

V EPOCA
NUMERO 7
MARZO 2011

REVISTA

CA DI
CÁMARA
DE INSTITUCIONES
DE DIAGNÓSTICO
MÉDICO **ME**

MÁS DE TRES DÉCADAS
CON LA SALUD

ES UN IMPERATIVO CONSIDERAR A LA SALUD COMO POLÍTICA DE ESTADO

APERTURA DE LA DELEGACIÓN LITORALEÑA DE CA.DI.ME

EL DIAGNÓSTICO MÉDICO ES LA CLAVE
DE LA PREVENCIÓN EN SALUD



PRODUCTOS Y SERVICIOS CORPORATIVOS

1. Asesoramiento Laboral específico del Convenio Colectivo 108/75.

Área específica integrada por profesionales expertos.

2. Programa de Acreditación:

La acreditación como mecanismo de validación de "calidad prestacional", se constituye en un instrumento significativo de competencia frente a grandes prestadores que poseen una imagen corporativa de peso en el mercado y en la comunidad. Programa tripartito CA.DI.ME., CEDIM e ITAES.

3. Instituto Federal de la Salud:

CA.DI.ME., a través del IFESAL; da respuesta a la demanda de los prestadores en cuanto a la capacitación del personal en las áreas científicas, técnicas y administrativas.

4. Sistema informático de liquidación de salarios:

Facilita el trabajo de los contadores y/o administradores de las empresas de diagnóstico y tratamiento médico comprendidas en el marco del Convenio 108/75, para lograr una correcta liquidación de los salarios, evitando futuros reclamos y problemas legales.

5. Sistema de Asignación de Turnos:

Administra la asignación de turnos de un consultorio médico pyme con rapidez y facilidad.

6. Sistema de Financiamiento - Tarjeta Pactar - CA.DI.ME

Importante acuerdo con el Banco de la Provincia de Buenos Aires y Proveedores de Insumos y Tecnología. Mediante esta tarjeta los socios de CA.DI.ME podrán realizar compras de insumos, bienes y servicios en las empresas adheridas.

7. Nomenclador Arancelario de prácticas de Diagnóstico Médico

Aporte concreto de CA.DI.ME. al debate arancelario y al acuerdo multisectorial que se promueve.

8. Publicaciones y Documentos:

- Revista CA.DI.ME.: Información actualizada del acontecer sectorial.
- Manual de Radioprotección: Material desarrollado en forma conjunta por CA.DI.ME., ARN y CNA, referido a la seguridad radiológica en las aplicaciones médicas de las radiaciones ionizantes.
- Manual de Residuos Peligrosos: Promueve la difusión de la problemática de la contaminación ambiental, la toma de conciencia y la generación de un cambio actitudinal en todo personal que se desempeña en el sector salud
- Manual de Bioseguridad: Aporte para crear condiciones y actitudes de seguridad, a fin de evitar el riesgo biológico propio de la actividad. Su contenido es sumamente amplio: Legislación, artículos técnicos, recomendaciones, etc.
- Fascículos Publicados:
De Calidad.
De Seguridad Operativa.

9. Desarrollo de Sitios Web:

Armado, puesta en línea y mantenimiento de sitios Web de los prestadores vinculados. Asesoría integral en servicios a través de Internet e informáticos.

10. Unidad de Contralor de la Intermediación en Salud:

Es urgente la necesidad de limitarla, regularla con mayor amplitud y aplicar las resoluciones vigentes, a fin de evitar los continuos perjuicios a los prestadores.

11. Premio CA.DI.ME. de Salud:

Concurso de trabajos de investigación sobre el sistema de salud argentino, con el objetivo de estimular el análisis, las reflexiones y el diseño de propuestas que optimicen los resultados en materia sanitaria.

12. Servelab:

Servicio de verificación de cumplimiento de normas laborales y previsionales. Prevención en materia jurídica y previsional.

13. Compra venta de equipos usados de diagnóstico por imágenes:

CADIME desarrolló un sitio web dedicado exclusivamente a la compra y venta de equipos usados de diagnóstico por imágenes.

14. ¿Quién es Quién?

¿Como saber quien es quien en el ámbito del Financiamiento del Sector Salud?. Una preocupación de primer orden para los prestadores de diagnóstico médico.

15. Sistema de Prevención de Riesgos del Trabajo

Reduzca sus costos laborales - Controle los riesgos del trabajo - Optimice el funcionamiento de su empresa.

16. Seguros de Praxis Médica y Servicios de Administración de Riesgos.

Alianza estratégica con La Mutual.

Ante la falta de respuestas, es hora que las organizaciones de los prestadores replanteen el accionar gremial

Ha transcurrido otro año y también una nueva edición de discusiones paritarias en un marco de reclamos por parte de los prestadores, de movilizaciones y paros sindicales, y de promesas oficiales aún incumplidas.

O lo que equivale a decir que hasta el momento no se obtuvieron respuestas concretas a los reiterados reclamos por una recomposición arancelaria compensatoria en función de los costos de producción; tampoco el anuncio de medidas para superar el dilatado des financiamiento de las empresas; y menos aún el compromiso de considerar la salud como una política de Estado. Esto nos lleva a subrayar un hecho innegable: las demandas de los sectores prestadores -ninguna de ellas- tuvieron la fuerza y contundencia necesarias para movilizar una decisión en su favor. Y si no se consiguió la magnitud requerida para tales fines, es por que de este lado, el de los prestadores, no existe todavía la mínima convicción en que una enérgica y decidida movilización de todo el conjunto es la única solución a esta encrucijada en que se debaten nuestras actividades.

Así las cosas, y aún siendo corresponsables de este fracaso, no vamos a deponer esfuerzos e insistiremos, partiendo del pleno reconocimiento de las debilidades evidenciadas, para que todos los prestadores asuman un protagonismo activo en toda acción colectiva que cada una de las organizaciones tendrá forzosamente que convocar por su lado, si es que se desea que el conjunto de las empresas prestadoras se exprese orgánicamente, unida y con la debida fuerza que la gravedad de la situación viene exigiendo.

Desde CA.DI.ME. no será la primera vez que intentaremos movilizar a nuestros prestadores asociados y vinculados para ganar las calles, aunque después no tuviéramos éxito. Nuestra decisión se mantiene pese a la experiencia fallida. Estamos convencidos que para avanzar en un accionar que implique una efectiva movilización de todo el sector prestador, incluyendo la posibilidad de un cese de actividades como alternativa de máxima, requiere primero que cada prestador, indivi-

dualmente, tenga plena conciencia y decisión de sumarse a un reclamo conjunto.

Este es el punto en el que hoy nos detenemos y abogamos para que sea debidamente comprendido y tenido en cuenta. Comenzamos así hoy a reiterar nuestra prédica en nuestro sector de diagnóstico médico y con la expectativa que el resto de los sectores prestadores asuman igual tarea. Y más aún ya que compartimos todos un denominador común de problemas, como el arancelario, el del desfinanciamiento, la concentración financiera y prestacional, y la falta de reconocimiento a nuestras actividades como servicio público y como factor estratégico para el desenvolvimiento de las actividades productivas, el crecimiento sostenido y el avance hacia el logro del desarrollo humano.

A lo largo de nuestra historia gremial no dejamos de marcar con énfasis aquéllos nodos centrales que dan mayor gravedad a la problemática particular de este sector, como las condiciones oligopsonicas en que se desenvuelve, el rol de las gerenciadoras, etc.

También en aconsejar la importancia para toda empresa prestadora de mantener su afiliación a una organización que se corresponda con la naturaleza y características de su actividad; que represente, interprete y defienda acabadamente sus intereses.

En esta actual coyuntura nuestra exhortación a cada prestador es asumir un compromiso gremial activo y movilizador que logre la debida trascendencia de un reclamo potente de todo el conjunto. Esta es su tarea inmediata y desde ya la nuestra.

