

IDEATON SALUD

**TRIBUNAL ARBITRAL EN SALUD**

**-TAS-**

EJE TEMATICO

GESTION EFICIENTE DEL

GASTO EN SALUD

-2-

AUTOR: AIMAR, JORGE ALEJANDRO

NOVIEMBRE 2021

# INDICE

1. CONTEXTO ACTUAL	PAG. 3
2. ACTORES INVOLUCRADOS EN EL SISTEMA DE SALUD	PAG. 4
3. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA	PAG. 8
A) PROPUESTA PARA PREVENIR Y/O DISMINUIR LA CONFLICTIVIDAD	PAG. 8
B) PROPUESTA PARA RESOLVER LA LITIGIOSIDAD	PAG. 9
C) INCORPORACION CONTRACTUAL DE CLAUSULA DE ADHESION	PAG. 12
D) USO DE NUEVAS TECNOLOGIAS	PAG. 13
4. ANTECEDENTES DE ARBITRAJE EN SALUD	PAG. 13
5. IMPACTO DEL "TAS" EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO	PAG. 15
6. BIBLIOGRAFIA	PAG. 18

# TRIBUNAL ARBITRAL EN SALUD

## 1. CONTEXTO ACTUAL

Los litigios en el ámbito de la salud han crecido en forma exponencial en los últimos años y así lo demuestra la siguiente afirmación “el amparo judicial funciona como herramienta de ampliación del Programa Médico Obligatorio” (M. T. Bürgin Drago). Su carácter imprevisible y el impacto en la financiación alteran los equilibrios del sistema de salud en general.

Adicionalmente, tal como ha constatado la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI) que sin fines de lucro nuclea a prestadores como el FLENI, el Hospital Británico, el Italiano de Buenos Aires y financiadores como OSDE, informa que en Latinoamérica la Argentina lidera el ranking de países con más cantidad de juicios contra médicos, prestadores y financiadores sanitarios, y que por lo menos uno de cada cinco médicos afronta una demanda por montos elevados en millones. Dichos juicios incluyen en general a las instituciones hospitalarias donde esos profesionales actúan y por su puesto al financiador que corresponda, sea Público (SP), del sector de Obras Sociales (OS) y/o las Empresas de Medicina Prepagas (EMP).

La Agrería Médica Platense, el Colegio de Médicos de La Plata y otras entidades profesionales comenzaron a organizarse para enfrentar el incremento exorbitante de los reclamos judiciales por presuntos errores médicos, en los que se registró una duplicación de las demandas en años anteriores.

Asimismo denuncian que estudios jurídicos “especializados” en la denominada “industria del juicio en la medicina” apelan cada vez más a los amparos y embisten sobre los servicios de atención médica, determinando que los mismos se vean obligados a desviar recursos destinados a la salud, para afrontar los costos directos e indirectos de los requerimientos judiciales.

Las consecuencias de estas demandas inescrupulosas contribuyen con clínicas quebradas, obras sociales en concurso, por lo menos uno de cada cinco médicos demandados, un crecimiento exponencial que multiplicó por 10 las demandas en la

última década y la desfinanciación del sistema por litigios que en casos extremos llegan a varios millones de pesos.

Las cifras obrantes en la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) para el periodo del año 2011 por ejemplo, tomadas del análisis de las Actas de la Sindicatura, de 301 Agentes del Seguro Nacional de Salud 100 Agentes tenían reclamos judiciales con un total de 1577 amparos.

El problema judicial se ha extendido y nuevas proyecciones en proceso revelarían que en la actualidad casi todos los financiadores del sistema de salud enfrentan algún tipo de amparo para la provisión de nuevas drogas o tratamientos y denuncias por mala praxis.

En el actual contexto de Pandemia por el conocido Covid19 es llamativa la cantidad de pedidos de informes y oficios desde distintos estamentos judiciales a los efectores de salud en sus diferentes niveles, que bien podrían terminar en litigios en todo el ámbito nacional. De progresar esos oficios podrían generarse consecuencias aún más graves para el sistema, dado los cambios de protocolos, niveles de evidencias y conflictos por desacople entre pacientes, familiares y oferta.

