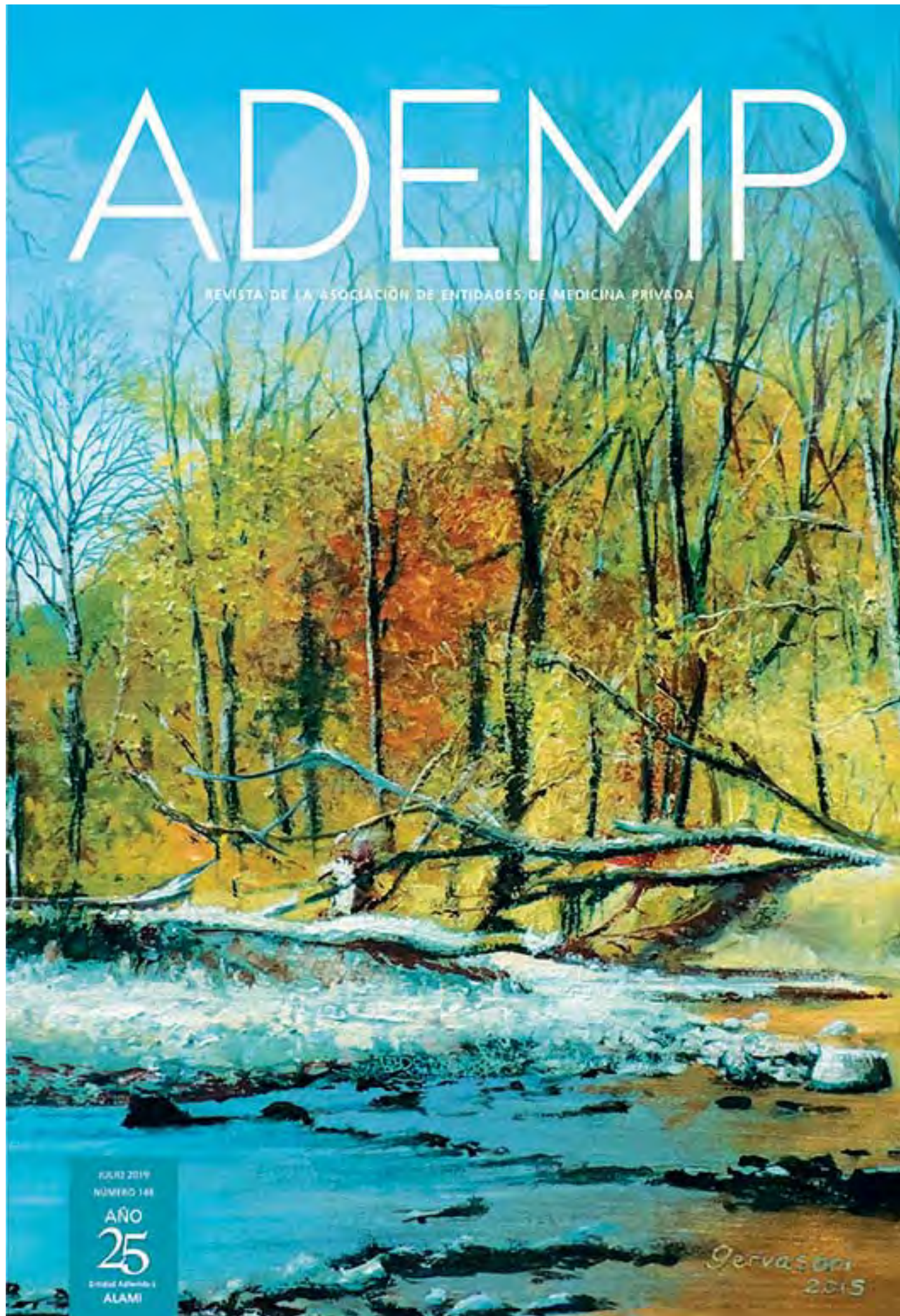


ADEMP

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA



JULIO 2019
NÚMERO 148

AÑO
25

Entidad Afiliada a
ALAMI

Gervasoni
2015



EXISTEN OTRAS MANERAS DE CONTROLAR EL GASTO

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

 **COMPAÑÍA**
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

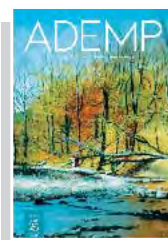
María del Pilar Gallardo

RELACIONES INSTITUCIONALES

Alejandro Condomí Alcorta

APODERADO

Jorge Otero Lacoste



Tapa

Título: Arroyo en bosque

Autor: Luis Gervasoni

Técnica: Óleo

42x23 cm. (2015)

EDITORIAL



por el

Dr. Luis María Degrossi

Presidente de ADEMP

La crisis de financiamiento nos llama a innovar

El clima electoral hace que la agenda de los temas importantes quede relegada a un segundo plano. Nuestro Sector no está al margen de esta tendencia general. Lo preocupante es con cierto retorno a la calma del dólar y una inflación que parece ir controlándose, aunque a un ritmo bastante más lento que el deseable, las apariencias engañan. El *Sector Privado de la Salud* ha quedado muy golpeado con este proceso de devaluación, inflación y volatilidad e incertidumbre económica. Los precios de los planes de salud de la medicina privada están retrasados y en una muy difícil encrucijada.

La *Superintendencia de Servicios de Salud* autoriza ajustes en los precios de los planes de salud. Pero van por detrás de la inflación general y de lo que ya subió el dólar, con lo cual no es arriesgado afirmar que son ajustes insuficientes para la fuerte presión al alza que están teniendo los costos en salud. Pero a su vez, y aquí está la encrucijada, los ajustes de precios en los planes de salud, aun cuando insuficientes para cubrir los verdaderos costos de la salud, son difíciles de soportar para muchas familias que ya están haciendo esfuerzos denodados por llegar a fin de mes.

Somos conscientes que nuestros afiliados están atravesando también con sus presupuestos familiares estrangulamientos financieros tan asfixiantes como los que sufrimos nosotros en nuestras Entidades. El desgranamiento día tras día de nuestra afiliación, por pérdidas de empleo formal o por ingresos familiares que se ven menguados por la inflación, no hace nada fácil pensar en que apelando a mayores ajustes de precios se pueda relajar el estrés financiero de nuestras instituciones. Además, nunca deja de ser nuestra responsabilidad velar por la salud financiera de nuestros afiliados y por la continuidad de los sistema prestacionales que todos y cada uno de nosotros venimos manteniendo.



Otra muestra de que el *Sector Privado de la Salud* tiene su propia inflación es que, aunque la inflación general vaya en descenso en la segunda mitad del año, como esperan los expertos de la economía, los costos médicos crecerán debido a que se firmó las actualizaciones paritarias del *Convenio Colectivo de la Sanidad* que prevé aumentos salariales del orden del 32% para el período agosto 2019 – febrero 2020. Consideramos que es un justo acto actualizar las remuneraciones de quienes se encargan de atender en todos los sentidos a nuestros afiliados y/o asociados, pero no deja de ser una presión adicional más sobre recursos sanitarios que alcanzan cada vez menos.

Cuando los recursos son insuficientes no queda otra que apelar a un viejo concepto que a veces queda en el olvido, que se llama: eficiencia. Esto no es otra cosa que hacer rendir más y mejor los pocos recursos disponibles. Para ello se necesita trabajar a todo nivel. A nivel de la política pública, de cada institución y de cada trabajador de la salud privada.

En el ámbito de la política pública, una novedad es que se convocaron a las mesas técnicas para estudiar las herramientas y recomendaciones para la futura *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AGNET)*. Si bien, como dijimos al comienzo de la nota, la política está enfrascada en la contienda electoral, las autoridades invitaron a los actores del sector salud a una instancia de diálogo técnico para empezar a definir los criterios de priorización de las intervenciones a evaluar, los criterios para la toma de decisiones sobre asignación de recursos, los criterios de valoración de la evidencia, los umbrales de costo-efectividad e impacto presupuestario y su adaptación a los recursos disponibles en el *Sector Salud*. Se trata de ir preparando el terreno técnico para cuando los tiempos políticos sean propicios tanto para la creación de la *Agencia*, como para otras grandes cambios y/o desafíos.