Pero, también, CA.DI.ME. como expresión de un subsector clave del sistema de salud, no deja por ello de continuar señalando como finalidad superior, la imperiosa necesidad de que el mismo **sea considerado como una Política de Estado.**

La construcción de una **Política de Estado para la Salud**, implica consensuarla entre todos los actores intervinientes, acordando prioridades y objetivos, y además como un compromiso irrenunciable asumido por toda la sociedad.

La Comisión Directiva





08. Destacados del Cabildo Abierto por la Atención Primaria de la Salud.

Pág 04 La Salud, Factor Estratégico del Desarrollo Económico y Social.

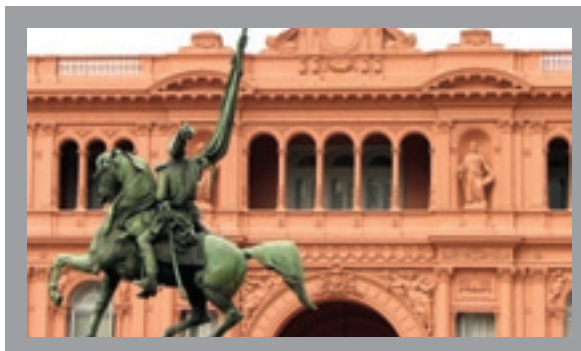
Pág 06 Destacada participación de CA.DI.ME. en reunión del Consejo Federal Legislativo de Salud

Pág 08 Destacados del Cabildo Abierto por la Atención Primaria de la Salud.

Pág 14 Seguridad Laboral: una asignatura pendiente

Pág 16 CA.DI.ME. logró incluir importantes demandas del sector prestador

Pág 17 El futuro es hoy



24. El Sistema Sanitario como Política de Estado

Pág 18 Anhelado paradigma: "Diálisis peritoneal"

Pág 20 Apertura de la delegación litoraleña de CA.DI.ME

Pág 22 Analisis comparativo de los sistemas de salud en el mundo: El caso de alemania

Pág 24 El Sistema Sanitario como Política de Estado

Pág 26 Financiamiento para socios de CA.DI.ME.

Pág 28 CA.DI.ME. crea un Instituto Universitario para el desarrollo de la producción y de la Empresa

Mesa Directiva de CA.DI.ME:

Presidente: Sr. Guillermo Gómez Galizia.
Vicepresidentes: Dr. Martín Enrique Iturraspe; Sr. José Laurencio; Dr. Horacio M. Soriano.
Secretario: Dr. Adolfo Kalinov.
Prosecretario: Dr. Fernando Peralta.
Tesorero: Dr. Enrique Moreau.
Protesorero: Sr. Eduardo Fernández.
Director General: Dr. Hernán A. Grecco.

Colaboran en este número:

Altuna, Juan; Casado, Oscar Alberto; Grecco, Hernán Alberto; Morgenstern, Martín; Morgensterin, Rolando; Giordano Atilio.

Director General Revista CA.DI.ME.: Doctor Adolfo Kalinov.

ÁREA TÉCNICA: Lic. Juan Altuna; Dra. Mónica Insua; Dr. Luis Marcos; Dr. Rolando Morgensterin; Dr. Martín Morgenstern; Dr. Javier Vilosio.

ÁREA CONTABLE IMPOSITIVA: Dr. Darío Capurro; Dr. Daniel Malvestiti. **ÁREA JURÍDICA.** Estudio Salvat Etala y Saraví. Dr. Gerardo Walter Javier Guelman. Dr. Hernán A. Grecco. **ÁREA CAPACITACION:** IFESAL. Lic. Susana Gutzat. **ÁREA MARKETING.** Lic. José Chojrin. **ÁREA COMUNICACIONES.** Lic. Oscar A. Casado. **RELACIONES INSTITUCIONALES.** Roxana Segatori.

Registro Propiedad Intelectual: en trámite. Revista CA.DI.ME. es una publicación de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico. De circulación gratuita entre todas las empresas prestadoras de servicios de diagnóstico y tratamiento médico del país, obras sociales, empresas de medicina prepaga, organismos públicos, autoridades nacionales y extranjeros, universidades y entidades afines con la actividad. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la entidad, siendo de exclusiva responsabilidad de sus autores. Permitida la reproducción de los artículos siempre y cuando se cite su procedencia.

Redacción: Perú 590 Piso 4, 1068, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (011) 5235-7200. Fax: (011) 5246-9711. Email: cadime@cadime.com.ar.



Importación, venta, alquiler, fabricación, construcción y servicio técnico de equipamiento hospitalario

Electrocardiógrafos de 1 a 3 canales - Manitores Multiparamétricos - Oxímetros de Pulsos - Equipos de Diálisis - Detectores Fetales - Oxícapnógrafo - Mesas de Anestesia - Electrobisturías - Respiradores - Equipo de Testeo - Coaguladores por gas Argón - CPAP - Accesorios - Monitores Fetales - Compresores - Plantas de Oxígeno .

Tel./Fax: (011) 4433-3420 rotativas • Espinosa 719
 Web: www.instrumedica.com • e-mail: info@instrumedica.com

Balphin Medical's SA
 Insumos-Equipamientos Medicos

www.balphin.com
 Tel. 011 4555-5800
 Fax. 011 4554-0404
 ventas@balphin.com



Jeringas
 Aguja
 Guantes
 Papel ecg
 y mucho mas...

La Salud, factor estratégico del desarrollo económico y social

En coincidencia con las apreciaciones de la OMS, el Banco Mundial y el BID, aseveramos que el sector de atención de la salud es una pieza clave en todo contexto económico y social, por cuanto constituye un preconditionante del desarrollo.

Es decir, sin una buena atención de la salud es imposible avanzar en un proceso de crecimiento económico sostenido que mejore la calidad de vida de las personas y posibilite gozar de un entorno saludable.

Las actividades económicas en general (primarias, industriales; comerciales, de servicios, etc.), poseen jerarquías relativas y un poder de incidencia en la marcha de la economía que dependen, entre otros aspectos, de su impacto en términos de bienestar agregado, dimensión económica y el empleo por ella generado.

Por ello, desde CADIME, se pretende una vez más esclarecer la importancia fundamental del sector salud en todo el proceso del desarrollo económico y social para nuestro país, como así también en la justa valoración que de él debe precisamente hacerse.

Desde esa mirada, la inversión en actividades involucradas en el cuidado de la salud de la población, tiene fuerte impacto como generadora intensiva de mano de obra altamente calificada, y como productora de bienes y servicios. Expresado esto como gasto anual, equivale aproximadamente al 7% del PBI de nuestro país, pero su valor en términos de impacto sobre el bienestar no puede ser fácilmente cuantificado.

La fuerte inserción de los llamados sectores estratégicos, tiene su correlato en el desempeño de la salud. Por un lado, la productividad de todas las actividades económicas sin excepción, dependen de la mejor salud que acusen los recursos humanos que estas emplean. Por otro, las mejores condiciones sanitarias del medio en que se desenvuelven aquéllas, posibilitan y/o facilitan su desenvolvimiento; de esto se deduce claramente que la salud es otro sector *estratégico* del quehacer económico y un factor condicionante del desarrollo social.

La importancia del sector salud: gasto y empleo

Según datos del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación, el PIB a precios de mercado se ubicaría, datos del 2º cuatrimestre del 2010, en torno a los \$ 1.508.286 millones anuales. Frente a esto la estimación del gasto total en salud, en un porcentaje del 7% del PIB, significaría hoy alrededor de \$105.580 millones, cifra importante para explicar y entender la gravitación del sector en nuestra economía.

Por otra parte, el carácter dinámico del sector salud está dado por ser generador intensivo de puestos ocupacionales directos e indirectos, fundamentalmente de recursos humanos altamente capacitados y en su mayoría irremplazables por la mecanización o la robótica. Como referencia podemos tomar los 265.984 trabajadores totales en Servicios Sociales y de Salud (público y privado) registrados por 22.587 empleadores con una masa salarial mensual declarada de \$ 974.482.068 a junio del año 2010. Sólo en el subsector de diagnóstico y tratamiento representado por CADIME, se desempeñan alrededor de 50.000 técnicos, enfermeros, administrativos, etc. y aproximadamente 15.000 profesionales (bioquímicos, médicos, etc.).