Quedando así planteada la conflictividad y la judicialización, solo restaría mencionar que los mecanismos implementados hasta ahora con buenas intenciones no han podido ni disminuir significativamente la incidencia (casos), ni el impacto (presupuestario) como así tampoco la transparencia en la producción y conocimiento de datos generales y particulares. Este último considerando impacta negativamente también en las primas que las aseguradoras de mala praxis deben operar en nuestro sistema.

## **2. ACTORES INVOLUCRADOS EN EL SISTEMA DE SALUD**

En el ámbito de la salud la interacción entre afiliados, financiadores de salud (OS, EMP y SPP) y prestadores da lugar a conflictos que generan distintos litigios judiciales que se ejemplifican en el diagrama detallado a continuación:

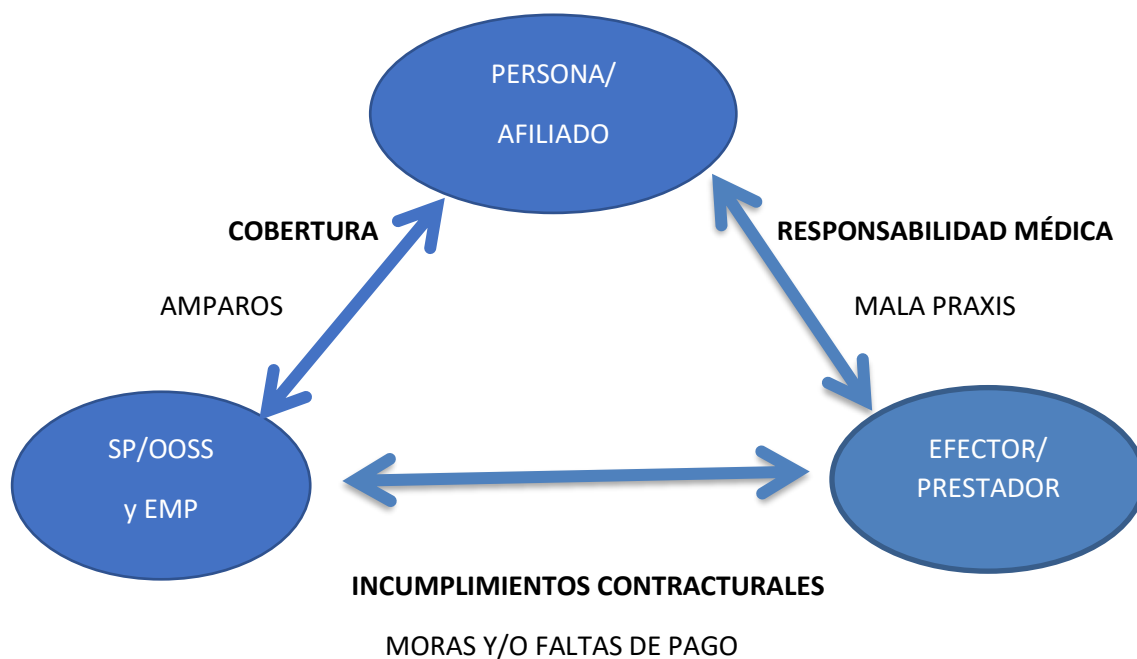


Gráfico 1. Descripción funcional de la litigiosidad del sistema de salud.

**En la relación entre Afiliados y Efectores/Prestadores** los conflictos que se originan en general son cuestiones de responsabilidad médica que determinan lo que comúnmente se conoce como mala praxis.

Los profesionales se ven cotidianamente enfrentados a situaciones complejas que deben resolver en tiempos breves y actuando bajo extrema presión, y en las que está el juego la vida y/o la salud de sus pacientes, los recursos con los que cuenta y su propio ejercicio profesional.

En estos casos muchas veces los profesionales sienten la amenaza de ser sometidos a procesos de mala praxis, en algunos casos sin fundamento alguno, por lo que no siempre pueden mantener la tranquilidad y la serenidad de espíritu necesarias para ejercer su práctica eficientemente.

La judicialización de la profesión médica, y en general de la salud, condiciona la práctica profesional de forma negativa y promueve la medicina defensiva para sortear posibles demandas futuras, prescribiendo estudios y prácticas excesivas o superfluas que incrementan los costos en detrimento de la utilización de los recursos en situaciones de comprobada eficacia, o bien absteniéndose de utilizar prácticas con algún mínimo riesgo que sin embargo beneficiarían al paciente.