ADEMP ha sido invitada a participar en esta instancia de diálogo técnico y allí estaremos presentes con nuestros profesionales.

Desde el ámbito de nuestras instituciones y con nuestros trabajadores, nuestra contribución a la eficiencia debe venir por el lado de mejorar e innovar en la gestión administrativa, financiera, clínica y de recursos humanos. En salud, cuidar y hacer rendir cada moneda que se tiene disponible implica cuidar y valorar los criterios de utilización. Hoy más que nunca hay que cuidar las tasas de uso con criterios de priorización. Hay que hacer tomar consciencia que las prácticas, procedimientos e internaciones médicas que pueden ser evitadas o resueltas con una apropiada intervención y buen criterio del profesional médico es un recurso más aplicado a tratamientos que sí son impostergables y hasta imprescindibles. Más prestaciones médicas no siempre es buena medicina. El buen criterio médico es lo que lleva a la calidad haciendo rendir más y adecuadamente los recursos disponibles.

Hoy más que nunca tenemos que ser enfáticos en recordar una máxima de la economía, es decir **"los recursos en todos los órdenes de la vida son finitos"**. Pero eso sí, haciendo una aclaración de la que ya hoy, no quedan dudas: **"En salud, lo son mucho más aún"**. □



**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.**

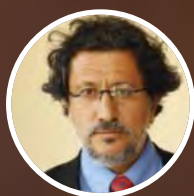
Una gran capacidad logística y recursos tecnológicos, se suman para conseguir una máxima eficacia. La destreza y la pericia de nuestro cuerpo de profesionales -médicos y paramédicos- están acompañadas con todos los recursos físicos necesarios para que cada fase del circuito de cobertura, se cumpla atendiendo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

LA CALIDAD ES NUESTRA **ACTITUD**

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



www.acudireemergencias.com.ar



Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

Se calma el dólar, pero la escasez de recursos en la salud privada se profundiza

6
ADEMP
2019

Hace ya prácticamente un año y medio que se desató el proceso de aumento del dólar y el sector privado de la salud quedó financieramente descolocado. Sus precios van detrás del dólar y la inflación con un mercado laboral debilitado. La agenda para la salud privada debe seguir siendo darle consistencia actuarial al sistema.



La evolución de los principales precios de la medicina privada

La medicina privada está atravesando por momentos muy críticos desde el punto de vista del financiamiento. Un precio clave en medicina es el dólar porque el equipamiento y los insumos médicos son en gran proporción importados, o bien, producidos localmente pero con uso intensivo de partes importadas. En este sentido, una devaluación tan profunda de la moneda nacional con respecto al dólar necesariamente provoca un estrés financiero difícil de sobrellevar.

Para tener idea de órdenes de magnitud se presenta el *Gráfico 1*. Allí puede observarse cómo el dólar tuvo una importante escalada desde marzo del 2018 hasta setiembre del 2018, pasando de \$20 a \$41 y que en el Gráfico se representa por un aumento de marzo 2018 = 100 a setiembre 2018 = 201. Entre setiembre 2018 y enero 2019 hubo relativa calma, pero a partir de febrero 2019 vuelve a subir para tranquilizarse recién en junio de este año donde se observa una pequeña caída.

La razón de la estabilización del dólar responde fundamentalmente a que el campo argentino se hizo presente trayendo divisas de una cosecha que fue destacable. Cómo sigue la evolución del dólar es un interrogante dado que ello depende en buena medida de las expectativas de la población sobre lo que ocurrirá con la economía después de las elecciones.

De todas formas, lo más notable del *Gráfico 1* es el claro retraso que tiene la inflación general y, en particular, los precios de los planes de salud de la medicina privada. Hasta febrero del 2019 los precios de los planes de salud privados acompañaron a la inflación, pero a partir de ese momento la inflación siguió creciendo a tasa sostenida retrasando los precios de los planes de salud debido a que sus ajustes se producen con intermitencia.

Más concretamente, partiendo de un valor 100 para marzo del 2018, en julio del 2019 el dólar está en un nivel de 217, la inflación general en 174 y los precios de los planes de salud privados en 161. Esto implica que el dólar creció desde marzo del 2018, cuando se desata el proceso devaluatorio, un 25% por encima de la inflación y un 35% por encima de los planes de salud privados.

Este retraso del nivel general de precios y de los planes de salud respecto del dólar es precisamente lo que mejora la situación de competitividad para los exportadores. Esto es, cobran en dólares elevados y consumen bienes y servicios domésticos con precios bajos en términos de dólares. Pero para un sector de servicios que se vale de tecnologías importadas, como es la medicina privada, esto es un fuerte torniquete. Si además la inflación general va por encima de los precios de los planes de salud, la restricción presupuestaria se hace sentir todavía más intensamente.

Gráfico 1. Dólar, inflación y precios de los planes de salud de la medicina privada



Fuente:
elaboración
propia en base
a Ministerio de
Hacienda y
Resoluciones SSS

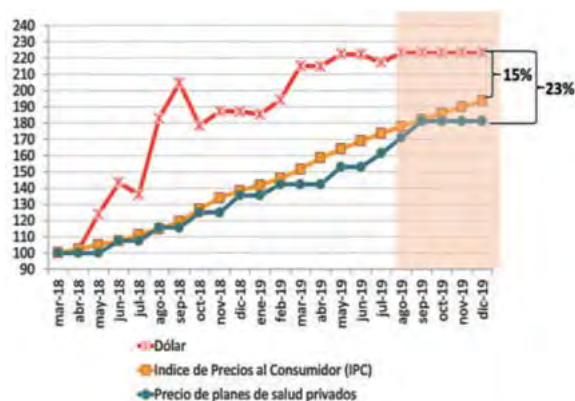
¿Cómo siguen el dólar, la inflación y los precios de los planes privados en lo que resta del año?

La incógnita es que sucederá con el dólar. Pero suponiendo que se mantenga estable en alrededor de \$45, que sería un escenario no seguro pero factible, la inflación se espera –según la Relevamiento de Expectativas de Mercado que hace periódicamente el Banco Central entre aproximadamente 60 analistas financieros profesionales– que vaya progresivamente convergiendo al 2% mensual hacia fin de año, terminando en diciembre con un nivel de 40% interanual. Los precios de los planes de salud privados tuvieron un ajuste de 5,0% en febrero, 7,5% en mayo y 5,5% en julio, estando pautado otros dos ajuste de 6,0% en agosto y setiembre, respectivamente, totalizando un incremento anual para el 2019 de 34% en diciembre.

Como se muestra en el *Gráfico 2*, el retraso se mantendría aún con un dólar estable. Con un dólar en \$45 y las pautas de inflación y ajuste de precios de planes de salud privados mencionadas, para lo que queda del 2019 el dólar todavía quedaría un 15% por encima de la inflación y un 23% por encima de los planes de salud privados respecto de marzo del 2018, que fue el mes que se inició la escalada.

