pública/social.

En los países que tienen seguros sociales financiados con aportes salariales la cobertura es del tipo básica obligatoria con inducción a la compra de seguros privados por parte de las personas de mayores ingresos. Tanto en Alemania como Holanda, el seguro social cubre a las personas de menores recur-

El plan parcial funciona como un paliativo a los inconvenientes que se presentan para atender apropiadamente la demanda de atención médica en el sector público y en las obras sociales que no derivan aportes.

sos y las de mayores ingresos son inducidos o deben comprar su seguro privado que puede ser de cobertura parcial. En el caso de Suiza no hay aporte salarial pero existe la obligación legal de comprar un seguro privado básico con la libertad de comprar o no coberturas adicionales a la básica. En estos casos, los seguros privados pueden ser parciales quedando el riesgo financiero de lo no cu-

bierto en las personas que, en general, son las que pertenecen al segmento de altos ingresos. En este sentido, el seguro social se articula con los seguros privados parciales para personas de altos ingresos. En Argentina no hay de estos casos porque las familias con seguridad social no pierden la cobertura del PMO por la compra de un plan parcial.

En suma, en los países europeos, que son de una innegable tradición de protección social, hay planes de salud privados parciales. La clave es que están bien encajados con el sistema público o social, sea porque actúen como un complemento, un suplemento o articulado con el seguro social.

El caso elegido por Argentina con el Decreto 66/2019 es el de complemento, tal como lo es en España, Inglaterra e Italia.

¿Cuáles son los riesgos?

Una regulación deficiente para la aprobación de los planes parciales.

Hasta finales de 1996, cuando la entonces Ley 24.754 incorpora por primera vez el mandato de que las empresas de medicina privadas deben cubrir, como mínimo, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, mandato que luego es confirmado en el marco regulatorio del 2011, pululaban los planes parciales. Sin embargo, eran planes parciales definidos por las propias empresas de medicina privada pero sin regulación ni aprobación. Eran tiempos en que una empresa de medicina privada podía constituirse como una so-

ciudad comercial cualquiera, definir un plan parcial y echarlo al mercado a ser comercializado.

Los diseños eran defectuosos porque tenían la cobertura parcial en aspectos que la gente no podía controlar o tener información. Por ejemplo, se estipulaban topes de días de internación, topes de días de terapia intensiva, se excluía de la internación los medicamentos y/o los descartables, se excluía de las cirugías los honorarios médicos, etc. Esto obviamente que causaba una importante pérdida de bienestar y de seguridad financiera al paciente al no tener información transparente ni control de cuál era el verdadero alcance del plan parcial. Difícilmente un paciente pueda determinar si los medicamentos de internación facturados a su cargo por fuera del plan parcial fueron efectivamente los proveídos, o si era pertinente proveer esos medicamentos y mucho menos compartir con el médico tratante la decisión de consumir o no consumir un medicamento en internación. Ni qué decir con el uso de descartables o los honorarios de los cirujanos y sus equipos.

Por esta experiencia del pasado posiblemente existen justificados resquemores en el restablecimiento de los planes parciales. Pero esto no debe hacer perder de vista las diferencias de condiciones que prevalecían antes de 1996, cuando este tipo de planes parciales proliferaban debido a la ausencia de marco regulatorio y ente regulador, respecto de las actuales condiciones donde a partir del 2011 hay un marco regulatorio con ente regulador (la SSS).

Lo que no se debe hacer es permitir que los diseños defectuosos del pasado se repitan.

Recomendaciones de política

El objetivo de la regulación de los planes parciales es que haya la mayor transparencia posible para que el consumidor sepa qué es lo que está comprando y en qué condiciones, en paralelo, para que las empresas de medicina privada tengan seguridad sobre qué es lo que se están comprometiendo a otorgar y evitar los límites difusos que llevan al conflicto.

Una forma de lograr este objetivo es organizando los planes en dos dimensiones:

✓ Una dimensión es la *cober-*

tura vertical: que es el listado de prestaciones.

✓ Otra dimensión es la *cober-*
tura horizontal: que es el alcance de cada prestación.

La manera de ver cómo trabajan estas dos dimensiones es con el Cuadro 2. Allí se presenta un listado corto, sólo con fines ejemplificativos, de prestaciones de un plan de salud tipo para ilustrar cómo funcionan ambas dimensiones. En la realidad seguramente hará falta entrar en mayor detalle para cada prestación.

En lo que es la cobertura vertical hay prestaciones simples que son aquellas que se pueden cuantificar por unidades (consultas, estudio, prácticas), otras que

Cuadro 2. Esquema de un plan de salud

		Cubre		Copago		Topes		Carencias		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Cobertura vertical	Cobertura horizontal									
	Prestaciones simples									
		Consultas								
		Estudios laboratorios								
		Imágenes								
		Prácticas diagnósticas								
		Prácticas tratamiento								
		Odontología								
		Psicología								
		Kinesiología								
	Prestaciones compuestas									
		Internación clínica								
		Internación quirúrgica								
		Partos								
		Terapia intensiva								
		Trasplantes								
		Quimioterapia								
		Medicamentos biológicos								
		Acompañamiento terapéutico								
		Hospital de día								
Productos										
	Medicación ambulatoria									
	Ortodoncia									
	Protesis									
	Órtesis									
	Óptica									

son compuestas en el sentido que engloban varias prestaciones simples (como las internaciones, los partos, los tratamientos) y luego productos.

En lo que es la cobertura horizontal hay que definir taxativamente para cada prestación cuáles están cubiertas y cuáles no, si tienen copago cuánto es el copago, si tienen topes cuáles son ellos y si tienen carencias (períodos de espera para su uso) cuánto tiempo es en cada una.

Para evitar la opacidad del alcance de la cobertura es clave homogeneizar las prestaciones compuestas. Esto es, hay que tratar de evitar que proliferen diferentes definiciones de lo que es, por ejemplo, un día de internación. Sería recomendable regular que cuando se diga “*día de internación*”, o “*parto*”, o “*día de terapia intensiva*” la cobertura sea total en dicha prestación compuesta. Sería como interpretar que un día de internación, un parto o un día de terapia tiene todas las prestaciones simples que el PMO prevé para estas prestaciones compuestas.

Esto implica que habría que desalentar que se excluyan ciertas prestaciones simples que necesariamente tienen que ir dentro de las prestaciones compuestas, como era la práctica común antes de 1996, cuando se definía planes parciales sin regulación y se excluían de la internación, de los partos o de las internaciones quirúrgica los descartables, los medicamentos y/o los honorarios profesionales. De esta manera, la persona que compra un plan parcial tendrá la

El objetivo de la regulación de los planes parciales es que haya la mayor transparencia posible para que el consumidor sepa qué es lo que está comprando y en qué condiciones, en paralelo, para que las empresas de medicina privada tengan seguridad sobre qué es lo que se están comprometiéndose a otorgar y evitar los límites difusos que llevan al conflicto.

certeza que de las prestaciones compuestas incluidas en su plan parcial, tiene financiado todos los elementos que conforman dicha prestaciones compuesta, y las entidades de medicina privada tendrán incorporado que deben financiar la prestación completa.

Una segunda recomendación importante, que es deriva del Cuadro 2, es que las exclusiones sean por tipo de prestación y no por enfermedad. Esto se explica porque las personas que padecen una enfermedad costosa requieren prestaciones médicas convencionales (consultas, estudios, internación, etc.) más prestaciones específicas a la enfermedad (como podría ser un medicamento biológico). Aplicando la exclusión en el medicamento, queda claro que la persona sigue recibiendo las prestaciones convencionales independientemente de qué enfermedad le genere la dolencia. De hecho, mientras la persona re-

cibe las prestaciones convencionales puede diligenciar por vías alternativas el financiamiento de la prestación especial que está excluida de su plan parcial. En cambio, si la exclusión se aplica sobre la enfermedad, esto da pie a que emerjan las controversias en torno a si las consultas, los estudios o las internaciones que está demandando la persona se generan en la enfermedad excluida o por una co-enfermedad que no está excluida de plan parcial, complicándose así la determinación de las responsabilidades en el financiamiento.

Una tercera recomendación central es que la SSS publique los contenidos de los planes parciales y los precios de todas las entidades de medicina privada. Esto sirve para que la gente tenga facilidad en la comparación y haga una elección racional e informada del plan parcial que compre. Pero fundamentalmente sirve para que las propias entidades de medicina privada puedan saber si el precio de sus planes parciales está en línea con el resto de las entidades y asegurarse de que ninguna entidad esté haciendo uso engañoso de los planes parciales compitiendo con deslealtad.