Es imperioso comprender que la medicina no es una ciencia exacta, que el médico trabaja entre el conocimiento científico y el consenso basado en la evidencia y la incertidumbre, y que a veces se necesitan tratamientos heroicos; para inclusive resultados inciertos o inesperados.

Los peritos que colaboran en la producción de la prueba en los juicios de mala praxis no siempre tienen la especialización adecuada para opinar, sobre todo porque las patologías que llegan a juicio son complejas y más aún las estrategias terapéuticas implementadas.

A su vez, las personas-afiliados se ven sometidos en casos de mala praxis a la necesidad de transitar por un juicio largo y penoso para quien ha sufrido una atención médica probablemente deficiente, careciendo de un procedimiento que le brinde una rápida y ágil resolución al problema sufrido y una reparación que pueda ser percibida en un tiempo razonablemente corto, que atienda a paliar principalmente el infortunio vivido. El extenso tiempo que lleva la resolución judicial de la presunta mala praxis cuando esta última se demuestra, hace que los profesionales intervinientes pudieran en todo ese tiempo seguir ejerciendo “malas praxis” vulnerando el derecho a la buena atención de la salud que como ciudadanos todos tenemos.

En los conflictos relacionados con la responsabilidad médica, es decir con los juicios de mala praxis, el sector que no se puede dejar de mencionar es el de las aseguradoras, puesto que en este espacio existen algunas particularidades que bien podrían generar aumento de las pólizas por la dificultad que implica la evaluación de los riesgos. Por ejemplo los tiempos de denuncias, la cantidad y tipo de conflictos que siguen aumentando, los montos desregulados a cubrir y fundamentalmente el faltante de datos.

***En la relación entre Afiliados y Financiadores de Salud*** los conflictos que pueden plantearse están generalmente relacionados con cuestiones vinculadas a la cobertura de servicios y/o prestaciones, generando en caso de rechazo de las mismas, el inicio de juicios de amparo para lograr su reconocimiento.

En estos casos los afiliados se ven afectados por rechazo de cobertura, y su no provisión en tiempo y forma puede generar algún daño a la salud de los mismos.

Por su parte, los Agentes del Seguro de Salud muchas veces se ven obligados a proveer determinadas prestaciones de elevadísimo costo, sin probada seguridad ni utilidad para el tratamiento de la enfermedad que se trate, debido a sentencias dictadas en juicios de amparo, lo que puede producir su desfinanciamiento, poniendo en riesgo la cobertura a los restantes afiliados.

El raudo avance de la ciencia genera la aparición de complejas y costosas tecnologías que día a día se introducen en el ámbito médico, muchas aun sin eficacia confirmada ni probada seguridad. Destinadas fundamentalmente al tratamiento de las enfermedades catastróficas y que dan lugar a demandas que se intentan resolver a través de la vía judicial con la modalidad del amparo, de resultado habitualmente favorable para el reclamante y que en la mayoría de los casos sólo redundan en el uso indebido de los escasos recursos.

La falta de especificidad de los protocolos de uso de dichas tecnologías, hace que la decisión judicial no sea basada en el conocimiento científico y se autoricen o se conmine a las entidades que brindan servicios de salud a cubrir tecnologías de alto costo, no siempre probadamente útiles para el tratamiento de enfermedades, con las consecuencias financieras que esto implica para el Agente de Salud y para el Sistema de Salud en consecuencia.

Por todo ello, es necesario repensar estos conflictos de gran actualidad, en búsqueda de soluciones efectivas y concretas. Es así que la gestión de los conflictos a través de mecanismos que permitan su resolución aparece como una variable a explorar también en este sector.

Va de suyo que lo existente en cuanto a la justicia ordinaria, los juicios de mala praxis por un lado y los amparos con sus mandas judiciales por otro no resuelven la problemática puesto que siguen incrementándose y sus consecuencias anteriormente referidas no cesan, sino que por el contrario todo se agrava: a mayor conflictividad mayor deterioro. Es decir, la justicia como se viene aplicando no estaría siendo la solución al tema de estos conflictos, más allá que en cada caso intenta aportar de lo suyo para “su tan mentado será justicia”.