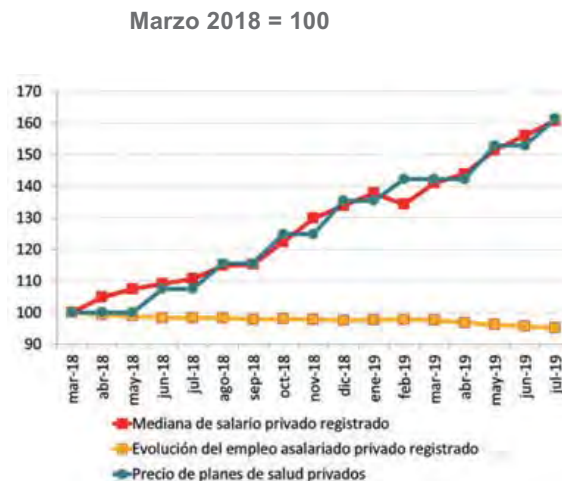
Así las cosas, la dura restricción financiera por la que están atravesando las instituciones privadas de la salud va a persistir en lo que queda del año y

Gráfico 2. Proyección de dólar, inflación y planes de salud privado a diciembre 2019
Marzo 2018 = 100



Fuente: elaboración propia en base a REM del Banco Central y Resoluciones SSS

Gráfico 3. Precio de planes de salud privados y empleo asalariado privado registrado
Marzo 2018 = 100



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Producción y Trabajo

va a terminar con un sensible retraso respecto al dólar. Lo más desafiante es que las fuentes de recursos del sistema privado de salud también están tocando límites, y en algunos casos contrayéndose. En particular, la principal fuente de recursos del sistema privado son los salarios de los empleados en relación de dependencia en empresas privadas que hacen derivación de aportes. En el *Gráfico 3* se puede observar cómo evoluciona la mediana de salarios privados registrados y los empleados privados registrados de la economía.

Los precios de los planes de salud privado prácticamente mimetizan en su evolución al derrotero de los salarios del mercado laboral. Es decir, lo que van subiendo los salarios es lo que se van ajustando los precios de los planes de salud privado. Con lo cual se hace difícil pensar que los planes de salud puedan ajustarse a mayor nivel de lo que lo viene haciendo, sin poner en severo estrés financiero a los presupuestos familiares de los hogares afiliados a la medicina privada.

Pero lo que decisivamente pone en riesgo la sostenibilidad económica de las instituciones privadas de salud es la tendencia a la caída del empleo asalariado privado registrado que se muestran en el *Gráfico 3*. Si bien el impacto en el mercado laboral del proceso devaluatorio iniciado en marzo del 2018 no ha sido de golpe o caída abrupta, en su

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

**universal
assistance**

cuidamos tu mundo



lugar se trata de un efecto de deterioro suave pero –hasta ahora– persistente. Esto se está observando en las instituciones privadas de salud como un efecto desgranamiento de la afiliación. Las personas que pierden el empleo formal no pueden sostener la afiliación vía derivación de aportes y muchas otras con salarios que crecen por debajo de la inflación tampoco puede hacerlo, aun cuando el precio de los planes suba como sus salarios, debido a que el resto de los bienes y servicios de la canasta de consumo del hogar sube por encima.

Entonces, precios de planes de salud que marchan detrás del dólar y la inflación, sin márgenes para acelerar los ajustes de precios, ya que vienen creciendo al ritmo que crecen los salarios con un mercado laboral que se desgrana, abre un enorme interrogante en torno a cómo sobrellevar la integridad financiera de las instituciones privadas de salud.

Más allá de la crisis coyuntural, el mercado laboral viene estructuralmente debilitado

Sin ánimo de seguir sumando problemas a los problemas, es necesario e inevitable alertar sobre un fenómeno que está ocurriendo fuera del sistema de salud pero que lo impacta directamente. Se trata de la falta de crecimiento del empleo asalariado privado registrado, que es el empleo de mayor productividad, salario más elevados y genuino. Lo que lo está reemplazando es el crecimiento del empleo público, que es un empleo que a la larga depende de los espacios fiscales del sector público, fundamentalmente el provincial y municipal, y los monotributistas y el servicio doméstico que, desde el punto de vista del sector salud, son dos modalidades de empleo desfinanciadas.

Esto último se refiere al hecho de que el aporte promedio de un trabajador asalariado privado registrado ronda los \$1.200 por persona mientras que el aporte de un monotributistas o una persona del servicio doméstico es de \$689 o sea prácticamente la mitad, cuando el paquete médico cubierto (Programa Médico Obligatorio) es el mismo.

En el *Cuadro 1* se presenta la evolución de las diferentes modalidades de empleo con aportes a la seguridad social. El cuadro está expresado en miles de personas. Allí se puede ver que la mayoría

Cuadro1. Modalidades de empleo con aportes a la seguridad social

En miles de personas

	Asalariado privado registrado	Empleados públicos	Autónomos	Mono- tribustistas	Casas particulares	EMPLEO REGISTRADO TOTAL
2012	6.066	2.625	408	1.337	395	10.831
2018	6.240	3.158	401	1.597	486	11.882
Variación	174	533	-7	260	91	1.051
Composición de la variación	17%	51%		25%	9%	100%

Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Producción y Trabajo

son los asalariados privados registrados seguido por los empleados públicos (que corresponden a la Nación, provincias y municipios), luego los monotributistas, autónomos y servicios doméstico. El punto es que la dinámica en la presente década ha sido adversa para el empleo asalariado privado registrado, que es el que hace derivación de aporte y financia a las instituciones privadas de salud.

Entre el 2012 y el 2018 los empleados con aportes a la seguridad social crecieron en 1 millón de personas. De las cuales sólo el 17% son asalariados privados registrados. El 51% del crecimiento de las personas con aportes lo explica el empleo público, seguido por los monotributistas que representan un 25% del aumento y el empleo en casas particulares. Esto hace que, en total, 8 de cada 10 nuevas personas con aportes han sido empleados públicos, monotributistas o trabajadores de casas particulares.

Lo anterior sirve para destacar que el problema de financiamiento de la salud por falta de creación de puestos de trabajo asalariados formales está lejos de ser un fenómeno de la crisis coyuntural actual. Se viene arrastrando desde el año 2012 que fue el último año de la bonanza internacional. A partir de ese año, el mercado laboral creó muy pocos empleos asalariados formales. Parte de la explicación está en que la economía se ha mantenido

prácticamente estancada desde el 2012. Más precisamente, a cada año de crecimiento le siguió uno de decrecimiento con lo cual en el balance la economía prácticamente no creció. Sin crecimiento económico es difícil pensar en aumentos sustantivos de empleo asalariados privado formal. Otra parte de la explicación está en que las normas laborales hicieron cada vez más costoso y riesgoso el empleo en relación de dependencia, lo que lleva a que muchas relaciones laborales se hagan a través del monotributismo.

Propuestas de política

La escasez de recursos extrema la necesidad de avanzar con reformas que vayan en la dirección de mejorar la consistencia actuarial del sistema. En otras palabras, hay que modificar reglas del sistema para hacer un uso más racional de los recursos disponibles.

Dos ejemplos positivos de medidas tomadas en este sentido son la posibilidad de comercializar planes de salud parciales, a fin de ajustar el precio de los planes a las reducidas posibilidades de muchas familias que ven complicado seguir pagando un plan integral, y la actualización de la cápita que PAMI transfiere a las obras sociales por los nuevos jubilados que deciden quedarse en su obra social de activos (este valor de cápita pasó de

“ *Es importante acelerar la implementación de la agencia de evaluación de tecnologías para dar un marco de racionalidad a las demandas de nuevas incorporaciones tecnológicas, cada vez más costosas y sofisticadas, en un sistema con recursos cada vez exiguos.* ”

\$192 a \$1.365), disminuyendo así la presión financiera sobre los nuevos jubilados que hacen derivación de aportes.

En esta sintonía se podría también hacer un mejor uso del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) robusteciendo el subsidio SANO, que es el que subsidia automáticamente a los beneficiarios del sistema de obras sociales nacionales de menores recursos. De esta forma, las personas de menores recursos podrían contar con un mayor aporte subsidiado desde el FRS, mejorando la equidad en el financiamiento.

Para esto hay que resolver el tema del financiamiento de los servicios sociales de la discapacidad que actualmente se está haciendo desde el FSR, de manera improvisada, y amenaza con desfinanciarlo. Cabe recordar que en 1997 se creó la Ley de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Ley 24.901) que estableció que todas las prestaciones (médicas y sociales) deben ser cubiertas con el FSR para los afiliados a obras sociales nacionales. Habiendo pasado 22 años y habiéndose multiplicado la oferta de servicios sociales (no médicos) para la discapacidad, es hora de adaptar esa ley a la nueva realidad y crear un fondo específico para el financiamiento de los servicios sociales para la discapacidad. Este fondo debería tener esquemas de gestión especializados y más pertinentes para administrar con eficiencia prestaciones sociales, cosa que el FSR no tiene toda vez que es un fondo financiero de salud y no de gestión de discapacidad.