La transparencia en la información mejora la competencia y esto se traduce en mejor relación calidad/precio para la gente y en entornos económicos propicios para que las entidades que den efectivamente buenos servicios sean bien remuneradas como corresponde, sin que haya premio ni lugar para los oportunistas que usan artilugios o conductas engañosas para obtener su rentabilidad. □



TURNOS POR
WhatsApp
+549 11 6640 2020

f /CentroRossi @CentroRossi

Cuidándote siempre



WWW.CDROSSI.COM | 4011-8080

Blanco Encalada 2557 | Sánchez De Loria 117 | Esmeralda 141 | Av. Corrientes 544 | Arenales 2777/2751
Beruti 2853 | Solar Shopping | San Isidro: Dardo Rocha 3034 | Sanatorio Finochietto: Av. Córdoba 2678

Rossi laboratorio también en: Consultorios San Martín de Tours - Castex 3293

TALLER 2019

Búsqueda Bibliográfica y Evaluación de Tecnología Sanitaria

14
ADEMP
2019



El 28 de marzo se llevó a cabo, en el Auditorio de ADEMP, el Taller sobre
“Búsqueda Bibliográfica y Evaluación de Tecnología Sanitaria”.

La charla estuvo a cargo de la Dra. Lucila Rey Ares, Subgerente de Auditoría
Médica en CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigación Clínica) y
también asesora de la Unidad de Coordinación General de la Secretaría de
Gobierno de Salud de la Nación, entre otras actividades.

El objetivo: contar con una herramienta para la toma de decisiones
médicas basada en la evidencia.



CONSIDERACIONES Y PROPUESTAS SOBRE MEDIDAS DE RECLAMO JUDICIAL A PREPAGAS

“El PMO constituye sólo una parte del complejo de normas que se refieren al derecho a la salud, no acabándose en él las obligaciones de los operadores sanitarios, las cuales se extienden a las sentadas en los Tratados Internacionales y en la Constitución Nacional”.

En este principio los magistrados basan sus sentencias.

El Agente de Salud rechaza la petición con el argumento de que el tratamiento o el insumo solicitado “no se encuentra dentro del Plan Médico Obligatorio (PMO)” y “tampoco en la ley de la enfermedad”. Y afirma que “no ha incurrido en omisión alguna con relación a su afiliado”.

En este escenario, el juez encuentra acreditada la “necesidad del requerimiento de referencia en atención al tiempo de la enfermedad”.

Sobre las consideraciones de la demandada, el magistrado recuerda que el “PMO constituye sólo una parte del complejo de normas que se refieren al derecho a la salud, no acabándose en él las obligaciones de los operadores sanitarios, las cuales se extienden a las sentadas en los Tratados Internacionales y en la Constitución Nacional”. “Por esto, dicha circunstancia no puede, de ninguna manera constituir una barrera para la efectiva tutela de los derechos conculcados”, sostiene y advierte: “La demandada no debe excusarse en la no obligatoriedad a la que alude puesto que las prestaciones establecidas en el PMO constituyen un piso básico insoslayable, el que se encuentra sujeto a actualización periódica atento el carácter dinámico que tiene la evolución de la ciencia médica”. Y concluyó: “La mera invocación de que la técnica de referencia no haya sido añadida al PMO por la autoridad (...), no alcanza para desligarse de su obligación atento que no brindó fundamentos cien-

tíficos suficientes para demostrar que resulta equivocada la prescripción efectuada por los médicos tratantes del afiliado, quienes son los únicos responsables de los efectos que la prestación produzcan en su salud”.

Consideraciones

“El PMO constituye sólo una parte del complejo de normas que se refieren al derecho a la salud.”

Porqué los Jueces en las contestaciones a la demanda y en el otorgamiento de las medidas cautelares se basan en el Derecho a la Salud cuando éste de ninguna manera está siendo soslayado por el financiador?

El derecho a la salud debe ser considerado como un derecho natural que no puede ni debe ser interpuesto en la litis. El derecho a alcanzar la cobertura es otra cosa. La Cobertura médica depende de un contrato de partes en el que no figura el alcance infinito ni el de “Todo lo que la ciencia médica pueda alcanzar en el futuro”. Que “La Salud” sea el Producto de este sistema no significa un seguro contra todo riesgo de enfermedad. Este no existe en ninguna parte del mundo, Todo sistema contractual debe necesariamente tener límites financieros ya que de otra manera conduciría a su propia destrucción.

Aun dentro del derecho a la salud, las alternativas de tratamiento y procedimientos pueden y deben ser evaluados. Hay permanentemente técnicas superadoras pero aún las que no son de última generación



son eficientes. Y esto nunca lo mide la ley... nunca plantea la eficiencia y menos aún la costo-eficiencia. La gran mayoría de las veces no hay perjuicio para el demandante cuando se le niega alguna práctica o medicamento innovador, ya que las terapias sustitutas existen habitualmente. Un ejemplo de esto es la provisión de Anticuerpos Monoclonales en estadios avanzados de Cáncer en los que no hay mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

Es errónea también la definición del PMO como el "conjunto de normas" toda vez que se basa en un verdadero Nomenclador de Prestaciones a las que está obligado el financiador y no establece las exclusiones por lo que todo "lo que no está incluido está excluido". No puede justificarse la no inclusión de prestaciones en la omisión de los responsables de actualizar en mencionado nomenclador. Y si fueran Normas su cumplimiento estricto es lo que ajusta a Derecho.

Se afirma que no se acaban en el PMO las obligaciones de los financiadores sanitarios... entonces... *Cuál es el tope financiero que se le debe requerir a las empresas de la salud para operar? Que garantía deberían presentar para asegurar el financiamiento de esta Salud sin Topes?...* No cabe duda que es imposible sustentar el sistema en estas condiciones. El Garante de la Salud es siempre en última instancia el Estado... pero aún así los términos de costo eficiencia deben ser conocidos y aplicados por la Justicia.

La habitualidad de resoluciones favorables a los beneficiarios de todo tipo de requerimientos, demuestran que de por sí la justicia homologa a los financiadores la garantía de derecho a la Salud que incumbe al Estado. Así la ausencia de reglas de juego otorga a los jueces un poder absoluto sobre la disponibilidad de recursos de las empresas de Medicina Prepaga y OOSS.

Obviar los contratos por parte de los jueces es el primer paso de sus dictámenes y medidas cautelares. *El contrato establece obligaciones y derechos de las partes... Será necesario recordarle esto a la justicia?*

Estimo que basados en estos principios deben ejercerse acciones que tomen estado jurídico. Presentaciones y exposiciones. Ministerio (Secretaría) de Salud y de Justicia deben analizar, comprender y tomar medidas a fin de terminar con la anarquía en el control del Sistema. Definir alcances de coberturas, topes, límites a prestaciones por ejemplo de educación en Discapacidad, prestaciones Sociales, III Nivel geriátrico, Medicación Paliativa de Alto Costo etc, de modo tal que las demandas se limiten a negativas caprichosas o maliciosas al cumplimiento del contrato como en cualquier otro rubro.

Los amparos en salud

El aplicar aquello del derecho soberano a la salud, trasunta muchas veces la impericia y desidia de los organismos encargados de administrar este bien social. Se ha convertido así en muletilla de todos los juzgados, ya que las medidas, decretos y leyes que se han incorporado a la obligatoriedad de cobertura, lo han hecho en forma tan anárquica que las medidas cautelares en salud se han transformado en una especie de oficina de autorizaciones de los financiadores. Otras veces una especie de defensa patrimonial obliga a terminar en iguales medidas. Está en juego la esencia misma de los Servicios de Salud, cuyo financiamiento requiere del cuidado de los actores, entre ellos funcionarios y Jueces, ya que nada en la gestión de servicios médicos es gratuito, ni todo es obligación.

Como médico especialista en Administración de Servicios de Salud, no llego a comprender cómo se

puede admitir desde la justicia que un paciente concurra a un juzgado a requerir una prestación médica, a veces sin pasar por su Obra Social o prepaga y generando una demanda sobre la misma y pasando por encima de requerimientos que son patrimonio de la buena práctica y de la eficiencia. Sería tan insólito como pedirle al juzgado que le indiquen si debe ser intervenido quirúrgicamente o no sin ver previamente al cirujano. Ha llegado la judicialización de la medicina al punto de tener que concurrir al juzgado antes que al financiador para autorizar una práctica. Eso es exactamente lo que suele ocurrir, o al menos la visión que tienen los usuarios de los servicios de salud cuando la autorización del requerimiento se demora.