Si se estima además que al menos 110.000 profesionales de la salud son monotributistas y se consideran actividades manufactureras vinculadas, entonces puede afirmarse que el sector salud es responsable de unos 750.000 puestos de trabajo directo e indirecto en todo el país. No debe olvidarse que el sector salud explica el desarrollo de otras actividades conexas: industria farmacéutica, equipamiento hospitalario, insumos para el diagnóstico y tratamiento, tecnología para la protección ambiental, infraestructura sanitaria, etc.

Datos Economía y Sector Salud	
Rubro	
PBI a precios de mercado (en millones de pesos corrientes)	\$ 1.508.286
Gasto total en Salud (en millones de \$)	\$ 105.580
Gasto total en Salud como % del PBI	7%
Trabajadores en Serv. Soc. y de Salud	265.984
Cantidad de empleadores	22.587
Masa Salarial	\$ 974.482.068
Monotributistas en Salud (1)	110.000
Actividades manufactureras vinculadas (1)	350.000
Total puestos de trabajo directos e indirectos en el sector salud (1)	750.000
Representación CADIME (técnicos, enfermeros administrativos, etc.) (1)	50.000
Representación CADIME profesionales de la salud (1)	15.000

“Fuente: Elaboración propia en base a Mecon, Afip y CADIME (1) Datos estimados.”

Subsector prestador caracterizado por PYMES

Un aspecto sobresaliente del sector es que el subsegmento de prestadores tanto de diagnóstico médico, tratamiento ambulatorio como de internación, es que está constituido casi totalmente por empresas de porte pequeño y mediano. Se calculan en el subsector privado alrededor de 2000 centros asistenciales con internación y 10.000 establecimientos asistenciales sin internación.

Esta categorización PYME hace que detenten importantes características como el estar imbuidas -a diferencia de los grandes consorcios empresarios- en una natural **cultura productiva no especulativa** que permanece enraizada en el territorio nacional conformando y motorizando así el mercado interno.

Por ello es prioritario considerar al sector, como una parte esencial de las políticas activas sectoriales que se instrumenten, contribuyendo a su fortalecimiento para generar rápidamente más puestos de trabajo y motorizar otros sectores industriales conexos.

La salud expresada entonces en términos de desarrollo, habilita zonas para la producción económica, liberándola de enfermedades; logra estudiantes y trabajadores sanos y consecuentemente, mejores condiciones para el aprendizaje, la formación y la capacitación hacia una mayor productividad con menor ausentismo y discapacidad.

Subrayar estos aspectos resulta siempre oportuno a la hora de debatir y consensuar e instrumentar políticas económicas, sean estas coyunturales o estratégicas:

- Una mejor salud de la población, es proclive a un mayor desarrollo económico.
- Desarrollo económico sumado a políticas distributivas apropiadas, implica una mayor extensión y calidad de vida de la población.
- Mayor extensión y mejor calidad de vida, implican crecimiento del consumo y por ende, de la producción de bienes y servicios.
- Una mayor disponibilidad y consumo de bienes y servicios adecuados, redundarán en una mejor salud de la población.

Destacada participación de CA.DI.ME. en reunión del Consejo Federal Legislativo de Salud

Especialmente invitada, nuestra entidad participó de la reunión mensual de COFELESA, llevada a cabo el 22 de octubre último, en la Provincia del Chaco, asistiendo en representación de la misma el Doctor Atilio Giordano.

Dicho Consejo está conformado por los Presidentes de Comisiones de Salud de los Poderes Legislativos de las distintas Provincias. En la mencionada ocasión, estuvieron presentes 12 provincias y 17 cámaras, además de otros representantes del sector privado.

En relación al tema principal de la reunión, *Complementación del sector público y privado de la salud*, nuestra Cámara sostuvo que desde mediados de la última década se debate en diversos foros de nuestro país, cómo lograr una mayor integración de nuestro sistema de salud, el cual se caracteriza por un elevado nivel de fragmentación y desfinanciamiento, factores restrictivos para generar un mayor impacto positivo sobre la salud de la población.

Señaló que desde la OPS-OMS se ha impulsado la noción de *sistemas integrados de servicios de salud* y desde esta concepción se viene apoyando a muchos países, para mejorar el acceso, la eficiencia y la equidad en los servicios de salud, a través del trabajo conjunto y coordinado de los subsectores público y privado, como uno de los medios factibles para lograr estas mejoras.

Atento a ello, la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico propuso una estrategia de ordenamiento de la oferta y asistencia conjunta entre ambos subsectores. Dicha estrategia debería basarse en articular los recursos disponibles, de tal manera que se planifique e implemente un mecanismo que integre al sector privado, como prestador-efector de los demandantes, dentro de la oferta pública de servicios.

De esta manera, se podría lograr un *uso eficiente de los recursos disponibles de la alta tecnología privada y su capacidad ociosa, incrementando la oferta asistencial de toda la red efectora del sistema público, en adecuados niveles de complejidad de acción.*

Todo ello, como objetivo primordial para mejorar la salud de la población y además, como estrategia destinada a la *contención del gasto*. Pero para eso es necesario garantizar una red de prestadores-efectores, de atención primaria y diagnóstico clínico, distribuidos en un área geográfica que asegure una mayor accesibilidad y calidad de atención, orientados a mejorar la equidad de la cobertura asistencial.

A partir de los casos analizados, se puede observar una base

en común en el camino de la articulación, dicha base está en un mayor financiamiento de la demanda en lugar de un rígido sistema de financiamiento a la oferta. Países como Suecia, con una mayoría de efectores públicos han trasladado un mayor poder al usuario del sistema, quien lo ejerce eligiendo donde recibir la atención de su salud. De esta forma el financiamiento se vuelca en una proporción al mantenimiento de un nivel determinado de oferta y otra parte al sendero de preferencia que marca la demanda.

Otro punto en común entre los países y estrategias mencionados, y nuestros aportes para la discusión, se sustentan sobre la base de la Atención Primaria de la Salud como eje conductor y de un modelo de sistema de salud que fortalece la atención primaria y el primer nivel como puerta de acceso al sistema de salud.

Un aspecto sobresaliente del sector salud es que el subsegmento de prestadores tanto de diagnóstico médico y tratamiento ambulatorio como de internación, está constituido totalmente por empresas de porte pequeño y mediano. Esto posibilita que los servicios sean prestados en todos los rincones del país, facilitando la accesibilidad geográfica de los beneficiarios y con la consecuente generación de fuentes de trabajo locales en esas regiones y consecuentemente contribuyendo a su desarrollo socioeconómico.

Desde CA.DI.ME., consideramos que es factible evaluar la incorporación racional de redes de efectores del subsector privado; lo cual permitiría dotar con capacidades superlativas en términos de gestión y resolución.

Por lo tanto, dadas las condiciones y la estructura que presenta nuestro sistema de salud, sería ventajoso aprovechar la oferta existente de recursos sanitarios públicos y privados, en la búsqueda de lograr los objetivos de la APS y su compromiso "salud para todos". De allí que esta complementación no debiera ser vista como sinónimo o amenaza de privatización o de estatización de la salud, ya que hablamos de complementación en las funciones. La salud es un bien público y está garantizada por nuestra constitución y es deber del Estado promoverla por todos los medios posibles.

Esta estrategia de complementación requerirá de consensos y debates entre diferentes sectores e instituciones para analizar alternativas y para alcanzar acuerdos entre partes.

Lo hasta aquí señalado no pretende ser la panacea para los problemas de financiamiento y la falta de recursos que aquejan a nuestro sector, pero sí apunta a ser uno de los caminos para mejorarlos.