También cabría despojarse de la hipocresía de

sostener que se puede financiar el Programa Médico Obligatorio con un aporte tan exiguo de \$689 a los monotributistas y servicio doméstico, cuando para el resto de los afiliados, dicho aporte es el doble. Los monotributistas ya se convirtieron en un problema para muchas obras sociales las cuales han implementado esquemas administrativos de denegación o postergación de las prestaciones, caso contrario ponen en riesgo al financiamiento del resto de sus afiliados. La forma de abordar este problema es sincerando el paquete prestacional que se puede financiar con los \$689. Se podría estipular un programa médico básico, más limitado, que contenga las prestaciones ambulatorias de mayor frecuencia, con algunos copagos e internación de baja complejidad para monotributistas y servicio doméstico.

Esto redundaría en cobertura efectiva y realpara los monotributistas y el personal de casas particulares, sin que implique una desprotección ya que lo que no quede cubierto por este plan de salud básico lo tienen cubierto en el sistema público de salud. Sistema público que es a donde hoy apela la mayoría de estas personas cuando sufren denegaciones por la inconsistencia de prometer un Programa Médico Obligatorio integral con tan bajo aporte.

Finalmente acelerar la implementación de la agencia de evaluación de tecnologías para dar un marco de racionalidad a las demandas de nuevas incorporaciones tecnológicas, cada vez más costosas y sofisticadas, en un sistema con recursos cada vez exiguos. □



TURNOS POR
WhatsApp
+549 11 6640 2020

Centro Rossi

Sede San Isidro

Dardo Rocha 3034



WWW.CDROSSI.COM | 4011-8080

[f /CentroRossi](#) [@CentroRossi](#) [@CentroRossi](#)



Por Alejandro Santillán Iturres
Sr Partner ST Strategic Solutions

Alguien recuerda cómo era una oficina en los 80' y '90s?

Máquinas de escribir, formularios membretados, cajoneras de archivo metálicas, faxes, pilas de papeles, telefonistas, cartas, estampillas, sobres, el taco, la agenda, el calendario, el reloj de pared, la calculadora, el fax, guía telefónica, la guía de relaciones públicas, los diarios para los directores, etc. Son todos resabios de un pasado reciente que fueron barridos con una tecnología apenas incipiente.

Si bien aún se encuentran algunos de éstos elementos, las oficinas actuales de las empresas más modernas no se parecen en nada a eso.

Sólo desde 2014 hasta 2019 las capacidades del software sufrieron una dramática explosión que lo llevó a ser 130.000 veces más productivo. El número no es arbitrario, se duplica cada 3 meses y medio de manera incesante, transformando al software de útil a maravilloso.

Transformación digital en la salud

La digitalización como tendencia

Ese cambio de tecnología “incipiente” a tecnología “maravillosa” se encuentra en proceso de aceleración. Muchas empresas comienzan a darse cuenta del tsunami tecnológico que se avecina.

Donde va a estar tu empresa en 5 años?

Vas surfear el tsunami, o dejarás que las aguas te tapen?

La transformación digital está en marcha. Sí, pero ¿en qué consiste esta transformación?

La transformación digital es la integración de la tecnología digital en todas las áreas de la actividad humana, cambiando fundamentalmente tanto la forma de actuar y relacionarse de las organizaciones y los individuos, pasando de canales clásicos de comunicación a comunicación digital, automatizando procesos para dar mas servicios a toda hora y lugar, como también la manera de ofrecer valor en el mercado, debido a la incorporación de productos y servicios mejor dirigidos al cliente debido

al aprovechamiento de los datos y al manejo de estos mediante técnicas de inteligencia artificial. (AI).

En ese sentido, la transformación digital es imperativa para el mundo empresarial, desde las pequeñas empresas hasta las más grandes. Su objetivo es claro: mejorar. Esta mejora se vincula a formas innovadoras y más eficientes tanto para responder al mercado, sus necesidades y exigencias, como también con organización interna de las empresas, el flujo de información y la colaboración entre áreas.

Algunos sectores han sido pioneros, como el sector de negocios Web, que lógicamente esta más cerca de la tecnología.

Otros se están incorporando progresivamente, tomando las herramientas informáticas de última generación y aprovechando las ventajas del marketing dirigido que brindan las redes sociales. Se inició con más fuerza en los países centrales, con USA y China a la

cabeza, pero las fronteras se han ido desdibujando en la medida en que las empresas toman conciencia de que la tecnología es accesible y que brinda ventajas en relación a su costo.

Las tecnologías de software detrás de la transformación digital han logrado mejoras en eficiencia tan grandes en tan poco tiempo, que eclipsan el famoso crecimiento exponencial que ha tenido la industria del hardware las últimas décadas. Con mejoras tan notables, el ritmo de adopción se incrementa consecuentemente y los cálculos de los consultores trasladan el nivel de mejora al nivel de adopción de la tecnología. Según McKinsey, para 2030 el 70% de las empresas habrán adoptado alguna forma de Inteligencia Artificial.

A nivel global es un fenómeno disruptivo respecto a la forma de hacer negocios, ya que constituyen un nuevo enfoque de los procesos, relacionamientos y formas de salir al mercado de las organizaciones.

La Argentina se encuentra en una etapa más temprana que los países centrales, con sectores como *fintech* y *e-commerce* donde su presencia es mayor, el sector bancario donde se están comenzando a incorporar *chatbots* y aplicaciones móviles como sucursales virtuales para atención al público y en otros, donde todavía no se comprende el impacto de su agregado de valor y sus beneficios tanto en el corto, como mediano y largo plazo de la misma.

TD y Salud

La atención sanitaria se está moviendo rápidamente hacia un entorno digital de primera clase, en el que se da prioridad a los tratamientos personalizados y se permite el acceso a los datos de manera adecuada y segura tanto a los pacientes, como a los prestadores o profesionales. La TD facilita que la atención centrada en el paciente, vaya más allá de las paredes de las prácticas médicas y los centros de atención, proporcionando una sólida base para la excelencia operativa, con su consecuente impacto en una experiencia satisfactoria para el cliente.

Con la disrupción digital, la industria del cuidado de la salud va a lograr gestionar en forma más eficiente los costos y la calidad médica, aumentando también la efectividad y la eficiencia de las funciones administrativas.

La innovación es el nombre del juego aquí, y es uno de los aspectos que facilita la TD, generando una plataforma que mejora el trabajo de los médicos, optimiza los sistemas, mejora la experiencia y resultados en los pacientes, reduciendo al mismo tiempo errores humanos y costos.

Los equipos médicos con telemedicina, inteligencia artificial e historias clínicas en la nube son sólo algunos ejemplos concretos de la transformación digital de la atención sanitaria.

La transformación digital, no sólo surge de la demanda

imperativa de mejora continua y como clave para el posicionamiento y mantenimiento de las organizaciones en el mercado, sino que los propios médicos comienzan a exigir a los proveedores de atención de la salud, que satisfagan mejor las necesidades cambiantes de sus pacientes.

El acceso continuo a la información actualizada del negocio en todos sus procesos y el recorrido de los pacientes por las diferentes prestaciones se ha convertido en una necesidad básica de gestión, para poder generar una mejora continua en la oferta de valor y para detectar ineficiencias que impacten, la calidad, imagen, costos e ingresos del sector.

Hay miles de millones de bytes de datos creados por las historias clínicas electrónicas todos los días, que mediante software de *BIG DATA* y *AI*, pueden procesarse de manera de convertir datos en información. La digitalización ahorra espacio de archivo y asegura la existencia y la accesibilidad a través de los años a la documentación y a la información contenida en ella.