Como Auditor Médico, puedo asegurar que sin que hayan pasado por mis manos ordenes de internación, pedido de estudios, requerimientos de prestaciones especiales, hasta un eventual servicio de incapacidad, contemplo atónito que un Juez autorizó la práctica por mí. Pienso además que si mi acto médico condujera a un daño para el paciente me vería involucrado probablemente en una demanda por mala praxis sobre la que esta misma justicia decidiría. Siento entonces que debería requerir de quien juzga la matrícula médica correspondiente ya que para mí es un requisito indispensable para evaluar y eventualmente autorizar lo que el juez analiza y autoriza. Yo hago ese trabajo, es mi responsabilidad, me pagan por eso y porque conozco las normas de autorización y listado de prestadores donde dirigir cada caso para su mejor atención de acuerdo al plan por el que el afiliado paga. Mi experiencia hace mayor el asombro ante el lugar que los jueces hacen al amparo. Deberían los juzgados al menos entender el ABC de la atención médica: *“Las prestaciones médicas son el conjunto de prácticas y actos médicos y de servicios sanitarios que conforman lo que se llama Sistema de Atención de la Salud. Este sistema tiene un financiamiento para poder funcionar, que se divide en tres subsistemas: el Público, conformado esencialmente por los Hospitales Nacionales, Provinciales y Municipales, El subsistema de la Seguridad Social conformado por Las Obras Sociales y Mutuales, y el subsistema Privado conformado por las Empresas de Medicina Prepaga y ciudadanos sin cobertura médica que financian su salud con sus propios recursos.”* El marco regulatorio de todo el sistema es el Programa Médico Obligatorio (PMO) y las leyes de programas especiales (Diabetes, VIH, Discapacidad, Medicamentos Genéricos, etc).

En el subsistema de Medicina Privada, existe además un contrato entre el financiador y el beneficiario o afiliado, en el que existen normas operativas. Entre ellas el régimen de autorizaciones y elección de cartilla. Sobre todo para prestaciones especiales, incluidas en el PMO y superadoras de los convenios originales, muchos de los cuales son anteriores a su vigencia, el financiador deriva la prestación al prestador más costo-eficiente. Para ello tiene personal especializado en prestaciones de esa complejidad, que luego de evaluar el caso lo deriva al prestador mas adecuado para su resolución.

Hay casos en que se omite este trámite por la sencilla razón de no tener la oportunidad de conocerlo hasta después de ser autorizado por el Juez. Esta eventualidad no está contemplada en el contrato, ni en el PMO ni en ninguna ley que regule el sistema.

Las instituciones Geriátricas están excluidas de cualquier obligatoriedad de cobertura, salvo que no haya familia continente en paciente discapacitado con este requerimiento. Pertenecen a lo que se llama III Nivel de atención y solo las instituciones de rehabilitación habilitadas como tal y contratadas por el financiador, son las que se encuentran incluidas como prestadoras para este nivel. No obstante es cada vez mayor la demanda judicial de esta modalidad de atención por vía de amparos. Se da así un modelo de financiamiento de problemas sociales o sociofamiliares a cargo de empresas de salud que no están contractualmente obligadas a hacerlo y por lo que el beneficiario nunca pagó. Es como obligar a una compañía de seguros a abonar el hurto de la sexta rueda de un auto que declaró tener cuatro y la de auxilio.

La discapacidad, si tiene posibilidades de rehabilitación (post traumática, post quirúrgica o post ACV), debe ser asistida en centros especiales. No en un geriátrico. Estas instituciones no cumplen ningún rol en el sistema de salud ya que el objeto es albergar ancianos que por razones esencialmente sociales y sociofamiliares no pueden convivir en la casa por cuestión de falta de autodependencia. Son casos en que la contención familiar, por múltiples razones, es insuficiente o inadecuada. Debe aceptarse que el sistema de salud no puede ni debe reemplazar a la familia. No obstante hay una creciente ola de amparos que dictaminan su obligatoriedad.

Es este contexto es predecible el aumento de la demanda de camas geriátricas ya que el trabajo de los integrantes de la familia *“obliga”* a sacar a los

abuelos de la casa para que estén al cuidado de terceros. La permisividad y la liviandad con que se otorgan coberturas de III Nivel geriátrico hace que cada vez más familias en situación de sostén de longevos, recurran al tipo de demanda judicial que nos ocupa, tal vez a sabiendas de la ausencia de análisis contractual con que se emiten luego los fallos.

No parecería ser tan complejo, toda vez que no se invoca el derecho soberano a la salud y mucho menos la urgencia, analizar el convenio que une a la actora con la demandada y el marco regulatorio de esa relación. Obviar este requisito es poner en riesgo el propio sistema porque el tope financiero en salud existe.

La invocación del derecho a la salud por fuera de los contratos privados es una demanda al Estado ya que no puede requerirse obligación alguna que no este presupuestada en el contrato privado y la garantía de tal derecho es el Estado. Aún así, los contratos en salud, en lo que concierne a alcances, tienen materia opinable toda vez que la medicina, que es el hilo conductor del mismo, no es una ciencia exacta. Existe una vertiente a invocar permanentemente que es el humanismo, ya que basándose solo en el criterio científico se puede caer en actitudes perversas, morbosas e inhumanas.

Algo de esto ocurre con los innumerables modos de prolongar la vida, aún en sufrientes terminales, originando costos improcedentes para financiar actos impiadosos. Ocurre que la justicia interpreta a la vida como finalidad, olvidando que el fin maspreciado es aliviar el dolor, principio del humanismo. Así obliga a financiar medicamentos de valores exorbitantes para prolongar en pocos días la vida de pacientes con cáncer avanzado que seguramente esperan la muerte como una forma de salvación. Esta sobrevida nunca esta ajustada a calidad de sobrevida. Los recursos que se malgastan y enriquecen a los laboratorios dueños del monopolio de estos medicamentos de alto costo y baja incidencia, quitan posibilidades de financiamiento a la prevención de enfermedades que matan miles de niños diariamente, por ejemplo. Esta seguramente es una cuestión secundaria para la justicia que es en primera instancia la autora de tal dilate.

Considerando las dificultades que impone hacer equilibrio permanente entre lo legal y lo justo, estimo pertinente establecer urgentemente la creación de un órgano estatal que discuta, evalúe y ejecute las políticas de Salud que ordenen el sistema y lo *transformen en justo*.

EL PRINCIPIO DE SOLUCIÓN

Dialogando con un funcionario de alto rango del ex Ministerio de Salud, me demostró estar muy al tanto de lo que ocurre y de la sinrazón de muchas resoluciones judiciales vía de amparo. Ante esto mi pregunta fue obvia: *Y que piensa hacer el Ejecutivo?* Y la respuesta desconcertante: *No podemos hacer NADA....(?)..*

Cómo no puede hacer nada el sistema conociendo el perjuicio?

Entre las posibilidades de resolución se encuentran los Pronunciamientos de la Suprema Corte de Justicia, y entre ellos las Acordadas. Estas son decisiones en pleno de la Corte que constituyen verdaderos "Reglamentos Administrativos". El Poder Ejecutivo puede sugerir o solicitar a la Corte que en las medidas cautelares referidas a salud se imponga un procedimiento que en nada altera la Garantía del Servicio ni riesgo de perjuicio para el demandante. Una primera instancia de urgencia, mediante la cual el Juez actuante solicita en forma perentoria al perito de turno del cuerpo médico forense que se expida respecto de lo inmediato o no con que debe resolverse el amparo, para lo cual alcanza con analizar el motivo de la demanda (riesgo de vida o para la salud inmediato o a corto plazo). Si se determina que efectivamente existe tal riesgo se ejecuta la demanda. Si no existe dicho riesgo y puede considerarse la oposición del financiador se pasa a la otra instancia que es la de *evidencia*, en la cual se solicita a una Institución Médica de Nivel Nacional como puede ser la Asociación Médica Argentina a través de sus especialidades, o la Facultad de Medicina a través de las respectivas Cátedras, que se expida en tiempo prudencial respecto de la pertinencia o no del requerimiento y la necesidad de determinación cautelar. De no ser así se pasa a la justicia ordinaria para que resuelva la controversia.