Para ser esquemáticos en los conflictos por responsabilidad los daños recaen directamente en los efectores/prestadores, en especial en el sector médico del sistema y en las compañías aseguradoras. En los temas de cobertura la repercusión recae básicamente en los financiadores. Por supuesto que indirectamente ambos conflictos generan varios daños colaterales, pero como más relevante debería señalarse sin duda al impacto presupuestario, puesto que el desvío de fondos socava las faltantes arcas de la salud.

### **3. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA**

El abordaje de los conflictos en el sector de la salud y su “des-judicialización”, debería contemplar tanto su forma preventiva como su posterior proceso, es decir cuando ya están consolidados. De esta manera se permitirá iniciar el camino hacia su resolución, con mecanismos adecuados para incidir sobre ellos, evitando que se instalen como un engranaje invisible y deterioren las bases tanto del ejercicio profesional como de los fondos del sistema.

Las consecuencias de los conflictos pueden ser amortiguadas tanto desde el punto de vista económico como emocional, circunstancia que permitirá la continuidad de los vínculos, encontrando respuestas eficaces y en tiempo oportuno.

Ello forma parte de un nuevo paradigma que deben incorporar las organizaciones de salud en su gestión, para solucionar los posibles conflictos que pueden surgir dentro del marco de la asistencia sanitaria y dar una alternativa a la vía judicial tradicional.

#### **A) Propuestas para prevenir y/o disminuir la conflictividad**

*La creación de Áreas de Prevención de Conflictos y Contención a pacientes y familiares, que deberían crearse en el ámbito donde se ejerce la praxis médica y/o en los Agentes de Salud y otros financiadores; y cuando fuera posible dentro de cada Institución prestadora y/o efectora, quien actuará como interlocutor prematuro para atender reclamos o quejas direccionándolas a los estamentos ulteriores, que*



*permitan resolverlos o mitigarlos, debiendo registrar lo actuado por sistema para su administración, gestión y estadística. Cuando la situación de conflicto no encuentre solución en éste área de Prevención intra-institucional, será esta misma quien traslade el referido conflicto a las áreas de solución de conflictos extra-institucionales.*

Hay que recordar que en muchos casos el conflicto se genera por problemas de comunicación o falta de contención, y las falencias de tal comunicación transforman el conflicto en una disputa generalmente judicial.

En lo interpersonal el solo hecho de no explicar al paciente con detenimiento y en un lenguaje accesible asuntos relacionados con su estado de salud, el tratamiento prescripto y los cuidados que debe tener en lo sucesivo, distorsionan el sentido de la relación médico-paciente, de tal manera que la desatención lleva a la desconfianza, no obstante que la atención se haya efectuado con pericia y diligencia. Como ejemplo en varios servicios de salud la misma entidad, auditoría, que niega o rechaza tal o cual prescripción es adonde le llega el caso para su reconsideración.

Ante la apreciación por parte del paciente o de sus familiares, de una atención profesional deficiente, la desconfianza fundada muchas veces en una evaluación subjetiva, es el antecedente de su distanciamiento con el médico e incluso de un reclamo para que se repare un supuesto daño por presuntos actos de mala práctica.

Derivar las controversias al ámbito judicial aleja las posibilidades de entendimiento y transforma seriamente el vínculo entre médico y paciente, pasando de una relación humanista, de beneficios mutuos, de colaboración y confianza a un esquema de enfrentamiento y de disputa, en el que las partes exacerban sus reclamos y actúan con intransigencia.

## **B) Propuesta para resolver la litigiosidad**

*Creación de un **Tribunal Arbitral en Salud -TAS-**, que debe ser una organización autárquica, con el especial auspicio del ambiente-sector de la academia, integrado por árbitros profesionales médicos y especialistas en todas las disciplinas de la salud,*

*de probada trayectoria para la resolución de conflictos sin acudir a la jurisdicción, es decir el sometimiento del conflicto a un Tribunal Arbitral especializado en temas de salud.*

Para las situaciones de litigios en relación a la pandemia por coronavirus bien podría considerarse la participación de algunos de los profesionales que integraron el Comité de Expertos que Asesoró al Presidente, el cual estuvo conformado por excelentes profesionales y gozó de aprobada imagen pública.

Las ventajas del arbitraje respecto del sistema judicial se pueden resumir en menores costos en tiempos y presupuestarios por un lado y mayores garantías de conocimiento del tema específico del conflicto por parte de los árbitros elegidos en tal sentido, y por su vasta e irreprochable experiencia en el tema.