Cambios necesarios

Las compañías de salud necesitan integrar las últimas tecnologías en los modelos de negocio existentes y en la arquitectura de sus Sistemas Informáticos, para proporcionar a los clientes, una experiencia de excelencia.

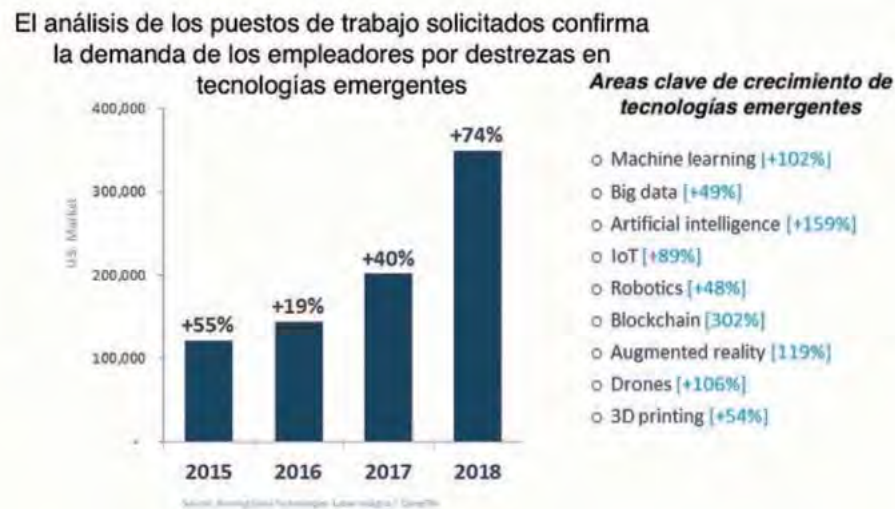
Aquellas entidades que utilicen la movilidad, el *Big Data*, las comunicaciones unificadas (UC), el internet de las cosas (IoT), la inteligencia artificial, los servicios informáticos en la nube y el blockchain, mejorarán toda la cadena de servicios de asistencia sanitaria, desde el diagnóstico hasta la asistencia postoperatoria, desde la consulta y los estudios, hasta el tratamiento debido al flujo inteligente de la información. Al mismo tiempo esta mejora, se volcará también en la baja de costos y en mejores relaciones entre todos los actores del sector (pacientes, médicos, asistentes médicos, administradores, proveedores, prestadores), generando un incremento en las demandas de servicios.

La TD facilita esta gestión

La utilización de la tecnología, permite ampliar la prestación de salud, aumentando la cantidad de personas que pueden acceder a sus servicios, generando más y mejores prestaciones, más accesibles económicamente.

Aspectos clave de mejora

La comunicación tradicional con los clientes comienza a resultar anacrónica y la organización es responsable de brindar servicios de manera más sencilla a través, por ejemplo, de la web, que resuelvan tanto las consultas de un cliente, como los inicios de todo trámite de manera virtual colaborando en el flujo de información digital. Los componentes de red como WiFi y las comunicaciones



unificadas son capaces de mantener a todos los empleados de una organización de salud, trabajando en forma coordinada tanto de manera presencial como virtual.

Muchas veces la brecha digital de diferentes generaciones resulta un impedimento para el acceso virtual de los afiliados y otros agentes externos. El uso de las tecnologías móviles junto a un correcto diseño de la experiencia del usuario (UX) que sea intuitivo y sencillo, logra que el acceso a los servicios sea directo y ágil.

Atención al Público

Clave dentro de un circuito digital es la atención al público, la reserva de turnos, la programación de estudios, las consultas al médico, las prácticas programadas, las urgencias y hasta la comunicación remota con los profesionales auditores. Agilizando y documentando de manera eficiente los procesos nombrados.

Manejo y almacenamiento de datos

El cambio a la nube permite achicar el llamado costo total de propiedad de la infraestructura, que incluye no sólo el costo del hardware, repuestos, mantenimiento, sino también y el costo de oportunidad debido a los tiempos de recuperación en caso de fallo.

Los problemas de pérdida de conectividad con el sistema de cómputos constituyen otro costo oculto que se puede mitigar con conexiones redundantes de menor capacidad y menor costo.

Procesos e información

La digitalización de procesos, consiste tanto en el uso de formularios electrónicos como la creación de procesos digitales de circulación de documentos escaneados. Estos circuitos de documentación electrónica presentan diversos puntos de ingreso, como por ejemplo desde los profesionales de la salud al emitir una orden, hasta los pacientes al hacer una reserva de un turno para un es-

tudio o una consulta. La digitalización de la documentación puede ser realizada tanto en centros de atención, como en un punto remoto donde la documentación puede ser ingresada hasta a través de un teléfono móvil.

Los procesos digitalizados permiten el acceso a la historia médica online sin importar donde se encuentre el paciente en caso de urgencias.

Posicionamiento y llegada al mercado

Las redes sociales constituyen un fenómeno completamente nuevo en la forma de comuni-

carse y las organizaciones deben aprovechar estos nuevos medios ya que permiten alcanzar exactamente el cliente deseado para el cual se estructuran los diversos tipos de servicios, sin dejar fuera de la oferta de las organizaciones de la medicina privada a ningún sector de la población.

Además la automatización que la TD permite logra llegar con la oferta de servicios de manera económica y efectiva, a diferencia de los medios tradicionales.

Privacidad y legalidad

El *blockchain* es una de las incipientes tecnologías que tendrán mayor gravitación en los sistemas de salud. Esta tecnología permite tanto el cuidado de la privacidad de los datos, como el aseguramiento de la identidad con validez legal para la gestión virtual.

A partir de la TD

La TD, permite una mejora y optimización continua de los procesos organizacionales, reduciendo costos, facilitando la innovación, la llegada al cliente y fortaleciendo el posicionamiento de los actores del sector de la salud, frente a las nuevas demandas del mercado. Permite ubicar al cliente en un lugar preferencial, mejorando su experiencia.

Para ser parte de la TD en el corto plazo y beneficiarse de la misma en la estrategia de mediano y largo plazo, es fundamental poder contar con un diagnóstico adecuado sobre las oportunidades de transformación digital de su organización – partiendo de elementos base, como infraestructura y prestación de servicios -. El diagnóstico, debe considerar para la fase de implementación posible, un proceso de cambio, que tenga en cuenta la continuidad de los servicios, asegurando la calidad de atención al paciente, mientras se optimiza y digitaliza la cadena de valor, mejorando también la productividad. □

ÓLEOS DE LUIS GERVASONI PAISAJES DE VÍAS Y OLVIDO

Luis Gervasoni, artista plástico de la provincia de Santa Fe, que nos acompaña ilustrando las tapas de nuestra revista, expuso sus óleos en la Casa de Santa Fe en Buenos Aires. Estas obras refieren a antiguas casas de campo y estaciones ferroviarias de las provincias de Santa Fe, Buenos Aires y Entre Ríos, verdaderos testigos del paso del tiempo. Durante este encuentro, la Directora de la Casa de Santa Fe, hizo entrega de un diploma a Luis Gervasoni por su amplia y reconocida trayectoria.



DIAGNÓSTICO MAIPÚ SE INTEGRA A DASA

Diagnóstico Maipú se integra a **DASA**, empresa de capitales brasileros, líder en medicina diagnóstica en América Latina. La unión con el socio que hasta entonces solo operaba en Brasil, se basa en los atributos comunes entre las empresas: credibilidad ante la comunidad científica, excelencia médica y calidad de los servicios de salud. Diagnóstico Maipú conservará tanto su modelo operativo, como las personas que trabajan en la empresa, y rescata como un hecho importante en esta unión.

La unión con DASA demuestra la importancia y la solidez de Diagnóstico Maipú en Argentina, que desde 1987 opera con instalaciones y procedimientos tecnológicos con altos estándares de calidad. *"Estamos convencidos que esta unión es estratégica y nos permite avanzar aún más, hacia una atención médica de excelencia junto con un socio que preserva los estándares de calidad en las integraciones que realiza"*, dice el Dr. Jorge Carrascosa, socio fundador de Diagnóstico Maipú.