Esta vía tiene el objetivo de desprender a los jueces de la responsabilidad de determinar sin opinión médica y por lo tanto ser ejecutores de medidas eventualmente perjudiciales, y por otra proveer racionalidad sobre requerimientos que no encuadran en los contratos. □

UN EXPRESIVO RECURSO EN LA TÉCNICA DEL ÓLEO

Luis Gervasoni, artista plástico argentino, nacido en Santa Fe, de importante trayectoria, nos acompañará con sus obras ilustrando las tapas de nuestra revista de esta edición 2019, por lo que agradecemos su distinguida participación.



20
ADEMP
2019

- 1958.** Nace en Santa Fe. Autodidacta.
- 1985/87.** Participa del Taller del Mtro Lausen Freyre Beñatena.
- 1999.** Comienza a exponer, realizando 53 muestras individuales y 81 colectivas, participando de 15 Salones Munic, 14 Prov y 52 Nac en Santa Fe, Paraná, Córdoba, Santo Tomé, Ceres, Avellaneda, San Justo, Ramona, Rosario, Reconquista, Coronda, Va. Constitución, Rafaela, Esperanza y San Jerónimo Norte (Sta Fe), San Miguel de Tucumán, San Francisco (Cba), Santa Rosa (La Pampa), Junín e Ituzaingó (Bs As), Salta, Cipoletti (R. Negro), CABA y Montevideo (Uruguay).
- 2008.** Desde Julio 2008 dirige talleres enseñanza dibujo y pintura en Sta Fe. Algunas obras se adquirieron en España y Austria.

DISTINCIONES / REALIZACIONES

- 2001.** Candidato Beca 78° Salón Anual Sta Fe.
Mención Espec Pintura Salón Becarios.
2° Premio 43° Salón Nac Ceres Sta Fe.
2° Premio Pintura 49° Salón Nac Ceres Sta Fe.
4° Premio Pintura 5° Salón Nac Avellaneda Sta Fe.
- 2002.** Candidato Beca 79° Salón Sta Fe.
1° Premio Pintura 50° Salón Nac Ceres Sta Fe.
- 2003.** 4° Premio 80° Salón Anual Sta Fe.
3° Premio X° Salón Munic Poema Ilustrado Paraná (ER).
- 2004.** 1° Premio 6° Salón Nac Pintura Avellaneda Sta Fe.
3° Premio XI° Salón Munic Poema Ilustrado Paraná (ER).
3° Premio 70° Salón Anual Plásticos Santafesinos.
- 2005.** 4° Premio 82° Salón Anual Sta Fe.
2° Premio 53° Salón Nac Ceres Sta Fe.
3° Premio 5° Salón Reg APA San Francisco Cba.
Invitado Honor 7° Salón Avellaneda Sta Fe.
Realización cuadro Salón Actos Escuela Industrial Superior Sta Fe.
- 2006.** 3° Premio 83° Salón Anual Sta Fe.
Premio Estímulo Salón Banco Nación CABA.
1° Mención XI° Salón Esperanza Sta Fe.
Mención honorífica XIII° Salón Munic Poema Ilustrado Paraná (ER).
1° Premio Salón Quinquela Martín CABA.
- 2007.** 3° Premio 84° Salón Anual Sta Fe.
1° Premio 73° Salón Anual Plásticos Santafesinos.
- 2008.** 1° Premio Pintura 56° Salón Nac Ceres Sta Fe.
2° Premio Pintura 21° Salón San Justo Sta Fe.
1° Premio Pintura 3° Salón Zona Centro Sta Fe.
- 2009.** Invitado Honor 57° Salón Nac Ceres Sta Fe.
- 2010.** Realización cuadro Bicentenario J.B. Alberdi. Facultad Derecho de la UNL Sta Fe.
- 2011.** Premio Honor 77° Salón Plásticos Santafesinos.
- 2012.** Mención 28° Salón figurativo Fundac Terry CABA.
1° Premio 7° Salón Zona Centro Sta Fe.
- 2014.** Retratos de Sarmiento y Belgrano Facultad Derecho UNL Sta Fe.
- 2015.** Muestra seleccionada Biblioteca Congreso de la Nación CABA.
- 2016.** 2° Premio Salón Primavera Sta Fe.
Mención Salón Esperanza Sta Fe.
1° Premio 82° Salón Artistas Plásticos Sta Fe.
Realización cuadro alusivo a Mariano Moreno Facultad de Derecho de la UNL Sta Fe.
- 2017.** Mención Salón Esperanza Sta Fe.

www.luisgervasoni.com.ar

Lisandro de la Torre 3912, Santa Fe.

Te. 4580599 / 154093491

**UN SANATORIO CON CALIDAD
Y EXCELENCIA MÉDICA.**



***Corporación
Médica*** *Sanatorio*
Más para tu Salud.

Matheu 4071 | San Martín | Provincia de Buenos Aires
webcorporacion.com.ar | 4754.7500



Yo te quiero, estoy con vos,
Yo te protejo.

apres
COBERTURA MEDICA
GLOBAL

Una nueva línea de planes para crecer con la mejor cobertura médica en todo el área metropolitana.

0800-666-3640 | www.apresglobal.com.ar

Seguinos    Apres Salud

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga
0800-222-SALUD - (72583). www.sssalud.gov.ar - R.N.E.M.P. : 111.612.

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.



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



INNOVACIÓN

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

ESTRATEGIA

COMPROMISO

- Management farmacéutico
- Uso racional de medicamentos
- Estudios de farmacoeconomía
- Provisión y distribución de medicamentos



Av. Juana Manso 1800 3° y 4° Piso - WTC III - Madero Harbour - C1107DDA - CABA - Argentina - Tel: +54 11 5254-9050

www.admifarmgroup.com

Coloquio

“Unidos por la salud”

 **Jueves**
16 de Mayo
de 2019

 **Fundación**
Norberto Quirno
Talcahuano 1234, CABA

 **9.00**
a **13.00 hs**

PROGRAMA

Acreditaciones: 8.30 hs

Apertura del Evento



“Situación actual de la salud”

Coordinador: Dr. Luis M. Degrossi

Expone: Lic. Hugo Magonza



Licenciado en Administración de Empresas, Master en Administración de Empresas, Director General del CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno") desde 1997, Miembro del Consejo Superior del IJUC (Instituto Universitario CEMIC), Secretario Administrativo del IJUC, Presidente de ACAMI (Asociación Civil de Actividades Médicas Integrales), Presidente de AJAMI (Asociación Latinoamericana de Medicina Integral), Vicepresidente de ADPMP (Asociación de Profesionales de Medicina Prepagas), Vicepresidente de ACTRA (Asociación Civil de Telemedicina de la República Argentina), Miembro de la CETESALUD – Sociedad Argentina de la Calidad Total y de la Evaluación de Tecnología en Salud (AMA – Asociación Médica Argentina) en calidad de Vocal Titular, Director del Curso de Posgrado en Gestión de Entidades de Salud del IJUC (Instituto Universitario CEMIC), Profesor Titular de la Carrera de Administración de Salud de la UCELS (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales), Profesor Titular de la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud – IJUC (Instituto Universitario CEMIC), Profesor Invitado Curso de Biología – Instituto de Biología de la Universidad Católica de Roma Agostino Gemelli y el Instituto Patriótico Agostinianum – Roma – Italia – Desde Octubre 2015 hasta la fecha 2018, Miembro del CSIS (Center for Strategic Area International Studies) en representación del CEMIC Argentina en el Grupo Salud, Miembro del Foro para el Desarrollo de las Ciencias



“Legislación actual PMO”

Coordinador: Cdr. Néstor Gallardo

Expone: Dr. Rubén Torres



El Dr. Rubén Torres es médico cirujano infantil. Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales. Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social, en Organización y Gestión de Instituciones de Seguridad Social y en Sociología. Ha sido Superintendente de Servicios de Salud de la Nación, Consultor Regional en Políticas y Sistemas de Salud de OPS, Representante de la OMS y OPS ante el gobierno de Chile, y Ex Gerente del Área de Sistemas de Salud basados en la APS de la OPS. Subsecretario de Salud de la provincia de Santiago del Estero y Director de hospitales públicos y privados en la provincia de Buenos Aires y en la CABA. Es el Rector de la Universidad ISALUD, en la cual fue Director de la Maestría y Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Autor de tantas publicaciones, entre ellas, el libro: "Políticas Sanitarias en el país de los argentinos", presentada en el 2015.