De izquierda a derecha: Doctor Atilio Giordano (CADIME), Doctor Jorge Capitanich (Gobernador de la provincia Del Chaco) y Doctor Antonio Morante (Pte Comisión Salud Diputados).



Presidencia Roque Sáenz Peña

"...ES NECESARIO GARANTIZAR UNA RED DE PRESTADORES-EFFECTORES, DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO, DISTRIBUIDOS EN UN ÁREA GEOGRÁFICA QUE ASEGURE UNA MAYOR ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN, ORIENTADOS A MEJORAR LA EQUIDAD DE LA COBERTURA ASISTENCIAL."

Destacados del Cabildo Abierto por la atención primaria de la salud

Como informamos en su oportunidad, CA.DI.ME. convocó la Primera Asamblea Multisectorial Frente al Bicentenario bajo el lema "Más salud para un mayor desarrollo socioeconómico"; presidida por el Dr. Juan H. Sylvestre Begnis. Dentro de este marco llevó a cabo el evento que se denominó Cabildo Abierto por la Atención Primaria de la Salud, y durante el cual reconocidas personalidades y funcionarios del sector expusieron sobre diversos aspectos de esta estrategia sanitaria, y en torno a los ejes propuestos "Todo lo que se hace; Todo lo que aún falta; y Las mayores dificultades y las necesidades de una política de Estado.

Revista CA.DI.ME. irá publicando a partir de la presente edición algunas partes destacadas de las disertaciones, que son de rigurosa actualidad, como una forma de promover nuevas reflexiones sobre esta clave central del desarrollo humano que es la APS.

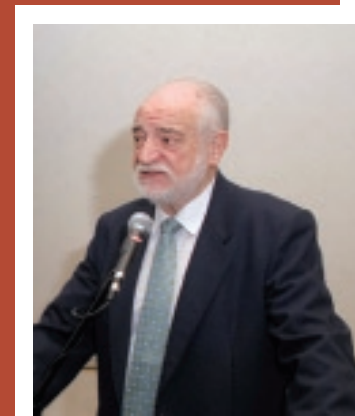


"Hemos considerado muy oportuno realizar estos encuentros en el marco del Bicentenario abordando prioritariamente un tema que es clave en el cuidado de la salud de la población como es la atención primaria, pero también es una estrategia indiscutida para lograr el desarrollo social y económico, tal como la ha ponderado la OMS desde 1978.

"Entonces, cuando hablamos de salud no hablamos sólo de atención médica sino de condiciones de vida asociadas al crecimiento y también al desarrollo humano, o sea el crecimiento sustentable con equidad y calidad de vida para todos."

GUILLERMO GOMEZ GALIZIA
Presidente de CA.DI.ME.

"Cuando hablamos de Atención Primaria hay muchos que se inclinan por entender que es el *primer nivel de atención médica*. Entonces, el perfeccionamiento que se plantean es: mayor cantidad de horas médicas, mayor cantidad de horas de enfermería, servicio de 24 horas barriales."



"Con esta amplia convocatoria hemos querido involucrar a diferentes sectores de la sociedad civil, por cuanto es nuestra firme convicción que la salud es un compromiso de todos, no sólo de los actores de sus actividades, sino de toda la sociedad."

"Tenemos que destacar que la productividad de todas las actividades económicas sin excepción, dependen de la mejor salud que acusen los recursos humanos que estas emplean y que las mejores condiciones sanitarias del medio en que se desenvuelven aquéllas, facilitan su desenvolvimiento."

"Este es un aspecto que puede confundirse como Atención Primaria. En esto tiene que ver que, por ejemplo, nuestro país tiene una disponibilidad de recursos humanos suficiente. Pero hay otros países – en algunos de ellos hemos podido trabajar- en los que hay un médico cada tres millones de habitantes, y además trabajan en lugares selectos"

"De lo que se deduce claramente que la salud es otro sector estratégico del quehacer económico y un factor condicionante del desarrollo social."

"Subrayar esta valoración resultará siempre oportuna a la hora de debatir, consensuar e instrumentar políticas económicas, sean para la coyuntura o el mediano y largo plazo; como así también darle a los distintos actores de la salud la debida participación en las discusiones que se habiliten."

"El otro aspecto en el cual muchos estamos trabajando, y del cual estamos convencidos, es que la atención primaria es ir ampliando la información de la gente para convocarlos al autocuidado, a las familias que cuiden a sus miembros; a las sociedades, a los grupos sociales que cuiden a sus miembros, para la prevención fundamentalmente no sólo de las enfermedades sino también de las secuelas de las enfermedades, como decía hace un rato."

"Y dentro de este contexto social, particularmente de los sectores empresarios de la producción, el comercio, la industria y los servicios, en cierto grado absolutamente indiferentes al valor de la salud como factor impulsor del crecimiento económico."

"El sector salud tiene que hacer consciente que los médicos tienen que saber algo más de salud mental y que tienen que trabajar en equipos multidisciplinarios y conocer algo más de las enfermedades sociales. Eso es, a nuestro criterio, atención primaria, y es involucrar a la comunidad en el conocimiento de sus propios riesgos, el conocimiento de mayor información para saber qué es lo que tienen que hacer, cómo deben hacerlo para cuidarse, que va desde la alimentación saludable, el dejar el cigarrillo, la lucha contra las adicciones, es decir, todas aquellas conductas que implican ir sumiéndonos en mayor riesgo de vida.

"La salud es una de las vías insoslayables para reducir la pobreza. La mala salud implica en los segmentos más pobres de la sociedad un mayor nivel de riesgo, porque son más vulnerables."

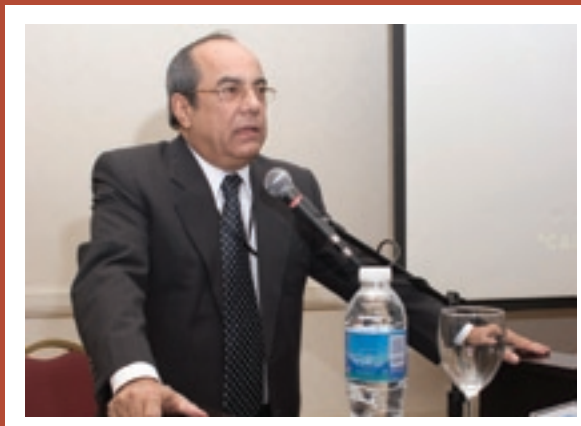
"Además son los que más requieren de servicios médicos, porque las enfermedades atacan a su principal activo, limitándolos de ganar dinero, obtener alimentos y medicamentos. Además tienen dificultades en acumular capital humano, encontrar trabajo permanente y mejorar sus ingresos a mediano plazo."

"Por esa atención primaria vale la pena que permanentemente estemos trabajando con eventos de este tipo, en



donde no sólo nos volvamos a ver la cara los mismos sino ir agregando, como nos pasa hoy, mucha gente, de manera que vayamos multiplicando y haciendo crecer el conocimiento de este aspecto de la protección de la salud.

“En fin no sólo estoy honrado con la presidencia de este evento sino que, además, estoy honrado por la forma en que vamos a encarar el tema y por la esperanza de que sea difundido, multiplicado, y vayamos involucrando cada vez más a los que sabemos algo de salud, que entendemos o que tenemos responsabilidad no sólo por ser funcionarios sino por ser profesionales, en ayudar a la gente y no esperarlos a que toquen el timbre de cualquier institución para empezar a atenderlos por una enfermedad que pudimos haber evitado.”



DR. JUAN SYLVESTRE BEGNIS
Presidente de la 1ª Asamblea Multisectorial
Cabildo Abierto Por la Atención Primaria de la Salud

decide a través de sus gobiernos y sus sociedades elegir como lo que considerarían más conveniente para sus propios países, para su idiosincrasia, para sus modelos de desarrollo, para su cultura, para todo lo que corresponde a sus particularidades.