"Antes de cerrar el acuerdo, hemos visto que las compañías que se han unido a DASA en los últimos años se han fortalecido en el mercado, aumentando la capacidad de inversión y la expansión geográfica, así como el acceso a soluciones innovadoras en genética, inteligencia artificial, tecnología en salud y producción científica", afirma el Cdr. Germán Flecha, CEO de Diagnóstico Maipú. *"Este paso internacional tiene como misión llevar la tecnología, la innovación y nuestra obsesión de cultura centrada en el paciente a cada vez más personas. El mercado argentino tiene muchas similitudes con el brasileño y, por lo tanto, decidimos que esta unión es estratégica y permitirá un amplio intercambio de conocimientos con los de Diagnóstico Maipú"*, explica Pedro de Godoy Bueno, presidente de DASA.

Con la integración de Diagnóstico Maipú, DASA reúne a más de 40 laboratorios de referencia, con más de 20 mil empleados. De esta forma, DASA refuerza su posición como la 5ª compañía de medicina diagnóstica más grande del mundo.

**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

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



Novedades en Acudir

Crecimiento y renovación del compromiso con la calidad de servicios

Aperturas de nuevas Bases Operativas, recertificación de Calidad ISO 9001 y ampliación de la oferta de capacitaciones fortalecen a Acudir y reafirman que es una de las empresas de emergencias médicas líder en CABA y GBA.

Tras el objetivo de consolidarse como la empresa de emergencias médicas con mayor estructura operativa en la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, **Acudir** continúa su expansión. Recientemente, inauguró dos nuevas Bases Operativas; la flamante Base Hurlingham, ubicada en Av. Gobernador Vergara 3810, se suma a Base Ramos Mejía, inaugurada un año atrás. Ambas permiten asistir a pacientes de Zona Oeste, ampliando sus servicios hacia localidades como Morón, La Tablada, Castellar, Haedo, El Palomar, Ciudad Jardín, Martín Coronado, Villa Bosch, Muñiz, Caseros, Pablo Podestá, Bella Vista, Hurlingham, Villa Tessei, Villa Sarmiento y aledaños.

La última de las Bases que inició operaciones es Monte Grande -en Av. Enrique Santamarina 563- que, junto a las Bases Avellaneda, Quilmes, Lanús y Lomas de Zamora, afianza a Acudir en Zona Sur. De esta forma, la compañía extiende su cuidado a Ezeiza, Monte Grande, El Jagüel, Canning, Malvinas Argentinas, Luis Guillón, Lavallol, La Unión, Turdera y alrededores.

Con estas aperturas, **Acudir** contabiliza 19 Bases Operativas distribuidas en puntos estratégicos de la Ciudad de Buenos Aires, Zona Sur y Zona Oeste de Gran Buenos Aires, brindando servicios de emergencias, urgencias, traslados, asistencia médica domiciliaria, área protegida y cursos de capacitación en un gran radio de cobertura.

Certificado de Calidad

En el año 2015, **Acudir Emergencias Médicas** certificó por primera vez sus procesos bajo la norma internacional ISO 9001. Cuatro años más tarde, la compañía obtuvo la recertificación, renovando nuevamente su compromiso con la calidad.

Después de una auditoría externa, **Acudir** logró una nueva certificación de la **Norma ISO 9001** para la prestación de servicios de Urgencias, Emergencias Médicas y Traslados en ambulancias, así como de consultas de Urgencias para afiliados directos de obras sociales y prepagas.

Esta recertificación demuestra que **Acudir** continúa fuertemente comprometida en brindar un servicio de excelencia y garantizar la eficiencia de todo el sistema tal y como las urgencias lo requieren.

“Cumplir las expectativas de las prestadoras con las que trabajamos y las necesidades de los pacientes se traduce en el crecimiento y consolidación de una empresa que busca ofrecer un servicio de calidad y apuesta a la mejora continua”, explica Pablo Rossetto, Gerente General de la firma.

PALS en el CCEA

La tercera de las buenas noticias tiene como protagonista al *Centro de Capacitación y Entrenamiento Acudir (CCEA)*, que luego un intenso trabajo de todo su equipo, completó la certificación que lo habilita a dictar el curso **Pediatric Advanced Life Support (PALS)**. Se trata de un curso diseñado por la *American Heart Association (AHA)*, el máximo referente científico en cardiología de Estados Unidos, para profesionales de la salud que deseen practicar y reforzar sus conocimientos y habilidades en el manejo de las emergencias pediátricas donde hay riesgo de vida. El objetivo de PALS es mejorar la calidad de la atención suministrada a niños con enfermedades o lesiones graves. La capacitación es teórico-práctica y abarca temas como RCP y DEA en niños; RCP de alta calidad en lactantes; dinámicas de trabajo en equipo; diferenciación entre insuficiencia y dificultad respiratoria; intervenciones rápidas para el tratamiento del shock y manejo post cardíaco, entre otros.

“El principal objetivo del CCEA es brindar habilidades y conceptos actualizados a los profesionales para dar mayor probabilidad de supervivencia a los pacientes de acuerdo con las últimas evidencias. En ese sentido, contar ahora con PALS en nuestra oferta de capacitaciones nos permite ofrecer una formación avanzada para asistir eficazmente a la población pediátrica”, expresó el Dr. Miguel Pedraza, Director Médico de Acudir.

Como *Centro de Entrenamiento Internacional de la AHA*, el CCEA ya ofrece esta nueva capacitación que entrega certificado internacional, al igual que Heartsaver y BLS. De esta forma, cumple su principal misión: *Difundir conocimiento que salva vidas.* □



INFORMACIÓN

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



DEFINICIÓN DE ACTO ODONTOLÓGICO

“Acto odontológico es toda actividad lícita, desarrollada por un profesional odontólogo, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la reposición de una función, curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud.

Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos”. CÓDIGO ESPAÑOL DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DENTAL.

Definición de responsabilidad civil y penal odontológica

Podemos definir mala praxis como la responsabilidad profesional por los daños provocados por negligencia, impericia, imprudencia o por inobservancia de los reglamentos y deberes a cargo del odontólogo tratante. Se aplica cuando el ejercicio de la odontología no se ajusta a lo que en el lenguaje jurídico se conoce como *lex artis* y como bien denominan los anglosajones es “*un estándar de cuidados*”. Se trata de un concepto legal y no médico usado como sinónimo de técnica correcta.

La expresión *lex artis*, literalmente, “*ley del arte*”, se ha empleado siempre para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta.

Por mala praxis se entiende aquel acto ilícito e inapropiado en el ejercicio de la profesión, realizado por el odontólogo. Mala praxis es un término empleado para indicar una mala

gestión «*por acción o por omisión*» en la prescripción de medicación o en el tratamiento.

El profesional es responsable de sus actos por lo tanto puede recibir una demanda penal o civil. Los actos reprochables pueden definirse como.

Negligencia: se define como negligencia a descuidos en los procedimientos que debe seguir y que requieren la atención odontológica. Estos procedimientos están estandarizados y cuando el profesional deja la estandarización de lado puede incurrir en un daño que se define como negligencia.

Ejemplo de negligencia: no solicitar una TAC para realizar un implante dental en maxilar inferior; y si como consecuencia de la colocación del implante, o de la preparación del lecho sin un parámetro anatómico preciso, se produce parestesia por daño o compresión del paquete vasculonervioso maxilar inferior; el reclamo en este caso puede ser penal por negligencia.

Imprudencia: se encuadra en imprudencia los actos que pueda realizar el odontólogo en el momento de atención al paciente soslayando procedimientos necesarios para asegurar la buena calidad del tratamiento y su resultado deseado.

Ejemplo de imprudencia: Un paciente bajo tratamiento con bifosfonatos y a quien se le realizó una mala historia clínica, por inobservancia e imprudencia del odontólogo tratante, quien realizó extracciones múltiples y ocasionó culposamente una osteonecrosis maxilar y mandibular.