Es público y notorio el problema económico y sociopolítico que provoca la saturación de juicios que conlleva a las inaceptables demoras y eventual denegación de justicia, toda vez que el tiempo y los costos en todo sentido exceden sus propios límites y capacidades.

Los conflictos en el ámbito médico-sanitario requieren ser resueltos en forma rápida, económica y satisfactoria para las partes enfrentadas, pues estas situaciones se producen en el contexto de enfermedades o riesgos vitales o eventualmente ante daños irreversibles.

El arbitraje fue una de las primigenias formas de Resolución de Conflictos y actualmente de crecimiento universal como alternativa al Sistema Jurisdiccional. Supone la existencia de un laudo dado por un tercero neutral - el o los árbitro/s elegido/s según el protocolo lo establezca - que decide el resultado de la controversia con valor de sentencia judicial, cosa juzgada.

Sus reglamentos, protocolos y eventual revisión por parte de la justicia garantizan su apego a la legalidad. Si bien está sujeto a un procedimiento que garantiza su legitimidad, el proceso se caracteriza por mayor verbalidad y plazos más acotados, fundamentalmente dependiendo de los acuerdos de las propias partes que aseguran su celeridad, así como del uso de nuevas tecnologías que optimicen tiempo y resultados.

La más importante de las ventajas frente al sistema judicial es que se somete a las partes la elección de los árbitros especializados en el objeto de la disputa, asegurándose así una resolución exenta de impugnaciones porque ambas partes han elegido y confiado en la idoneidad del/los árbitro/s.

Aporta al mejoramiento de la relación médico-paciente, a la disminución de la medicina defensiva, a evitar la judicialización que tanto desacredita la profesión y el ejercicio de la medicina en la actualidad. Claro que también satisface los justos reclamos de personas-ciudadanos-afiliados y se evitaría la judicialización de las relaciones entre pacientes, prestadores y financiadores.

El procedimiento del arbitraje y la selección e idoneidad de los árbitros se verá garantizada a través del Reglamento de Arbitraje a dictarse al momento de constituirse el mismo, para lo cual el sistema que se propugna asegurará la participación de las Academias de Medicina y del Derecho.

Dicho servicio debería inmediatamente a su creación estipular todo lo concerniente a su visión, misión, objetivos, planeamiento, integrantes, reglamento, funcionamiento, presupuesto y demás normativas con el objeto de impactar en la conflictividad de la salud, comenzando por la praxis médica y así beneficiar a los diferentes componentes del sistema de salud a través de sus adhesiones voluntarias. En dicho protocolo también deben conceptualizarse la jurisdicción arbitral, la cláusula compromisoria de tal manera que los laudos sean constitucionales, legales y razonables acorde al nuevo CPCCN (Código Procesal Civil y Comercial de La Nación).

Los ordenamientos del TAS tienen que estipularse en el referido protocolo que también determine tiempos, procedimientos y demás cuestiones para que todo sea de la mayor calidad y transparencia posible, para ser justos tienen que ser rápidos. Es decir tiene que expedirse el laudo en cuestión de semanas a más tardar, jamás años.

El TAS tiene que ser un organismo autárquico y no dependiente de ninguno de los 3 poderes, así como los árbitros tienen que declarar sus conflictos de intereses. Tendría que contar en su composición con expertos del sector de la salud, fundamentalmente médicos y del derecho. Pero la presidencia del mismo debería ser ejercida por el perfil médico, habida cuenta de todo lo planteado en este proyecto.

Las personas deberían ir acompañadas de su patrocinio legal es decir, abogados/as, e inclusive si lo estimasen necesario podrían tener perito de parte , acorde al mencionado protocolo que debe enmarcarse según el CPCCN.

La jurisdicción arbitral, la cláusula compromisoria, particularidades de los árbitros, deberían ser igualmente tratados y resueltos por el mismo tribunal en su protocolización. Se intuye que debe ser sin duda centralizada para las entidades nacionales registradas como tales en la SSS (Superintendencia de Servicios de Salud). Si en el futuro hubiese adhesiones de otras entidades con menor jurisdicción, esta se deberá resolver en el propio TAS acorde a su normatización.