DR. JOSÉ ANTONIO PAGÉS
Representante de la OPS/OMS en Argentina

Cuando se habla de Atención Primaria de Salud en su sentido fundamental a continuación vamos a ver cómo lo percibimos desde esta perspectiva-, todavía hay mucha gente que le tiene miedo, porque piensa que detrás de esto hay procesos de cambio, de transformación, de revolución, de agitación social, de tumbar a los gobiernos, de cambiar los sistemas. Esto es innegable. Está marcado así desde que terminó la conferencia de atención primaria en Alma-Ata en 1978.

La Atención Primaria de Salud realmente fue, por las razones que sean, mal interpretada, y sigue siendo mal interpretada. Se ha avanzado, pero sigue siendo mal interpretada. Todavía tenemos en algunos ministerios de salud de nuestros países de América latina la unidad de Atención Primaria de Salud o el Programa de Atención Primaria de Salud o el centro de salud que está haciendo atención primaria, los servicios periféricos de salud que se organizan, y no se está apropiando de este enfoque de Atención Primaria de Salud como estrategia sanitaria que debe estar en el centro de los sistemas de salud a nivel nacional, subnacional, provincias, municipios, y que tiene necesariamente que abordarse desde un punto de vista integrado e integral, que le da una amplitud y, tal vez, alcance y complejidad mayores que lo que una atención primaria selectiva nos puede llevar.

Particularmente la OPS desde 2003 hasta ahora viene trabajando en ese enfoque de colocar a la Atención Primaria de Salud no como una atención primaria selectiva sino la Atención Primaria de Salud en el centro del desarrollo de los sistemas nacionales de salud, incorporando toda esta serie de antecedentes que anteriormente les mencionaba, pero dejando, como siempre se ha dejado, porque así son estas cosas, a las condiciones y a las posibilidades que cada uno de los países

Realmente hablar de atención primaria de la salud o de salud sin hablar de política es engañarnos a nosotros por dónde pasa la discusión. No hay atención primaria si no hay una firme decisión política. Las decisiones políticas se toman dentro del Estado, y dentro del Estado también tenemos que ponernos de acuerdo por lo menos qué entendemos por Estado, porque muchas veces se confunde gobierno con Estado, instituciones públicas con el Estado y con el gobierno, se critica al gobierno y se habla a favor del Estado.

Si bien es cierto que hay lugares en el mundo donde evidentemente la atención primaria, como acercamiento del aparato de salud hacia la comunidad, donde a través de distintas herramientas se permite un cierto nivel de participación, ha dado resultado en algunos lugares del mundo, como Brasil, Costa Rica. Realmente si evaluamos todos los países que firmaron la declaración de Alma-Ata y donde se establece la atención primaria, podemos advertir que son una microscópica minoría los lugares del mundo en donde la atención primaria cumplió la función de salud para todos en el año 2000. Se cree que poniendo un centro de salud cerca de una zona empobrecida y repitiendo el mismo modelo de atención que se ejercita en el hospital estamos haciendo atención primaria de la salud. No se da participación a la comunidad y siempre sigue el poder dentro del aparato de salud, cuando en realidad el poder tiene que estar en la comunidad y el que empodera a esa comunidad tiene que ser el Estado en su conjunto, porque si entendemos que la salud es un proceso integral donde se interrelacionan



el trabajo, la vivienda, el agua potable, la prevención a través de vacunas, la educación, la cultura, es imposible pensar que sólo el aparato tecnocrático, técnico de salud pueda resolver esto. Así son los resultados. No hay buenos resultados en el mundo; sólo en algunos lugares muy puntuales, pero que siempre se acompañaron de una fuerte decisión política de participación social y movilización popular.

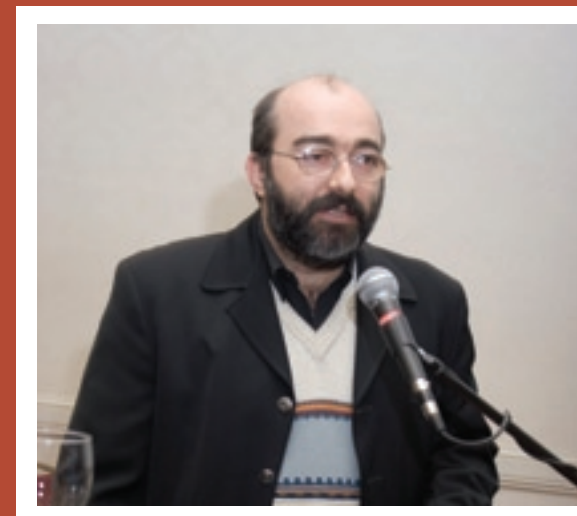
Si el Estado, y el gobierno como superestructura política, no abre políticas claramente de Estado para empoderar a los que menos tienen, para empoderar a los más excluidos, la atención primaria es sólo una definición teórica que calmó las conciencias de algunos funcionarios en los años 80, pero no cumplió con los objetivos que se plantearon en su momento.

DOCTOR DONATO SPACCAVENTO
Gerente de Prestaciones de la Administración
de Programas Especiales

Respecto de salud mental, la idea central de la Dirección, y que está en el decreto de creación, es la de conformar una estrategia que permita desarrollar una red interjurisdiccional basada en la estrategia de APS para todo el país. Esto está en el objeto mismo de la creación de la Dirección. Pero a esto se agrega un componente nuevo que implica un segundo esfuerzo, aun mucho más novedoso, y es poner ahí dentro una política sanitaria para las adicciones.

Este es el desafío en que se encuentra hoy el Ministerio de Salud. Es un desafío que en ese sentido reporta una novedad y que viene acompañado de los planteos y recomendaciones que los organismos internacionales, como la misma Organización Panamericana de la Salud, vienen haciendo en torno a inscribir en la política sanitaria de asistencia el consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Que la respuesta para estas problemáticas sea sanitaria. Esto no implica que no se visualice el carácter netamente social que tienen estas problemáticas. Sin embargo, sí implica

pensar estas problemáticas desde una respuesta sanitaria, más allá de esas determinaciones sociales que le competen. Sabemos que históricamente la salud mental ha sido algo así como una especie de hijo entonado de las políticas sanitarias, no sólo este país, a nivel nacional y de las provincias, sino en el mundo entero. Históricamente si uno observa la carga de morbilidad de los padecimientos mentales y de las adicciones y observa los presupuestos, se encuentra ahí con un desfase. Hay un segundo tema, que tiene que ver con la inclusión de las normativas de derechos humanos en nuestra Constitución Nacional a partir de 1994 y la progresiva inclusión de otras normativas a través de leyes; la última relevante para nosotros es la ley de los derechos de las personas con discapacidad, sancionada hace muy poco en este país que nos obliga a revisar los sistemas sanitarios en términos de la inclusión de las personas con padecimientos mentales, y es la necesidad de sanitizar las problemáticas de salud mental y adicciones en términos de la necesidad de evitar la discriminación de personas en su accesibilidad a los sistemas de salud y la necesidad de incluirlos dentro del sistema de salud tal como funcionan. Sí quiero señalar que la estrategia de atención primaria también permite, organizada y establecida, operar sobre este otro tipo de problemáticas. ¿Cuántas de las personas que han terminado en nuestros manicomios hubieran podido ser atendidas y contenidas en el primero o segundo nivel



en los primeros ingresos, en la primera llegada al sistema de salud? Evidentemente, la enorme mayoría de ellos.

En este punto es que nos estamos organizando. Esto requiere un gran esfuerzo, como les decía, porque venimos desde muy poco organizando un sistema interjurisdiccional que permita incluir desde la estrategia de atención primaria de la salud la atención en el primer y segundo nivel no sólo de las enfermedades mentales sino de la salud mental, que también obliga a un segundo esfuerzo, es decir, a pensar

las problemáticas no sólo desde el punto de vista de la consolidación de lo patológico sino de la prevención de lo patológico y de la promoción de la salud, que tiene que ver estrictamente con la estrategia de atención primaria.