Impericia: se define impericia a los tratamientos que realiza el profesional odontólogo sin la preparación necesaria y suficiente que, por ejemplo, le dan la experiencia y los conocimientos. Los odontólogos están capacitados por su formación universal de su profesión a realizar diversas prácticas complejas, sin embargo, una más fina especialización es necesaria sumada a la experiencia del profesional. La falta de formación o experiencia se define como impericia.

Ejemplo de impericia: Un odontólogo actúa con impericia cuando sin tener un título de especialista realiza procedimientos riesgosos y complejos, aun sabiendo las consecuencias negativas que pudieran presentarse.

Faltar a los deberes que tiene como profesional de la odontología para con su paciente. Inobservancia

Ésta se configura culposamente cuando el profesional no presta la atención necesaria a un hecho en particular, al ocasionar sin intención alguna un daño en la salud del paciente. Un odontólogo comete inobservancia cuando efectúa un tratamiento inadecuado por no prestar la suficiente atención a su labor profesional.

Ejemplo de inobservancia: Muerte o lesión por no derivar al paciente a un especialista o a un servicio médico cuando la atención del mismo no es competente a su campo. Contagio cruzado por no controlar y constatar los procesos de esterilización.

Hay que remarcar que los deberes son mutuos tanto para el profesional como el paciente. En lo que atañe al profesional el juramento hipocrático y el código deontológico, ética que trata de los deberes relacionados con el ejercicio de la profesión, son el marco de referencia normativo en el que se establecen las actuaciones correctas y las que no lo son, es decir, la mala praxis de la odontología.

En la relación odontólogo paciente, existe una obligación de medios para alcanzar el fin deseado, pero con esto no se asegura alcanzar el resultado buscado.

Muy diferente resulta la obligación de resultados, que no debería ni podría asegurarse porque interviene un sinnúmero de factores ajenos al profesional, como por ejemplo: la biología. Utilizo el potencial porque se está presentando una situación harto

asimétrica y por tal, perjudicial para el odontólogo frente a otros prestadores de la medicina como ser: los médicos.

Al odontólogo muy frecuentemente se lo condena porque se aduce que los resultados deben estar garantizados (*SIC*) ya que los jueces y asesores técnicos consideran que en general los tratamientos odontológicos restituyen la función estética, la fonética y la masticatoria y por tanto una de ellas al menos debe estar garantizada. Esto convierte una relación odontólogo paciente en algo puramente asimétrico incluso con la profesión médica donde solo se exigen medios y no se garantizan resultados.

Teniendo en cuenta lo anterior, si el odontólogo no actúa diligentemente, es decir, si en el desempeño de su labor no proporciona los medios y cuidados adecuados de acuerdo con el estado de la ciencia, será responsable de los posibles daños que produzca.

Debe tenerse en consideración que se impone el nivel de diligencia exigible al profesional odontólogo medio, que será aquel que se tome como referencia para analizar y calificar su actuación. No será, por tanto, responsable por los riesgos atípicos, accidentes, ni tampoco cuando en su actuación hubiera utilizado uno de los procedimientos o las técnicas válidamente alternativas, que se utilizan en los protocolos aceptados por la profesión odontológica en cada una de las especialidades y patologías.

Asimismo, el nivel de exigencia no puede ser el mismo a un especialista que para un odontólogo general, aunque en ambos casos se les exigirá haber actuado de la mejor forma de acuerdo con su ámbito de especialización y su formación, sin olvidarnos de la posible responsabilidad aparejada al tratamiento de un paciente careciendo de conocimientos suficientes, teniéndose en cuenta el deber de actualización de sus co-

nocimientos, exigido en este tipo de profesión.

Del mismo modo, el nivel exigido a un odontólogo rural en el diagnóstico de una enfermedad no será el mismo que el exigido a un profesional de un hospital, o un centro urbano, en los que dispone de los medios y de las técnicas necesarias para emitir un diagnóstico preciso.

Por eso, resulta necesario analizar las conductas en cada caso concreto, en virtud de las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar. (12b)

Resulta importante remarcar que el otro actor de la relación, el paciente, también tiene responsabilidades, las que si están debidamente registradas, crean obligaciones y responsabilidades para con el odontólogo tratante. Sin diluir la responsabilidad del profesional actuante, el paciente manifiesta su conocimiento y aceptación compartida de los riesgos y de los medios y resultados alcanzados al final de su tratamiento.

Todo profesional odontólogo debe conocer que existen diferentes circunstancias que pueden generarle falsas imputaciones, sin que exista una culpa real por parte del odontólogo, por citar algunos ejemplos, cuando el paciente decide conscientemente no seguir las indicaciones dadas por el odontólogo y a consecuencia de esto aparece una complicación, omite las terapias farmacológicas, exige tratamientos innecesarios en dientes que no requieren terapéutica alguna o cuando el paciente voluntariamente decide no continuar con el tratamiento.

Demanda Civil y Penal

La demanda Civil surge de situaciones y resultados indeseables que se producen durante o como resultado de la atención odontológica.

Esta se puede encuadrar en impericia, imprudencia o a faltar a los deberes y obligaciones que tiene para

con su paciente el profesional odontólogo.

La responsabilidad civil es la obligación que nace de la vulneración de las normas del Código Civil (CC), que es el derecho privado que regula las relaciones de las personas con los otros.

En el caso de los odontólogos, y de estos con sus pacientes, implica la obligación del odontólogo de reparar el daño o perjuicio causado en su ejercicio profesional, derivado de actos y omisiones en los que ha habido culpa o negligencia (esta última, sinónimo de dolo eventual).

La obligación consiste en reparar el daño e indemnizar por los perjuicios causados en el acto médico cuando se demuestra una vinculación causal del daño con la conducta culposa del profesional odontólogo.

Pueden ser demandados solidariamente los jefes de equipo, las clínicas y hasta los quienes figuran como titulares de la habilitación de los consultorios: a esto se lo define como “responsabilidad refleja” que comúnmente se la confunde con la “responsabilidad comprensiva” que es la responsabilidad civil por accidentes casuales que puedan ocurrir dentro del ámbito del consultorio y no por un acto de mala praxis.

Para la apreciación de responsabilidad civil, ha de mediar existencia de culpa. Esa es la conclusión de la generalidad de la doctrina tradicional y en la actualidad, entendiéndose que para que nazca la responsabilidad civil debe existir en aquel a quien se le impute, una actuación culposa. Este concepto derivado del Derecho Romano, se recoge ya en la Ley Aquilia, incluso específicamente referido a la responsabilidad médica:

“También la impericia se considera culpa. Es el caso del médico que no operó bien a su esclavo, o le recetó mal, originando con ello su muerte” (Instituciones IV.3.7).

Si la inhabilitación dictada es a un odontólogo especialista, la inhabilitación no se centra en la especialidad sino en toda su actividad como odontólogo.

La lex Aquilia en realidad fue un plebiscito que se votó a propuesta del tribuno Aquilio, alrededor del siglo III a C., y que vino a llenar el vacío legal existente con respecto al daño injustamente causado, delito civil que los romanos llamaban “*damnum iniuria datum*”, que la ley de las XII Tablas sólo contemplaba para algunos casos de daños específicos.

Se sobreentiende que en el ejercicio de la profesión no existe la intención de daño por parte del odontólogo por esto no es común que ante una demanda penal se defina al accionar del profesional como Dolo, pero se lo puede encuadrar en Dolo Eventual que es más leve porque considera que si bien no tuvo intención de producir daño manifiesto el mismo se produce por negligencia.

Para dar un ejemplo práctico: el profesional realizó la colocación de un implante sin las radiografías o la TAC, solo guiándose por la palpación del hueso. Si se produce un daño que proviene a raíz de esta conducta negligente es penalmente responsable. Para la ley una conducta negligente es pasible de un reproche penal.

Las demandas civiles, buscan un resarcimiento económico que es una forma de compensación por el daño que el que se siente damnificado y debe probar que sufre.