“Impacto económico de la inflación en la economía de la salud – Panorama económico actual”

Coordinador: Dr. Gustavo Crisculo

Expone: Lic. Daniel Fernández Canedo



Licenciado en Economía UBA, Secretario de Redacción y Editor Jefe del diario Clarín, Columnista económico de Clarín, Editor Jefe del suplemento Económico de Clarín, Conductor del programa Economía XXI de Radio Milenium, Ex Subdirector Periodístico del diario Ambiente Financiero hasta septiembre de 1997, Cursos de posgrado sobre periodismo en las universidades de Columbia y Tokio, Premio Konex sobre Análisis Financiero

Cierre del Evento

Cocktail

Invitados especiales a participar del Coloquio: **Dra. Carolina Stanley** (Ministerio de Salud y Desarrollo Social)
Prof. Dr. Adolfo L. Rubenstein (Secretaría de Gobierno de Salud)
Dr. Sebastián Neuspiller (Superintendente de Servicios de Salud)

Auspician el Coloquio “Unidos por la salud”



Informes e Inscripción: info@ademp.com.ar / ademp2@hotmail.com

011-4372-5584/3603

Inscripción SIN CARGO personalizada con cupos limitados, hasta 2 por entidad

ACLIBA

Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados
de la Provincia de Buenos Aires - Zona II

Miembro fundador de

 **ACLIFE**

ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

www.adlfe.com.ar

Lavalle 51 of. A
Avellaneda (B1870CCA)
Tel. 4201-7181 Líneas rotativas
acliba2@aclife.com.ar

Por el
Dr. Roberto Chalukian
Odontólogo.
Presidente de la Mutual
Odontológica Argentina

26
ADEMP
2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ODONTOLOGÍA

UN DOCUMENTO CON GRAN FUERZA PROBATORIA

Es exigencia al profesional informar a su paciente todo lo concerniente a su salud bucodental. En este sentido, diversos países de Norteamérica y Europa han introducido la mencionada temática en sus legislaciones y sistemas de salud.

Bajo esta premisa, en 1995, Holanda decretó una ley denominada "Acta de Contrato del Tratamiento Médico", la cual el paciente tiene el derecho a recibir información por parte de médicos y odontólogos, los cuales, a su vez, poseen la obligación de informarles y pedir su autorización para los distintos procedimientos a realizar (*consentimiento informado*). Bajo este orden de ideas, Espinosa en el año 2002 menciona el compromiso que debe tener el profesional de la odontología en lo que a inversión de tiempo se refiere, con el fin de promover la toma de decisiones formuladas libremente.

En lo que respecta al *consentimiento informado*, es menester tener en cuenta que es un documento importantísimo en el bagaje de documentación donde se consigna el tratamiento.

Analizando lo que se hace y lo que no se debe hacer. No es aconsejable entregar la documentación para su análisis inmediatamente antes del comienzo de la actuación odontológica, siendo deseable, según el paciente, disponer de más tiempo para una revisión adecuada. En algunos casos resulta muy desfavorable, aunque ocurre con gran frecuencia, que la entrega del documento escrito se hace una vez que ya

se ha realizado el procedimiento clínico. Existe una percepción diferente desde el punto de vista de género, siendo las mujeres más exigentes en lo referente tanto a dar como a recibir información. Desde el punto de vista del paciente, los tratamientos de implantología parecen vincularse a mayores exigencias informativas por su parte.

Presta el consentimiento el paciente mayor de edad, pero cuando éste es menor de edad, o sea menor de 18 años, nos encontramos con distintas situaciones que demandan formas diferentes de proceder. Estas categorías según edades surgieron con la instauración del nuevo Código Civil y Comercial vigente desde agosto de 2015:

Caso 1. Menor de edad desde los 13 años: La ley presume que el paciente desde los 13 años y hasta los 16, tiene aptitud para decidir sobre su propio cuerpo siempre que el tratamiento *NO SEA INVASIVO, NI COMPROMETA SU ESTADO DE SALUD O PROVOQUE UN RIESGO GRAVE EN SU VIDA O INTEGRIDAD FÍSICA*. Si el tratamiento es invasivo: el adolescente prestará su consentimiento con la asistencia de sus padres. *¿Qué sucede si hay conflicto entre las opiniones del menor y las de sus padres?* Resuelve el Juez, teniendo en cuenta su interés superior en base a la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no realización del acto médico.

Caso 2. Menor de edad pero desde 16 años en adelante: la ley lo considera un adulto para adoptar decisiones atinentes a su propio cuerpo.

El *Código* enuncia que el menor adolescente debe prestar su aceptación de las prácticas realizadas firmando un consentimiento informado. Ante esto surgen algunas preguntas difíciles de responder.

Por ejemplo: si concurre un adolescente que quiere que le quiten los brackets interrumpiendo el tratamiento, *¿debemos pedir el consentimiento de los padres o tutor?* La respuesta a mi criterio es “sí”.

Esto puede impactar directamente sobre la modalidad en los tratamientos y en lo que hace a la relación con el profesional por los aspectos que es necesario tener en cuenta especialmente en el área de ortodoncia.

Lamentablemente, hay zonas grises que generan dudas en la forma que deben ser interpretadas y en como procederán los jueces cuando se presente el caso.

El consentimiento informado es de gran fuerza probatoria, el paciente sabe y conoce los riesgos y por ende toma la responsabilidad de hacer el tratamiento conociendo los resultados y las complicaciones que pudieran ocurrir y firma en conformidad, esto volcado en la ficha odontológica resulta de tal personalización que tiene un fuerte valor probatorio.

Caso 3. Paciente incapaz o imposibilitado de brindar el *consentimiento informado* a causa de su estado físico o psíquico: Según art. 59 del Código Civil y Comercial: por representante legal, cónyuge o conviviente, pariente o allegado que lo acompañe. En ausencia: el odontólogo prescinde.

Existe una manera tradicional y muy difundida que consiste una redacción genérica y otra más específica para algunas especialidades que describe posibles situaciones indeseables que estarían latentes o pudieran presentarse inmediatamente o a distancia luego de un procedimiento.

Este tipo de consentimiento estandarizado se considera no adecuado al no ser personalizado para el acto odontológico que se realiza, si bien figuran los datos del paciente describe situaciones genéricas.

El consentimiento informado es de gran fuerza probatoria, el paciente sabe y conoce los riesgos y situaciones indeseables que pueden acaecer y por ende toma la responsabilidad de hacer el tratamiento conociendo los resultados y las complicaciones que pudieran ocurrir y firma en conformidad, esto volcado en la ficha odontológica resulta de tal personalización que tiene un fuerte valor probatorio. Mucho más aún que el estandarizado.

El consentimiento informado debe ser siempre en soporte papel, no puede ser digitalizado y debe estar firmado por el paciente, si es menor por sus padres, en la categoría de adolescentes solo pueden decidir libremente si el tratamiento a realizar no es invasivo.

El odontólogo tratante deberá ponderar en cada caso que cuando más dudoso sea el pronóstico en el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento del paciente. Por lo tanto, se podría decir que sumado para la información verbal obligatoria está la escrita personalizada en procedimientos no quirúrgicos ni agresivos. Es menester explicar la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. Aun en actos como operatoria y endodoncia se demanda al profesional.

Para los procedimientos quirúrgicos, agresivos o en los que el resultado sea dudoso, en los que la Ley exige que el acto de informar y consentir se haga por escrito, habrá que informar sobre las consecuencias seguras de la intervención, los riesgos probables relacionados con el tipo de intervención y con las consecuencias personales y profesionales del paciente, y por último las contraindicaciones .

En resumen, el consentimiento debe describir:

- a)** Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b)** Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c)** Los riesgos probables en condiciones normales, conforme la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d)** Las contraindicaciones.

Resulta claro que a partir de la gran cantidad de demandas y la documentación presentada y el análisis de los procesos los consentimientos informados personalizados que constan de escritos de puño y letra en la ficha odontológica y firmados por el paciente son un complemento perfecto y necesario del consentimiento personalizado que potencia la fuerza del mismo ante una demanda.

Hay situaciones en las que un consentimiento no se puede realizar porque la atención es resultado de una urgencia o emergencia. Una urgencia se presenta en aquellas situaciones en las que se precisa atención

inmediata. Una emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata. Normalmente estamos frente a una emergencia cuando: La persona afectada está inconsciente. En síntesis, la Ley contempla una serie de supuestos en los que no es necesario el consentimiento: cuando existe peligro para la salud pública o riesgo vital para el propio paciente.