DR. YAGO DI NELLA
 Director Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación



Para hablar de la atención primaria de la salud, ¿qué es lo que entendemos? Nosotros entendemos que, principalmente, debemos tener un desafío desde la seguridad social con los planes de prevención. Estos planes de prevención que ya están en plena ejecución por parte de las obras sociales. Tenemos 46 por ciento de la población en la seguridad social. Pero hay provincias en las que, obviamente, tenemos un poquito menos. En la que menos se da, es un 30 por ciento del total de la provincia. Y, justamente, en esas

mos en el sistema es la judicialización de la salud. Esto lo conocemos también todos, pero hay una realidad: también tenemos un atraso. Yo siempre lo digo en todas las charlas: ¿quién actualizaba el PMO? Los jueces. ¿Por qué actualizan los jueces el PMO? Porque nosotros no hacemos nada. Hace muchísimos años que no lo estuvimos actualizando. Nuestra idea es comenzar a trabajar en eso. Ya tenemos un proyecto de actualización del PMO, y que esto sea, por lo menos, revisado cada seis meses, justamente, para ganarnos la confianza de todos los sectores y que se pare un poco la judicialización. Ustedes saben que cualquier medida cautelar o un amparo en salud es una medida de fondo.

La incorporación de nuevas coberturas sin financiamiento es un problema -es verdaderamente un problema para nosotros-; el sistema privado sin regulación -hay un dictamen de Lorenzetti que dice, respecto del segundo tema (incorporación de nuevas coberturas sin financiamiento), que darle a una persona una prestación por fuera de la media prestacional en sí de un protocolo y normativas específicas, va en desmedro de la salud en general-; el sistema de prestación privada segmentado; incorporación de población sin financiamiento adecuado.

¿Cómo entendemos que tenemos que articular?: Permitir que todos los beneficiarios accedan al sistema. Para eso tenemos que nivelar lo que se llama la media de aportes y contribuciones, una media de ingreso per cápita-; mejorar el pool de riesgo para contratar; eliminar la intermediación -parece fácil decirlo teóricamente, pero si tomamos medidas, si tenemos que controlar, primero tenemos que regular; tampoco regular excesivamente, porque entonces realizamos lo que se llama una inacción-; garantizar el pago a los prestadores, y tener condiciones de acreditación para mejorar la calidad de la atención.

DR. RICARDO BELLAGIO
 Superintendente de Servicios de Salud de la Nación

provincias en las que tenemos casi un 30 por ciento, no tenemos ni un efector de la seguridad social. Nuestra intención es inducir a las obras sociales a que tengan efectores propios en esas jurisdicciones. Y, como les dije, el desafío es articular con los otros sectores. Si no, no vamos a poder tener los resultados positivos que tuvimos con el dengue, y que esperamos tener con la gripe A.
 ¿Cuáles son nuestras debilidades? Estas, que las conocemos todos. Obras sociales ricas versus obras sociales pobres; diversidad geográfica; envejecimiento de la población; intervención asimétrica del sistema prepago; cobertura según extracto social; y salud de la población. Con esta articulación, muchas de estas debilidades podremos solucionarlas.
 ¿Cuáles son las amenazas? La principal amenaza que tene-



La solución a la medida de sus necesidades...

mindray BS-380
 Autoanalizador de Química Clínica

300 test por hora (sin ISE). 70 posiciones para reactivos en compartimento refrigerado. 75 posiciones para muestras. Lavador de cubetas de 8 pasos. Software de última generación. Lector de código de barras interno y conexión a LIS. Totalmente abierto. No reactivo dependiente.

mindray BC-5800
 Analizador Hematológico Automático

Diferencial de 5 poblaciones. Autolector con capacidad para 50 tubos, gran velocidad. 90 test / hora. Tecnología láser y función química combinada. Código de barras interno y conexión a LIS. Software de última generación.

mindray BS-300
 Autoanalizador de Química Clínica

300 test por hora (sin ISE). 50 posiciones para reactivos en compartimento refrigerado. 60 posiciones para muestras. Interface bi-direccional a LIS. Lector de código de barras interno. Totalmente abierto. No reactivo dependiente.

mindray BC-3000
 Analizador Hematológico Automático

Diferencial de 3 poblaciones. 19 parámetros + 3 histogramas (RBC, WBC, PLT). Velocidad: 60 muestras por hora. Bajo costo de insumos.

ABL800 RADIOMETER
 Analizador Gases en Sangre

Rápido. Seguro. Sencillo. Preciso. Parámetros medidos: pH, pCO2, pO2, cHb, sO2, FCO2H, FCO2Hb, FHHb, FHHf, cK+, cNa+, cCa2+, cCl-, cGlucosa, clactato y cBil. cOrea. más 45 parámetros calculados y 30 introducciones. Calibración libre de interferencias. Software de última generación. Alta rentabilidad, con bajo costo de mantenimiento.

Representante exclusivo en Argentina

GEMATEC S.R.L.
 Ricardo Gutiérrez 1357 PB A, (1636) Olivos, Buenos Aires, Argentina.
 Tel/Fax: (011) 4794-7575/7676/3184/1289 - 4799-3551
 E-mail: info@gematec.com.ar

GEMATEC
 equipamiento para medicina

www.GEMATEC.com.ar

www.biocientifica.com.ar



- Reactivos e instrumentos:**
- Autoinmunidad
 - Marcadores tumorales
 - Inmunología
 - Investigación biomédica
 - Inmunodeficiencias
 - Medicina forense
 - Parasitología
 - Biología molecular
 - Virología
 - Anatomía patológica
 - Hematología
 - Biotecnología para agro

Un nuevo año renovando nuestro compromiso con usted y con la calidad.

Seguridad Laboral: una asignatura pendiente

Los siniestros no muestran mejora. Los accidentes "in itinere" y los cortopunzantes son los de mayor incidencia.



ACCIDENTOLOGÍA 2009

SERVICIOS COMUNALES, SOCIALES Y PERSONALES. CASOS NOTIFICADOS A LA SRT

TOTAL DE TRABAJADORES CUBIERTOS:	3.183.513
ACCIDENTES DE TRABAJO (AT):	123.517
ACCIDENTES "IN ITINERE" :	36.466
ENFERMEDADES PROFESIONALES (EP):	8.450
TOTAL DE DÍAS CON BAJA LABORAL	139.995
DURACIÓN MEDIA DE BAJA LABORAL AT/ EP PROMEDIO	33
TOTAL DE INCAPACIDADES	12.333
TOTAL DE FALLECIDOS	184

SERVICIOS MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS (CIU 933)

TOTAL DE TRABAJADORES CUBIERTOS:	237.324
TOTAL DE SINIESTROS:	19.074
TOTAL DE CASOS CON BAJA E INCAP.	14.194
TOTAL DE SINIESTROS POR AT/EP:	14.544
TOTAL DE CASOS CON BAJA E INCAP. POR AT/EP:	10.061

ACCIDENTOLOGÍA EN SERVICIOS DE SALUD 2009 ÚLTIMOS DATOS DE LA SRT

Según el último "Anuario Estadístico de Accidentabilidad" que corresponden al año 2009 de la SRT, el sector de "Servicios comunales, sociales y personales", (incluye los "Servicios médicos y odontológicos"), es el sector económico que posee la mayor proporción sobre el total de siniestros con un 27,8%, -la más elevada en accidentes "in itinere" con el 35,5%- y en las enfermedades profesionales con el 36.9%.

Asimismo, es el sector con mayor cantidad de días con baja laboral por AT/ EP con 33 días promedio.

En el marco estadístico anterior, los "Servicios Médicos y Odontológicos" -Código 933 del Clasificador Internacional Industrial Uniforme. CIIU- de indicadores por sector económico, se puede estimar una notificación promedio anual de 2584 personas siniestradas por accidentes de trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP), excluidos los accidentes "in itinere" y las reagravaciones.