En este esquema, existe la necesidad de que el odontólogo este cubierto por una compañía de seguros que se denomina genéricamente “*la citada en garantía*”, esto se traduce como: “*es quien garantiza y paga el resarcimiento y la defensa en juicio*” en nombre del profesional o institución demandada por un máximo de la suma pactada en el contrato entre compañía y odontólogo o institución.

Si así no lo hiciera, o porque no existe seguro contratado, quien se hará cargo de los daños y su defensa será el demandado.

Las demandas penales no buscan especialmente el resarcimiento económico, si bien podrían hacerlo. En la práctica independientemente a una demanda penal el que se siente damnificado puede realizar una acción civil en sede penal, esto que está previsto no se suele instrumentar y se recurre al ámbito de la justicia civil directamente, donde los jueces están habituados a mensurar los daños económicamente.

Al demandado en causa penal, una vez probada su responsabilidad, se le podrá imponer inhabilitación especial para el ejercicio profesional, Esta inhabilitación supone la privación de la facultad para ejercer la actividad profesional durante el tiempo que determine el tribunal o juez de forma expresa y motivada en la sentencia. Considero necesario aclarar que, si la inhabilitación dictada es a un odontólogo especialista, la inhabilitación no se centra en la especialidad sino en toda su actividad como odontólogo.

La condena también puede estar enfocada a multas, trabajo voluntariado para la sociedad, entre otras condenas. □

ADECRA+CEDIM

TERCERA EDICIÓN DEL CONGRESO DE SALUD ANUAL

Fue ante un auditorio de más de 800 personas y más de 120 siguiendo la transmisión vía streaming. Convocó a exponentes de primer nivel del empresariado del sector y referentes internacionales. Pidieron por una mayor sustentabilidad.

“Las jornadas del primer día estuvieron más orientadas a la microeconomía de nuestras compañías y los cambios de paradigmas en recursos humanos y dirección médica. En la jornada Político-Empresaria, hemos analizado la macro, lo que nos mostró que estamos en una situación complicada, como nunca, y necesitamos que el Estado intervenga, mejorando la situación fiscal del sector”, explicó el presidente de Adecra, Jorge Cherro.

Además, actualizó las novedades respecto a las negociaciones paritarias con Sanidad: *“Todos los financiadores están negociando aranceles a la baja, y el Sindicato nos está solicitando un 32% de aumento. Hemos hecho una contrapropuesta y la semana que viene tenemos que volver a juntarnos”.*

Por su parte, en el discurso de apertura del segundo día del Congreso, el presidente de Cedim, Marcelo Kaufman, hizo referencia a la fragmentación y al poco “poder” que los funcionarios de Estado le dan al arco de la salud privada: *“Es una vergüenza que, con nuestro PBI del 10% y estando muy por encima de otras industrias en la creación de empleos, no tengamos la voz cantante, como tienen otros sectores”.*

Al igual que Cherro, Kaufman se refirió a la importancia de la reciente conformación de la Unión Argentina de Salud (UAS): *“Financiadores y prestadores nos hemos unido en una organización con poder de fuego, para discutir la macro, que nos ponga de nuevo en un lugar preponderante”.*

ENTREGA DE AMBULANCIAS PARA HOSPITALES BONAERENSES

El ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, *Andrés Scarsi*, convocó hoy a los directores de 19 hospitales públicos para hacerles entrega de una ambulancia cero kilómetro para el traslado interhospitalario de los pacientes.

“Hemos decidido poner de pie un sistema de salud que, cuando asumimos, estaba en total estado de abandono y cuyo rescate y puesta en valor siempre fue prioridad para la Gobernadora”, expresó Scarsi. En este caso, explicó que “estamos entregando ambulancias para el traslado interno de pacientes de un hospital a otro, ya sea porque requiere mayor complejidad o porque precisa un estudio que se realiza en un establecimiento determinado por su perfil”. Cada una de estas ambulancias, valuadas en 2.500.000 pesos, complementan la labor de las de alta complejidad, a cargo del SAME, para la atención de emergencias en la vía pública.

El ministro Scarsi agradeció la labor de los directores de los hospitales y expresó que *“están colaborando en cumplir el sueño de ordenar el sistema”*, algo que se viene haciendo desde el inicio de la gestión *“con la puesta en marcha del SAME que ya funciona en 107 municipios, la renovación de las guardias, la compra de equipamiento y el fortalecimiento del primer nivel de atención con la Red AMBA”.*

“Estas nuevas ambulancias permitirán mejorar las condiciones de trabajo del equipo sanitario y garantizar la mayor calidad posible en la atención de la salud de los bonaerenses”, agregó Scarsi durante la entrega, que se llevó a cabo en el hospital El Dique de Ensenada.

Las ambulancias fueron recibidas por los directivos de los hospitales de Las Flores, de Wilde, del hospital Oñativia de Almirante Brown, Evita de Lanús, Gandulfo de Lomas de Zamora, Iriarte de Quilmes, Alende de Mar del Plata, Simplemente Evita de González Catán, Virgen del Carmen de Zárate, Penna de Bahía Blanca, Julio de Vedia de 9 de Julio, Erill de Escobar, Arturo Melo de Remedios de Escalada, Colonia Cabred de Open Doord, Posadas de Saladillo, Piñeyro de Junín, San Juan de Dios de La Plata y Mercante de José C. Paz.

De la entrega participaron el subsecretario de Atención de la Salud de las Personas, Leo Busso, el subsecretario Administrativo, Francisco Grosso, el director provincial de Hospitales, Alejandro Ravecca, el director de Emergencias y Catástrofes, Federico Villagrán, entre otros funcionarios de la cartera sanitaria provincial.



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

Enfocados en cada persona

UAS

SE CREÓ LA UNIÓN ARGENTINA DE ENTIDADES DE SALUD DEL SECTOR PRIVADO

El objetivo es articular a nivel nacional a todas las entidades privadas del sector en pos de realizar acciones concretas para que el sistema sanitario actual no colapse, fortalezca y optimice su gestión.

Se creó por primera vez en la Argentina, la **Confederación Unión Argentina de Entidades de Salud (UAS)** cuyo objetivo es articular a nivel nacional a todas las entidades privadas del sector en pos de realizar acciones concretas para que el sistema sanitario actual no colapse, fortalezca y optimice su gestión y alcance e invitar al Estado a trabajar de manera conjunta para consolidar un sistema integral de salud, público y privado.

Del total de la población del país, aproximadamente un 30% recae sobre el sistema público, mientras que el 70% restante se atiende en el sector privado, lo que se traduce en una masa de pacientes y derivados cercana a los 30 millones de personas. El sistema de salud privada, que en Argentina tenía diferentes representaciones a través de distintas Cámaras, según intereses específicos, decidió fundar y agruparse en una Confederación que aunará los intereses en común de todo el sistema de salud privado en el país: de La Quiaca a Tierra del Fuego.

Los representantes que conforman **UAS** son entre otras, la *Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP)*, la *Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República*

(*CIMARA*), la *Cámara de Entidades de Medicina Privada de la República Argentina (CEMPRA)*, la *Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADE-CRA)*, la *Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI)*, la *Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio (CEDIM)*, la *Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección (FAOSDIR)*.

La situación de progresivo deterioro del sector de la salud en la Argentina es el principal disparador que impulsó la creación de esta Confederación. El sistema de la salud en la Argentina está delegado en su mayoría a las obras sociales, que pueden ser sindicales, a la medicina privada y solamente un 30% se atiende en hospitales públicos.

El estatuto firmado por las siete entidades de la salud tiene como principal objetivo promover y ejercer la defensa de los intereses de sus asociados ante el Estado, instituciones públicas o privadas de todo tipo y tribunales de la justicia. De este modo, la convicción de la confederación está puesta en cuidar el funcionamiento del sistema de salud. □

Fuente: Consenso Salud

ACLIBA

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

Miembro fundador de



ASOCIACIONES DE CLINICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

www.aclife.com.ar

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