Complicaciones para realizar el consentimiento informado sea el estandarizado y el personalizado: Tomemos como posibilidad que concurre a la consulta un analfabeto, deberá especialmente si es consulta programada asistir acompañado por otra persona, un amigo, un vecino y hasta un menor que sepa leer y escribir, inclusive puede ser un menor que lea en voz alta el texto y el analfabeto imprima su huella dactilar en el documento. El intérprete también debe firmar bajo la leyenda que consigna que se le ha leído el texto que el paciente acepta.

¿Qué sucede cuando el odontólogo debe atender a menores que están en una institución?

Siguiendo los procedimientos correctamente, consignando todos los datos necesarios que verifiquen y demuestren que el paciente menor está bajo la tutela de la institución, institución en la que el referente será quien autorice o no preste conformidad por escrito en la ficha, con sus datos, porque el menor está bajo la tutela del estado o institución social y el referente su representante.

Existe una modalidad que debe ser modificada porque destruye la validez de un consentimiento informado del tipo estandarizado, que generalmente por la cantidad de ítems que debe cubrir al no ser personalizado es muy extenso, generalmente varias hojas.

Cuando la cirugía y el tratamiento es programado, es aconsejable entregar en mano el consentimiento al paciente unos días antes de la cirugía, y consignar en cada hoja la firma del paciente con la recepción del mismo. Luego el paciente se lleva el consentimiento

para su análisis y lo devuelve unos días después. En esa situación se consigna fecha de devolución y el paciente firma en nuestra presencia.

Esta modalidad es conveniente realizarla porque es común desmerecer la información que firmó el paciente porque lo hizo justo momentos antes de entrar al quirófano o en la misma camilla y obviamente alegará que estaba asustado, o nervioso o con la cabeza en otro lado y firmó sin leer.

Esto resulta razonable y es por ello que cuando no existe un lapso de tiempo anterior a la firma y lectura pierde mucho valor; valor fundamental para la defensa que se realice, aunque siempre tiene más valor que si no se hubiera hecho.

El consentimiento informado debe ser siempre en soporte papel, no puede ser digitalizado y debe estar firmado por el paciente, si es menor por sus padres, en la categoría de adolescentes solo pueden decidir libremente si el tratamiento a realizar no es invasivo. En odontología, todo resulta finalmente invasivo.

Conclusiones

En la relación odontólogo paciente, a partir del principio de autonomía de la libertad que permite que cada persona, en ejercicio de este derecho fundamental disponga aceptar o rechazar lo que su odontólogo le propone, el consentimiento debe ser irrestrictamente protegido y respetado, constituyendo al acto odontológico, en un acto legítimo.

De esta manera, lograr el consentimiento de una persona, en condición de paciente (o de quien lo sustituya atento el caso y tal como indica la ley), previa información, oportuna, veraz, a la par que plenamente entendible y en algunos casos, reiterada, ampliada o modificada a través del tratamiento, garantiza el cumplimiento cabal de la ineludible obligación legal del odontólogo.

Asimismo, se debe tener claramente presente, el odontólogo, que ha obtenido el consentimiento del paciente, no significa -de ninguna manera- haberle dado al mismo, las garantías de obtención de éxito al realizar un estudio o un tratamiento, sea preventivo, curativo, paliativo o rehabilitador.

Al otorgar su consentimiento informado el paciente asume la totalidad de los riesgos previsibles, de los que ha sido informado por su odontólogo.

Esto implica que el paciente sabe que no corresponde al odontólogo, asumir por sí mismo la responsabilidad de lo que le propone.

Este cambio es trascendental en la relación odontólogo-paciente, el paciente ha dejado de ser, con-

forme establecía la tradición hipocrática, el sujeto pasivo, y por ende, subordinado a todo aquello que el odontólogo considerara "*conveniente*", sea para mantener su salud o tratar su enfermedad, o para rehabilitarlo.

Este cambio ha jerarquizado al paciente, que dejó de ser un sujeto pasivo, para adoptar un rol activo, constituyéndose en el verdadero protagonista, al participar en la adopción de lo que considere conveniente.

Este cambio, logró que el paciente sea responsable en todo lo concerniente a su vida, su salud y su enfermedad.

Como contrapartida, el odontólogo ha debido cambiar su rol ancestral, debiendo compartir cada una y todas sus conductas, a la par que modificando su tradicional rol dentro de la relación odontólogo-paciente.

Esta relación, tradicionalmente vertical, además de asimétrica, en la cual el paciente siempre estaba subordinado, se ha transformado en horizontal, ello, es, simétrica, y de ninguna manera dependiente.

Con el advenimiento de este cambio, ambos sujetos de la relación son corresponsables de la conducta odontológica que se adopte, o -en su caso- se desee.

El consentimiento informado, no es un mero trámite administrativo, mucho menos formal, y de ninguna manera, que deja al odontólogo librado absolutamente de todo compromiso o responsabilidad, que ha sido transferida al propio paciente o quien corresponda, según el caso.

El odontólogo cumple con lo que la ley determina, el paciente informado asumirá los riesgos que se le han hecho conocer en detalle, pero el odontólogo por existir un consentimiento no quedará cubierto por su posterior conducta imperita, imprudente o negligente si la hubiere.

Cumplir con el consentimiento informado no es solo acatar lo que exige la ley, así como tampoco se limita al cumplimiento de una norma que dicta la bioética. Ello, habida cuenta de que constituye un pilar fundamental en la relación odontólogo paciente que respeta la propia autonomía de este último.

Indudablemente este cambio en la relación con el paciente ha motivado la mayor cantidad de demandas judiciales, habida cuenta que los pacientes objetan, ponen en duda, opinan como si tuvieran los conocimientos profundos sobre la anatomía y fisiología dentaria, el trayecto de los paquetes vasculonerviosos, muchos creen ser eruditos en rehabilitación y ortodoncia y objetan, luego amenazan y demandan o ejercen violencia.

Con el advenimiento de la información, el paciente *googlea*, esto ha traído grandes complicaciones, ya que decide qué si y qué no, cómo y cuando y el profesional de la salud, por más doloroso e injusto que sea, se transforma en un mero operario que debe ser autorizado.

El odontólogo, como el médico en este nuevo orden es uno más que presta un servicio. Así como está planteado, falta muy poco, para que en este nuevo orden, intervenga defensa del consumidor.

Falta de consentimiento informado

Es interesante plantear las consecuencias de la falta de existencia del consentimiento informado.

La ley ha dado un vuelco fundamental. Antes de su promulgación, la falta de consentimiento no implicaba automáticamente una pretensión indemnizatoria.

Ahora, el requisito de la obligatoriedad cambia el ángulo del análisis.

Por supuesto que se seguirá requiriendo la conformación de los presupuestos de la responsabilidad civil, sin perjuicio de que, ante la existencia de un daño derivado de la práctica médica, la presunción será en contra del odontólogo o establecimiento asistencial que no requirió el consentimiento informado por el tratamiento que derivó u ocasionó el daño.

El consentimiento del paciente es fundamental para que el odontólogo pueda actuar, ya sea interviniendo quirúrgicamente o sometiendo al paciente a un tratamiento.

Si el paciente niega su consentimiento el odontólogo no puede intervenir.

El paciente, mantiene autonomía en su voluntad (artículo 12 inciso e) tiene derecho a no prestar su consentimiento para la realización de determinadas terapias o procedimientos odontológicos.

Inclusive puede revocar el consentimiento luego de haberlo prestado (artículo 10 de la ley 26.529).

En los casos que el paciente o su representante legal debidamente autorizado y con constancias fehacientes de dicha autorización revoquen el consentimiento otorgado. La decisión de revocación deberá asentarse en la historia clínica. El odontólogo podrá exceptuarse de seguir con el tratamiento y derivará.

El tema de los "*derechos del paciente*" es relativamente novedoso, al menos para la literatura jurídica argentina y latinoamericana. En la relación odontólogo-paciente el acento ha estado puesto en los "*deberes*" de una y otra parte y excepcionalmente en los "*derechos del odontólogo*". Pues se ha tejido una maraña de leyes de protección alrededor de los pacientes y solo obligaciones de los profesionales.

Como primeros antecedentes durante la XXIV Asamblea Médica Mundial, en 1981 en reunión celebrada en Lisboa, en septiembre-octubre se formuló una "*Declaración sobre Derechos del Paciente*", en la cual ya se expresaba, que "*después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo*".