De los datos estadísticos estudiados, se puede inferir que por cada 100 personas accidentadas por fallas en la seguridad operativa, un 34% son provocadas por heridas punzantes, un 52% por heridas cortantes, un 10% por quemaduras, un 3% por intoxicaciones, y alrededor del 1% se producen por radiaciones y electricidad, ante la exposición a los riesgos mencionados.

Para este período anual, las heridas cortopunzantes son responsables del 86 % de los accidentes ocurridos en ocasión del desempeño laboral realizado en los servicios de salud."

Por otra parte el informe sobre las zonas del cuerpo afectadas, señala que la cabeza representó el 11,5% y los miembros inferiores el 28,2% de los casos.

Estado de Situación General

Incluyendo a todos los sectores económicos, alrededor de un 40% de la población trabajadora son asalariados no registrados y por lo tanto se desempeñan de manera informal. Muchos de ellos son declarados a una ART cuando están afectados por un siniestro

Dado el grado de incumplimiento, se debe exigir un mayor compromiso a las ART con la obligación legal de realizar y/o relevar los exámenes periódicos anuales del personal de las empresas, situación aprovechada por la omisión o ignorancia del empleador. Asimismo deben tener un rol más activo con sus obligaciones en los planes de capacitación y programas de prevención de riesgos.

En el sector de Servicios Comunales, Sociales y Personales, los accidentes de trabajo representaron en el año 2009 un 90,7%.de los siniestros, siendo los accidentes "in itinere" el accidente más frecuente con un 20,7% del total de accidentes registrados.

En el año 2009, las enfermedades profesionales representaron un 4,8% de los siniestros registrados. Se sospecha que la cifra puede ser más alta por problemas de subregistro. Se han notificado un promedio anual de 15.000 trabajadores con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el sector de Servicios Médicos y Odontológicos.

Causas y consecuencias de la Accidentología

- Implica ausencias laborales y gastos médicos.
- Principales causas:
 - Falta de cumplimiento de normas de calidad
 - El estrés, la ansiedad y la depresión aumenta a tres veces la probabilidad de tener accidentes.
 - Uso de alcohol y drogas.
- Señales de alerta:
 - Ausentismo recurrente e injustificado
 - Tristeza, melancolía y disminución de reflejos.
 - Escasa motivación

A manera de conclusión, podemos decir que

Los accidentes de trabajo siguen teniendo una tendencia al aumento de siniestros. Debe considerarse que existe un alto porcentaje de empleados sin cobertura de ART que incrementaría el subregistro de siniestros.

Las principales propuestas siguen siendo el estricto cumplimiento de normas, impulsar la actitud y condición segura de trabajo, la prevención y detección de patologías así como líderes que detecten conductas que promuevan distracción, falta de concentración y poco compromiso.

Los buenos sistemas de gestión no consideran a los trabajadores como responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades laborales, ya que las mismas son la respuesta de una mala gestión en la forma segura de producir.

La seguridad laboral es una asignatura pendiente para muchos empresarios, incluyendo a los prestadores del sector salud argentino. Es necesario orientar los recursos que sean necesarios para revertir una tendencia que puede ser evitable. Recordemos que la implementación de un Programa de Seguridad Laboral es una respuesta válida para minimizar al máximo la exposición a riesgos que implican daños al factor humano y al medio ambiente así como a la economía y a la calidad de las empresas.



CA.DI.ME. logró incluir importantes demandas del sector prestador

Las entidades del sector deben adoptar posiciones claras de acuerdo a los intereses que las conforman. El proyecto que se quiso modificar incluye, a solicitud de CA.DI.ME., temas claves para los prestadores del sector: *Aranceles mínimos y obligatorio; Consejo de Concertación; Sanciones por incumplimientos de las empresas y Regulación de los contratos con prestadores.*

La Cámara manifiesta que no se puede dejar pasar esta oportunidad histó-

rica en la que en un proyecto integral con media sanción de Diputados y aprobado por Senadores con modificaciones, se recibió demandas significativas del sector, reclamadas por nuestra entidad desde hace años.

Asimismo, CA.DI.ME. manifestó enérgicamente que no aceptará que estos reconocimientos a la importancia del sector sean eliminados de la redacción final del texto legal.

Los prestadores no pueden ni deben estar ausentes de cualquier iniciativa regulatoria. De ser así, la nueva Ley nacerá con graves deficiencias que terminarán afectando de todas maneras a los beneficiarios, quienes se verán privados de la calidad prestacional y accesibilidad que actualmente le prestan las 10.000 pymes de diagnóstico y tratamiento del país.

Adquieren así suma importancia en este contexto, las posiciones que adopten las distintas entidades del sector prestador, en la medida en que éstas no se vean acotadas por otros intereses vinculados con el financiamiento (obras sociales y prepagos) o la intermediación (gerenciadoras).

Se trata específicamente de la creación de un *Consejo Permanente de Concertación* con la participación de las entidades representativas de los prestadores; de la introducción del concepto de "aranceles mínimos y obligatorios" que deben asegurar el desempeño eficiente de los prestadores, de las sanciones en el caso de incumplimiento por parte de las empresas de medicina prepaga y de los modelos de contratos entre ambas partes.

La salud no puede estar expuesta al libre juego de la oferta y la demanda, siendo el Estado quien debe asumir su rol arbitrando e impidiendo que las distorsiones derivadas de factores de poder coloquen en riesgo a sus servicios, brindados por prestadores que durante más de una década vienen siendo sometidos por la fuerza de decisiones casi monopólicas.

Es por ello que CADIME alerta a todos los prestadores de diagnóstico y tratamiento médico, para continuar trabajando conjuntamente en la defensa de estos reclamos.

El futuro es hoy

Como lo hemos venido destacando en reiteradas ocasiones, las condiciones en que deben desenvolverse las empresas prestadoras de nuestro sector hacen cada vez más compleja y difícil su permanencia en el mercado.

Ello, independientemente de insertarse en un contexto económico de crecimiento sostenido como vive el país; y del hecho de conformar nuestras actividades un núcleo fundamental en la generación de empleo, la reconversión del gasto y las acciones preventivas, posibilitando con su accionar una precoz y eficaz terapéutica que se traduce en una baja en los costos globales de la salud.

Este escenario, entonces, exige a las empresas cambios de adaptación o un *ajuste estratégico* para afrontar con mayores posibilidades de éxito la nueva realidad, y con la firme convicción que el *futuro es hoy* y que no admite más dilaciones.

Conscientes de que constituimos un subsegmento atomizado en cientos de pequeñas y medianas empresas, generado por una falta de adecuada planificación y regulación del quehacer sanitario en general; que soporta mayores costos operativos; que padece ingresos no compensatorios, des-financiamiento, alta morosidad en los cobros; y que sufre grandes dificultades para acceder al sistema crediticio; no caben dudas que la necesidad de encarar dicho ajuste estratégico resulta un imperativo.

Los cambios para la adaptación superadora de los factores limitantes del desarrollo y sustentabilidad de la empresa de nuestro sector de diagnóstico médico y tratamiento sin internación, reconocen un eje importante que tiene que ver con la ampliación estructural del instituto *monovalente* (laboratorio clínico o centro de imágenes) a uno *polivalente* que reúna en la oferta prestacional a diferentes actividades de estas dos grandes ramas del diagnóstico.

Otros ejes no menos importantes, sean para los casos polivalentes o no, son los relacionados con la optimización general de los recursos y la mejora de la productividad. Un aspecto a tener en cuenta al momento de tomar la

"...TIENE QUE VER CON LA AMPLIACIÓN ESTRUCTURAL DEL INSTITUTO MONOVALENTE (LABORATORIO CLÍNICO O CENTRO DE IMÁGENES) A UNO POLIVALENTE QUE REÚNA EN LA OFERTA PRESTACIONAL A DIFERENTES ACTIVIDADES DE ESTAS DOS GRANDES RAMAS DEL DIAGNÓSTICO."

decisión de encarar el cambio deliberado que se propicia, especialmente para las pequeñas y medianas empresas prestadoras, es que los objetivos son factibles de alcanzar si se emplean mecanismos de cooperación entre las empresas, y que se los reconoce como "asociatividad".