El TAS tiene que adecuarse al CPCCN - el laudo se debe dictar sin contrariar el orden público y la decisión adoptada debe ser constitucional, legal y razonable, Art. 499, 740, 754, 872, 736, 737.

Sería deseable que el TAS sea incorporado a sistemas de contralor internacional, para de esa manera tender a los mejores estándares de calidad internacional posibles.

### **C) Incorporación contractual de Cláusulas de Adhesión**

*Las partes deberán pactar voluntariamente el sometimiento a un mecanismo alternativo de solución de controversias en los contratos que las vinculan.*

Para acceder al mecanismo alternativo de solución de controversias que incluya la participación del TAS, se debe incorporar contractualmente una cláusula de adhesión voluntaria en los vínculos descritos en el Grafico 1, es decir entre afiliados/as, prestadores/efectores y financiadores a saber:

- Entre pacientes y financiadores: CARTILLA
- Entre pacientes y efectores: CONSENTIMIENTO INFORMADO
- Entre prestadores y financiadores: CONTRATOS O ACTAS DE ADHESION

Como está planteado en el presente proyecto es con adhesión voluntaria contractual de las partes, vale aclarar que existe otra forma que sería “obligada” es decir no voluntaria, por alguna normativa supra tipo ley o Decreto, como existe por ejemplo

en el ámbito laboral o Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), esta última específicamente con el paso obligatorio en las Comisiones Médicas anteriormente centralizadas y cada vez más descentralizadas.

Es necesario recordar en este apartado que las leyes 26529 y 26742 de derechos del paciente, consentimiento y muerte digna, otorgan amplios derechos a las personas en lo que corresponda al cuidado de su salud, esto es sin ninguna duda el fundamento que permite incuestionablemente la adhesión voluntaria.

Quizás la implementación podría ser en etapas comenzando para el sector de la OS y de las EMP con adhesión voluntaria y con la capacitación pertinente. Para esta primer etapa sería relevante contar con aval de la SSS al referido TAS y comenzar con los conflictos de responsabilidad, es decir para la praxis médica. Acorde a evolución ir progresando a los otros subsistemas y/o también porqué no, para los conflictos de coberturas, es decir para los amparos con reconocimientos de las jurisdicciones y el Ministerio per se, o a través del COFESA.

#### **D) Uso de Nuevas Tecnologías**

El avance y uso de nuevas tecnologías en especial el “seguridad informática como blockchain” permitiría dar soporte en aspectos tan sensibles y específicos como la seguridad para los datos en salud, además de optimizar mecanismos de administración e intangibilidad en los procesos.

#### **4. ANTECEDENTES DE ARBITRAJE EN SALUD**

Los servicios de justicia de la mayoría de los países de América Latina presentan un colapso por la acumulación de causas sin resolución, caracterizándose los reclamos por prácticas médicas por ser más lentos y tediosos en cuanto al régimen probatorio y los plazos requeridos para la determinación de la realidad de los hechos, agravado esto por la prescripción decenal o la actualmente vigente, aplicable a este tipo de reclamos.

Tanto las democracias de Chile, EEUU, México, Brasil y Perú han intentado la implementación de soluciones no adversariales a las controversias de este tipo como ejemplo la Comisión Nacional de Arbitraje de México y los acuerdos entre Entidades Arbitrales y Médicas en Estados Unidos, entre otras.

Estas iniciativas tienden todas a incorporar como herramienta el arbitraje como solución por sobre la mediación y la conciliación que no implica capacidad para dirimir la disputa, atento al mayor grado de especificidad que puede aportar un árbitro, con la posibilidad de expedirse técnicamente en el laudo.

En el caso de un país latinoamericano como México, antes citado, existe la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) creada en el año 1996 como organismo descentralizado de la Secretaría de Salud que tiene plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos con el objeto de contribuir a resolver conflictos suscitados entre usuarios de los servicios médicos y prestadores de dichos servicios. Esta Comisión se encuentra representada en todo el país a través de Comisiones de Arbitraje Médico que en un total de 26 operan en todo el territorio mejicano.