La "*Declaración de Derechos del Paciente de la Asociación Americana de Hospitales*", que se ocupó del "*consentimiento informado*", del "*rechazo del tratamiento*" y del derecho "*a que se le tenga en cuenta su intimidad en relación con su propio programa de atención*" fue un hito en la legislación actual.

El acuerdo o contrato médico, de ordinario celebrado en forma verbal, tenía un único predisponente, que era, obviamente, el médico, sin participación activa del paciente. Otorgar al enfermo determinados derechos se juzgaba innecesario, puesto que todo giraba sobre su "*derecho a la salud*", así, de manera genérica y abstracta (recurriendo a una analogía, es casi como el mandato bíblico que dice: "*amarás a tu prójimo como a ti mismo*" que encierra tácitamente los 10 mandamientos). Actualmente el protagonismo del paciente frente al profesional de la salud ha cambiado drásticamente conceptualmente, ahora el paciente tiene derechos y decide sobre el acto médico. Con el advenimiento de la información, el paciente *googlea*, esto ha traído grandes complicaciones, ya que decide qué si y qué no, cómo y cuando y el profesional de la salud, por más doloroso e injusto que sea, se transforma en un mero operario que debe ser autorizado. □

Bibliografía

- Broggi T MA ¿consentimiento informado o desinformado? el peligro de la medicina defensiva Med Clin 1999
- Kraut A.J. Los derechos de los pacientes Buenos Aires Abeledo-Perrot 1999
- Consentimiento informado Luis Alberto Kvitko edic 2015
- El derecho del paciente a recibir información ALBANESE SUSANA. EL DERECHO 160.96
- Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales García Hernandez, Tomas 1999



VIDT
ONCOLOGÍA RADIANTE



TRUEBEAM



HALCYON



TRILOGY

Llegó la tecnología más moderna para **la lucha contra el cáncer**

Utilizando la tecnología
más avanzada a nivel
mundial para el tratamiento
del cáncer, en VIDT
Oncología Radiante

presentamos la primera
plataforma HALCYON Varian
en el país.

Sumado a los equipos de
tratamiento radiante

TrueBeam y **Trilogy**, y un
staff interdisciplinario de
médicos, físicos e ingenieros
altamente capacitados en
21st Century Oncology
afiliado al Massachusetts
General Hospital de Harvard
University, esta
incorporación confirma
nuestro liderazgo en la
especialidad.

**Es nuestro compromiso
brindar atención de
excelencia personalizada,
aplicando el tratamiento
radiante indicado para
cada paciente.**



VIDT
ONCOLOGÍA RADIANTE

VIDT 1924/32 (1425) C.A.B.A.
Central Única de Turnos: 5278 6005
info@vidtcm.com.ar / vidtcm.com.ar

**Enfocados en
cada persona**

NACIONES UNIDAS RECOMIENDA A CA.DI.ME.

La *Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico de Argentina (CA.DI.ME.)* fue recomendada por el Comité de ONGs de la *Organización de las Naciones Unidas (ONU)* como órgano de referencia y consulta en materia de salud, desarrollo económico y social, integrando su Consejo Económico y Social (ECOSOC).

El objetivo de este Consejo es el de examinar los problemas, elaborar recomendaciones y proponer políticas frente a estas problemáticas, y convocar conferencias internacionales para presentar proyectos y programas entre otros. *“Este es un reconocimiento muy importante para CA.DI.ME. y para todos sus integrantes, porque confirma la profundidad y calidad del conocimiento y experiencia que hemos desarrollado a lo largo de estos más de 40 años”*, explica Guillermo Gomez Galizia, Presidente de CA.DI.ME.

Con esta recomendación, la cámara pasaría a formar parte, una vez ratificada, de un selecto grupo de representantes de los sectores académico, empresarial y no gubernamental que asesoran al organismo internacional en distintos rubros alineados con los objetivos universales de desarrollo sustentable para el año 2030. *“El carácter consultivo especial nos permitirá asistir a las reuniones de los órganos preparatorios y subsidiarios en relación con las conferencias, presentar propuestas y aportar el conocimiento y experiencias de Argentina en la materia”*, agrega Gomez Galizia.

El reconocimiento se formalizó en la última Sesión Ordinaria del Comité de ONGs de Naciones Unidas de 2019 luego de una prolongada gestión de CA.DI.ME frente a las autoridades de las Naciones Unidas durante 2017 y 2018, donde la Cámara argentina debió mostrar evidencias de su trayectoria, experiencia y conocimiento en materia de salud, desarrollo social y económico en el país. □

CAEME ORGANIZÓ LA X JORNADA DE ECONOMÍA DE LA SALUD

La *Cámara Argentina de Especialidades Médicas (CAEME)* realizó hoy la X Jornada de Economía de la Salud de la que participaron gerentes de los laboratorios de innovación, autoridades de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, del PAMI y de la Superintendencia de Servicios de Salud. Durante el encuentro se buscó abordar temas clave para el sistema de salud, como son los modelos de financiación, el acceso y la evaluación de tecnologías sanitarias, en pos de la sustentabilidad del sistema de salud.

El secretario de Gobierno de Salud de la Nación, *Adolfo Rubinstein*, fue uno de los expositores del evento y se refirió al rol de la *“Evaluación de Tecnologías Sanitarias en el contexto de la Cobertura Universal de Salud”*. Durante su exposición destacó que *“la innovación tecnológica es uno de los pilares de la cobertura universal de salud”* con la que se busca garantizar el acceso a servicios de salud de calidad en todo el país. Rubinstein refirió que actualmente *“el gasto en salud en la Argentina representa entre el 9 y 10% del PBI”*, de los cuales *“dos tercios corresponde al sector público”*. No obstante, señaló

que *“los resultados no son los esperados en relación a la magnitud de la inversión”*. Sobre este punto destacó el rol que tendrá la AGNET, la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias cuyo proyecto de ley fue enviado al Congreso pero sigue a la espera de ser debatido en el recinto. Rubinstein destacó que esta agencia ayudará a definir reglas de juego claras, en lo que a costo beneficio se refiere, particularmente en los medicamentos innovadores de alto costo.

Antes, se realizó un panel referido a *“Modelos de Financiación de la Innovación”*, del que participaron el titular del PAMI, Ricardo Mastai, el gerente de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud, Gustavo Jankilevich y David Aruachan, presidente de Unión Personal. Sobre este punto, el titular de la obra social de los jubilados destacó que los criterios de inclusión que utiliza PAMI para la incorporación de la innovación tiene que ver con tres puntos clave: el análisis desde el punto de vista clínico del nuevo medicamento, el impacto presupuestario que tendrá la incorporación de esa nueva terapia y por último la capacidad que tiene el organismo para cubrirla. □



CEFALEAS

Subestimadas por la mayoría de quienes las padecen.

La *cefalea*, denominación científica del dolor de cabeza, es quizás una de las afecciones más frecuentes del sistema nervioso, se calcula que más de la mitad de los adultos a nivel global las han padecido en algún momento de la vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 20 adultos padece dolor de cabeza todos o casi todos los días. Los pacientes con cefaleas tienen limitaciones en las actividades cotidianas y laborales.

Cuando se habla de cefalea o dolor de cabeza, se hace referencia a su origen cerebral, se las clasifica en cefaleas primarias cuando el dolor es el síntoma principal y secundarias cuando éstas dependen de algún otro origen o patología.

La migraña consiste en una enfermedad neurológica compleja caracterizada por ataques recurrentes de dolor de cabeza muy intenso, ubicado en la mitad de la cabeza (hemisferio) del lado izquierdo o del derecho, pulsátil (es decir, como un latido), que puede estar acompañado por vómitos, náuseas, mayor sensibilidad a la luz y al sonido. Estos síntomas varían entre los pacientes y en ocasiones entre las distintas crisis de un mismo paciente. Los ataques de migraña pueden durar desde horas hasta dos o tres días. La mayoría de las personas no pueden desenvolverse normalmente

durante un ataque, ya que quedan seriamente afectados. Durante las crisis, quienes la padecen se ven limitados para realizar actividades laborales, familiares, académicas y sociales. Se da con mayor frecuencia en las mujeres y personas jóvenes dado que se vincula con una cuestión hormonal y con la toma de anticonceptivos.

Otro tipo de cefalea es la llamada cefalea tensional en cuyo caso la sintomatología se circunscribe a un dolor que se extiende en la frente y a ambos lados de la cabeza, a modo de cinturón. Este tipo de cefalea suele presentarse con mayor frecuencia en hombres y adultos jóvenes que se encuentran en condiciones de stress, ansiedad o angustia.