El informe Anual 2012 de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, México, señaló que la misma se consolida día a día y que la comunidad médica va dejando en el olvido su temor y recelo, para dar paso a la confianza y credibilidad. De la “Síntesis de Resultados Estadísticos 2009” surge que entre los años 2002 y 2007 se recibieron 18.443 quejas con un incremento anual de 112 por año. De las cuales se conocen sus diferentes comportamientos como variables temporales, demográficas y por patologías, si hubo mala praxis, con o sin secuela, de diagnóstico o de tratamiento, médico, quirúrgico o de auxiliares y distribución por especialidad, por efector y por financiador. El relevamiento de estos datos por parte de la academia, aquí propuesta, permite elaborar estrategias que impacten en la mejora permanente del sistema, por cuanto se podrían elaborar capacitaciones especiales para mejorar magros resultados cuali y cuantitativamente relevados.

En Perú la Resolución 162-2016-SUSALUD/S actualiza y aprueba el Reglamento de Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) con el Centro de

Conciliación y Arbitraje (CECONAR) y otras oficinas desconcentradas, con notificaciones mediante casilla electrónica y teleconferencias, con plazos cortos entre 5 y 15 días hábiles para cada etapa. En su artículo 38 ...” las partes pueden solicitar medidas cautelares ante el Tribunal Arbitral....El Tribunal Arbitral está facultado para modificar, sustituir y dejar sin efecto las medidas cautelares que haya dictado”.....Así las cosas muestran que de todos los mecanismos de solución de controversias en salud en Perú, el arbitraje es el más frecuentemente utilizado (366 casos en el año 2015) siendo en su mayoría iniciado por los asegurados/beneficiarios.

En la experiencia chilena la Ley exige a quien pretende iniciar un proceso judicial por mala praxis, previamente acudir a una vía de mediación en salud.

## **5. IMPACTO DEL TAS EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO**

Considerar los valores que la propuesta de TAS aportaría al Sistema de Salud nos lleva nuevamente a poner aquella tríada descrita en el Gráfico 1, para así ir por cada uno de sus componentes.

En tal sentido y por el orden que se le asigna a los mismos es dable comenzar por las personas afiliadas o beneficiarios del sistema quienes podrían acceder en forma rápida a Laudos Arbitrales con respaldo de especialistas académicos en el tema en cuestión y de elección conjunta, en tiempos acotados con mecanismos transparentes, más eficientes y seguros.

Respecto al Sistema en su conjunto sería deseable que el TAS tuviera el visto bueno de la Super Intendencia de Servicios de Salud (SSS), inclusive con el aporte o reintegro por SUR para OS que adhieran a dicho Tribunal reconocido por la SSS para los gastos por seguros de mala praxis. En contrapartida, la misma SSS podría acceder a datos de conflictividad de los financiadores como otro elemento para la fiscalización de estos últimos, sin injerencias en el propio TAS por razones obvias de competencias.

En cuanto a los efectores y en especial para el ambiente médico es empoderar a los médicos y médicas y que puedan de esta manera en el tema de la responsabilidad

trazar un sendero distinto, un antes y un después. Por cuanto se pasaría de ser damnificados a ser parte de la solución a la conflictividad.

Así las cosas, los Árbitros deberían conformarse con la mayor calidad y ética posible, irrefutable e incuestionable. Por estos motivos, tampoco vale pensar en aspectos mal llamados “corporativos” que empañen la propuesta, sino todo lo contrario porque se está dotando al sistema de salud del conocido prestigio internacional que el alto nivel médico especializado argentino goza. Prestigio que, en el capítulo de la responsabilidad y praxis médica, no solo “deja de jugar” sino que, todo lo contrario pasa a ser el eslabón más débil del que tanto la justicia como otros jugadores cuestionan y dañan.

En cuanto a los efectores podrían conocer y disminuir sus conflictos habida cuenta del funcionamiento de las Áreas de Prevención y la generación de datos útiles que permitan la toma de decisiones, así como por efecto del TAS disminuir las erogaciones destinadas a la conflictividad en salud.

Respecto a los financiadores se reiterarían los beneficios de un Mecanismo Alternativo de Solución de Controversias y un Tribunal Arbitral que se describió para con los efectores, pero todo a mayor escala puesto que sus bases tienen mayor impacto. Es decir que si un efector sanatorial tiene, por ejemplo entre sus usuarios a un mil personas, un financiador de salud lo tiene por un millar.

En relación a la producción y publicación de datos de siniestrabilidad en el sector de responsabilidad médica, esto vendría a clarificar las incertidumbres existentes. Esas incertidumbres sin duda repercuten en la valorización de las pólizas de mala praxis, dado que los reaseguradores desconocen datos oficiales para sus cálculos. Otros elementos que generan incertidumbre en las aseguradoras son los tiempos tan abiertos, los valores incrementales y el largo proceso. Todo ello, como ya se refirió, impacta encareciendo lógicamente el valor de las pólizas.

Si hablamos que además pudiese costearse los seguros de mala praxis del sector OS a través de Fondo, previo aval de la SSS, sumado a una protocolización para la presentación de los conflictos en malas praxis, esto permitiría un ahorro a los financiadores y efectores fundamentalmente de dicho sector. No obstante, si esto se



extiende al resto del Sistema de Salud, por más que cada parte tenga que hacerse cargo de sus gastos por seguros de mala praxis, como lo viene haciendo, el gasto general debería ir acompañando el proceso a la baja. En este punto también debe considerarse que por los efectos de las Áreas de Prevención deberían disminuir paulatina y progresivamente los conflictos.

Hasta el momento la conflictividad en salud ya sea de cobertura o de responsabilidad entra en el terreno de resolución por el sector de la justicia. Es de conocimiento público que el Sistema Judicial está sobre saturado lo que genera, entre otras cuestiones tiempos cada vez mayores, motivos que entre otros fundamentaron presentaciones parlamentarias para reformas.

Por otro lado, y en especial en la actualidad el Poder Judicial esta debilitado en su imagen pública y cuestionado en sus “fallos”, como ejemplo bastan las “fakes news” o la polarización según el poder político que gobierne. Obviamente que no tiene ningún sentido meternos en estos temas pero tampoco se puede dejar “tan livianamente” que la praxis médica o la cobertura en salud sigan teniendo de resolución únicamente al referido cuestionado Poder Judicial.

NOTA de Autor. Este proyecto lleva varios años, 6 ó 7 quizá, en los cuales pasaron colaboradores, amigos, hicimos borradores, compartimos motivaciones y sinsabores. Agradecimiento total. También presentaciones y ofrecimientos en su mayoría con avales, pero todo sigue en este status quo que a la vez es “judicializado”. Así las cosas, ahora en esta etapa post-ingreso agradezco a IDEATON SALUD por esta interesante oportunidad que brinda para su difusión y por qué no, su puesta en marcha.

*Y QUE SEA LAUDO ARBITRAL*

*Y ASI SÍ, SERA JUSTICIA*

## BIBLIOGRAFIA

- German E. fajardo-Dolci, Francisco Hernández-Torrez, Javier, Enrique Gomez-Bernal. "Perfil Epidemiológico General de las Quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007-.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico "Síntesis de resultados estadísticos 2009"
- CONAMED "Información Estadística 2016. Información de estadística Institucional para el primer semestre del año 2016".
- Enrique V. Lavié Pico. "Control Judicial de los Laudos Arbitrales".
- Roberto G. Loutayf Ranea, Ernesto Solá "Jurisdicción Arbitral, Naturaleza Jurídica" Revista de Derecho Procesal. Santa Fe, 2014.-
- Darwin Hidalgo Salas, Claudia Ortiz-Perez, Juan Lobatón-Flores, Percy Humaní-Ñahuinlla. "Mecanismos Alternativos para la Solución de Controversias en el Contexto de los Derechos en Salud: Experiencia Peruana desde el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud" 2016.-
- Resolución de SUPERINTENDENCIA Nª162-2016-SUSALUD/S Lima, 29 de Setiembre de 2016.-
- CONAMED "Una Institución con Autoridad Moral" Revista CONAMED Año 1 Nª 3. 1997.-
- Boletín Oficial de la República Argentina "Ley de Arbitraje Internacional, Ley 27449.
- InfoLEG. Ley 26529. "Derechos de Paciente",. y LEY 28742".-
- InfoLEG. Ley 26742 "Muerte Digna".-
- Resolución 561 / 2014 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL - APROBACION "CLAUSULA DECIMA SEGUNDA".-
- Bürgin Drago MT. "El amparo judicial como instrumento de ampliación del PMO". Fundación Sanatorio Güemes 2013.-
- Elías Hurtado Hoyo, Hernán Gutiérrez Zaldívar, L Nora Iraola, Analía Rodríguez de Salvi. "El Síndrome Clínico Judicial" 2006.-