Las cefaleas secundarias constituyen un grupo mucho más extenso siendo la más frecuente la cefalea por consumo excesivo de fármacos.

“Al presentarse dolor de cabeza la persona debe recurrir al médico, siempre. Es el profesional de la salud quien debe definir su origen, e indicar los estudios necesarios para descartar que detrás de ese síntoma no se oculte otra patología. Como primera medida el médico debe realizar un interrogatorio completo, indagando acerca de la forma, intensidad, localización y frecuencia con la que se presenta el dolor, si existen antecedentes familiares, si el dolor se presenta

en el contexto de una situación cotidiana o no, entre otras cuestiones. A la información obtenida a partir del cuestionario se la complementa con un examen neurológico que permite al médico realizar el diagnóstico adecuado”, sostiene la Doctora Berner .

A pesar de la frecuencia del dolor, solo una minoría de los pacientes concurre a la consulta y tiene diagnóstico de parte de un profesional y optan por la automedicación. *“Resulta importante destacar que a cada tipo de cefalea le corresponde una medicación específica, porque las causas de las mismas son diferentes. En el caso de la migraña, tiene que ver con un dolor de tipo vascular, de ahí que se indiquen fármacos que actúen en contra de ese desencadenante y que el tratamiento sea más complicado que, por ejemplo, el de la cefalea tensional que, dependiendo de las causas que lo originen puede llegar a tratarse con ejercicios de relajación o cambiando los hábitos de vida”* advierte la Doctora Berner. Es decir que el tratamiento siempre amerita un diagnóstico previo para poder determinar la causa específica que produce la cefalea.

La presencia del dolor de cabeza es un síntoma que está alertando sobre algún mecanismo que no está funcionando bien en el organismo. La recomendación es siempre consultar al médico. □

ADEMP

ENTIDADES ADHERIDAS



ALTA MEDICA S.A.

Alte. Brown 517/19 - B1708EFI- Morón-Pcia. Bs.As.
Tel.: 5627-1440 - Fax: 4627-2801
e-mail: amedica@cmm.com.ar
www.cmm.com.ar



ALTA SALUD S.A.

Av. Nazca 1169 (C1416ASA) Capital Federal
Tel.: 4588-5900 0810-333-2582
www.altasalud.com.ar
E-mail: info@altasalud.com.ar



ALLMEDICINE

Pte. Roca 436 C.P. S2000CXJ -
Rosario, Pcia. de Santa Fe.
Tel: 0341-5304/4460/61/62/63
www.allmedicinesa.com.ar



APRES

Andrés Baranda 210, Quilmes
Provincia de Buenos Aires
Tel.: 4257-4404
www.apres.com.ar
e-mail: admision@apres.com.ar



ASI S.A.

Lisandro Medina 2255 -
Tel.: 4716-3250 B1678GUW
Caseros - Pcia. de Bs.As.
E-mail: info@asi.com.ar - www.asi.com.ar



BOEDO SALUD S.A.

Boedo 535/543 4º C. B1832HRK
Lomas de Zamora - Pcia. Bs.As.
info@boedosalud.com / Tel.: 5238-9006



BOREAL

Santiago del Estero 140. T4000DVD. San Miguel de Tucumán
Tel.: (0381) 431-1360
E-Mail: cvolters@e-boreal.com.ar
www.e-boreal.com.ar



BRISTOL MEDICINE

Amenabar 1074/76 - C1426AJR - Capital Federal
Tel.: 3220-4900 / 0800-444-0453
e-mail: info@bristolmedicine.com.ar
www.bristolmedicine.com.ar



CEMIC

Av. Las Heras 2939 (C1425ASG)
Tel. 5299-0850 Fax: 5288-5710
dptocomercial@cemic.edu.ar



CENTRO ASISTENCIAL Medicina Privada

Av. Mitre 111- S2300HWB Rafaela - Santa Fe
Tel.: (03492) 501-500/501
www.centroasistencial.com.ar
info@centroasistencial.com.ar



CIMA INTEGRAL S.A.

Güemes 978
Tel: (03489) 431300/447880
info@cimaintegral.com.ar



CIRCULO MEDICO DE MATANZA

Av. De Mayo 743
B1704BUH - Ramos Mejía - Bs. As.
Tel./Fax: 4469-6600
E-Mail: info@cirmedmatanza.com.ar



CORPORACION ASISTENCIAL S.A.

Matheu 4120 B1650CST -
San Martín - Pcia. Bs. As.
Tel.: 4754-7580 - Fax: 4754-7580/81
E-Mail: comercializacion@corporacion.com.ar



CYNTHIOS SALUD S.A.

Betharram 1434 - C1683CRB
Martín Coronado- Pcia. Bs. As.
Tel.: 4589-3924 4840-1771- Fax: 4589-3924
E-Mail: comercializacion@cynthios.com.ar



FAMILY S.A.

Lebensohn 89 (B6000BHA) -
Junín- Pcia. Bs.As. Tel: 0236-4431585
www.famyl.com.ar / E-mail: info@famyl.com.ar



FEMEDICA

H. Yrigoyen 1124/26 C1086AAT - Cap. Fed.
Tel.: 4370-1700 Fax: 4370-1754
www.femedica.com.ar info@femedica.com.ar



FUNDACION MEDICA DE MAR DEL PLATA

Córdoba 4545 B7602CBM -
Mar del Plata - Pcia. de Bs. As.
Tel.: (0223) 499-0140 - Fax: (0223) 499-0151
E-Mail: fundacion@hpc.org.ar
www.hpc-fmmp.com



GERMED S.A. S.A.

Belgrano 242 B6000GZB -
Junín - Pcia. de Bs. As. - Tel.: (0236) 443-440
www.grupolpf.com.ar



HOMINIS S.A.

Fco. Acuña de Figueroa 1239.
C1180AAX C.A.B.A. Tel.: 4860-1900
www.Mphominis.com.ar



MEDICAL'S S.A.

Talcahuano 750 11º C1013AAP - CABA
Tel./Fax: 4373-9999 - Int. 1103
e-mail: medicalsdireccion@yahoo.com.ar



MEDIFE

Juan Bautista Alberdi 3541 [C1407GZC] CABA
Tel.: 0800 333 2700 - www.medife.com.ar



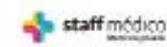
PRIVAMED S.A.

Uruguay 469 3º C1015ABI - C.A.B.A.
Tel.: 4371-4449
www.privamedsa.com / E-mail: info@privamedsa.com



SABER CENTRO MEDICO S.A.

Av. San Martín 554 B1876AAS - Bernal - Pcia. Bs. As.
Tel.: 4229-4664 int. 1 - Fax: 4252-5551
E-Mail: info@sabersalud.com.ar



STAFF MEDICO S.A.

Sarmiento 811 3º C1041AAQ - Capital Federal
Tel.: 2033-7550
E-Mail: info@sancorsalud.com.ar
www.sancorsalud.com.ar



ASOCIACIÓN MUTUAL DE ENTRE RÍOS - UNIMEDICA

9 de Julio 348. E3100AEH. Paraná. Entre Ríos
Tel.: 0343-422-6874
contacto@unimedicaparana.com.ar



VIDA PYME ASOC. CIVIL

Reconquista 458 15º C1003ABJ Capital Federal
Tel.: 5288-5900 - Fax: 5288-5710
E-Mail: planpyme@osdepyem.com.ar



VITA'S S.A.

25 de Mayo 369 B1708JAG
Morón - Pcia. de Bs. As. info@vitas-sa.com.ar
Tel./Fax: 4627-8745 4628-8657



WITCEL S.A.

Av. Callao 625 3º Piso. C1022AAG. Capital Federal
Tel.: 5368-7678 5358-7679
E-Mail: administracion@oswitcel.com.ar

**CLINICA
MODELO
DE MORON**

SANATORIO



- TURNOS ONLINE
- GUARDIA LAS 24 HS.
- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
- INTERNACIONES

75
años
Conteniendo
y Sanando

NUEVO LABORATORIO DE ÚLTIMA GENERACIÓN



5627.1000 / 4133.1000

R. O. Del Uruguay 234, Morón (1708) | www.cmm.com.ar



CENTRO DE DIAGNÓSTICO PARQUE

*Con calidez y
calidad diagnóstica...
Siempre al cuidado
de la salud.*



Campana 3252/72 - CABA
Tel.: 4505-4300/4350 - TURNOS ONLINE
www.diagnosticoparque.com.ar