No debe olvidarse que un rasgo importante de esta última es que las empresas se vinculan voluntariamente para perseguir un objetivo común, *sin perder independencia jurídica y autonomía gerencial, buscando siempre fortalezas, compartiendo riesgos y disminuyendo costos.*

Cabe agregar que la decisión de asociarse no sólo refleja un comportamiento más abierto, sino que además provoca efectos positivos en los emprendimientos. Hay mayor confianza y una significativa apuesta en desarrollarlos a más largo plazo de lo previsto.

La asociatividad es siempre en última instancia una alianza estratégica que da bases ciertas a ese ajuste estratégico a que aludimos más arriba, disparador del cambio de adaptación que como también subrayamos resulta insoslayable ante un futuro que parecía lejano pero que es nuestro presente.

De ello no debemos dudar como también tener una gran dosis de convencimiento en que los objetivos que perseguimos son superadores.



Anhelado paradigma: “Diálisis peritoneal”

Acuerdo de CA.DI.ME en el marco del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas CONICET. Puntualización de las estrategias para el acceso al tratamiento con Diálisis Peritoneal en la Insuficiencia Renal.

“El desafío para los nefrólogos es usar cada una de las terapias con sus mejores ventajas, optimizando la calidad del cuidado y longevidad de la terapia de reemplazo”

Coles GA. - Williams JD. 1998

CA.DI.ME, como actor-protagonista del sector salud en la Argentina, reconoce que la salud es un derecho inalienable del ciudadano, que la Constitución Argentina establece y que manda al Estado proteger.

Es más, declara que todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano, con las condiciones de requerimiento habitacional necesarias para su crecimiento y evolución. También para que las actividades productivas satisfagan las necesidades de eficiencia sin comprometer a las generaciones futuras.

Es el bien público máspreciado de la comunidad que genera externalidades superlativas, las cuales van desde la creación de condiciones indispensables para el crecimiento económico hasta las vinculadas con el incremento de la productividad laboral como bien lo expresan la OMS y la OIT.

En base a estas convicciones, CA.DI.ME ha detectado en su permanente investigación, la necesidad de difundir en el país la prestación de Diálisis Peritoneal, entendiendo a la misma como de inicio en el tratamiento de la gran mayoría de pacientes con insuficiencia renal, es la primer indicación por excelencia por ser menos agresiva, menos costosa e igual o de mejor eficiencia que la

Hemodiálisis y ofrecer una mejor Calidad de Vida.

Hay muy poco en nuestro país, sobre investigación, seguimiento y desarrollo de esta prestación. **La Cámara persigue lograr la correcta capacitación del profesional y el paciente, brindando la posibilidad de crecimiento y desarrollo PYME, la oportunidad de armado de protocolos de atención médica, de enfermería, técnicos y de auxiliares, la fabricación con mejoramiento y superación en Argentina de equipos cicladores de Diálisis Peritoneal y sus insumos. Porque no necesita consumo de agua tratada, ni de costosos filtros importados y es menos generadora de residuos patológicos.**

Es entonces que, bajo el marco del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-CONICET, a través de su Dirección de Vinculación Tecnológica, la Cámara ha constituido un grupo de trabajo con profesionales entre los que figuran dos investigadores de gran prestigio en la especialidad: los Dres Elvira Arrizurieta y Roberto Barone, del Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, quienes desarrollaron un Documento que recorre la historia de la diálisis peritoneal, su estado actual en la Argentina y el mundo, las estrategias para su acceso, legislación vigente y aspectos para la

formación del Nefrólogo y profesionales actuantes, entre otros considerandos cumplidos en esta **primera etapa**. Con la Coordinación del Doctor Atilio Giordano, integrante de la Comisión Directiva de la Cámara, este trabajo está disponible y puede ser solicitado a cadime@cadime.com.ar

10 APOTEGMAS PARA COMENZAR CON DIALISIS PERITONEAL:

- 1- La DP preserva la **función renal residual**. El 50% entra en diálisis vía urgencia. Ofrece resultados óptimos en los primeros años de diálisis. Y es el inicio por excelencia.
- 2- El derecho a la **información del paciente** y el consentimiento informado esencial en la elección del tratamiento sustitutivo renal. En España la encuestadora Decide Research&Marketing informa que solo el 21% de los pacientes recibió información completa sobre DP domiciliaria, un 50% ignora el procedimiento y el resto refiere información inadecuada. Del total el 60% no recibió ni folleto o documento explicativo.
- 3- **El 10 % de los argentinos padece una Enfermedad Renal. Uno de cada 10 no lo sabe.**
- 4- Mejor **Calidad de Vida**, Libertad, Autonomía, Independencia e Intimidad. **Puede viajar a distancia (vacaciones)**.
- 5- **Menor costo para mejor resultado** y menor cantidad de medicamentos a prescribir e ingerir (eritropoyetina, vitamina D, hierro, Ca, etc.). **Ahorro sustancial en el proceso.**
- 6- **Riesgo nulo de transmisión sanguínea de VIH y/o Hepatitis B y C y/o Contaminación masiva.**
- 7- La DP condiciona mejor para la espera y **trasplante**

renal. Da ventajas clínicas y funcionales.

8- En la DP domiciliaria el paciente acude al Centro de Atención **1 vez por mes**. Facilitando su vida laboral y personal. Mejor vida Social. Mantiene enlace pasivo permanente y visitas programadas. Recibe los suministros en domicilio. En HD debe trasladarse **12 veces al mes**.

9- No produce cambios Hemodinámicos, no hay sangrado, no hay que Anticoagular, no precisa acceso vascular, no requiere tratamiento de agua, **menor inversión de capital**, menor superficie ocupada, menor consumo de insumo sobre todo importado, menor cantidad de residuo patológico, menor riesgo de contagio por manipulación, método ideal de elección para niños y personas de edad. **Una enfermera cada 25 pacientes, en HD es una cada 5 pacientes.**

10- Sencillez de proceso y fácil de enseñar. Menores limitaciones Dietéticas. **Un solo secreto, pulcritud, limpieza y asepsia en el procedimiento.**

Para revertir la tendencia actual, de prevalencia de la Hemodiálisis, sería necesario implementar estrategias apropiadas de reembolso para **Diálisis Peritoneal** para aumentar las inversiones en el entrenamiento de jóvenes becarios nefrólogos y en programas de educación para pacientes y para enfermería especializada. Para alcanzar estos objetivos debería invertirse en investigación y entrenamiento de personal relacionado con la DP, al tener proyección estratégica para cumplir con este **anhelado paradigma** y estar a nivel de los mejores estándares de tendencia mundial.

CADIME YA ESTA TRABAJANDO EN ESO....

Apertura de la delegación litoraleña de CA.DI.ME

Su lanzamiento tendrá lugar durante el mes de abril de 2011.

Con gran satisfacción CA.DI.ME constituyó recientemente la *Delegación REGION LITORAL* de la *Cámara*, con el respaldo de prestadores de las provincias de Entre Ríos, Corrientes, Santa Fe y Misiones y que se manifiestan consustanciados con el accionar de la institución. Este acontecimiento significa un nuevo e importante paso de nuestra entidad en su accionar gremial empresario, optimizando así su representación, gestión institucional y defensa de los prestadores en las distintas regiones de nuestro país.

Como es bien sabido, la *Cámara* es una organización gremial empresaria que referencia y representa al sector del diagnóstico y tratamiento médico en todo el territorio nacional, constituido por más de 10.000 *empresas pymes* que generan 50.000 *puestos de trabajo técnicos y administrativos* y 15.000 *empleos para profesionales bioquímicos, médicos y médicos especialistas*.

Sus objetivos son asistir a los prestadores integralmente en su desenvolvimiento como empresa, promover la calidad y fundamentalmente *impulsar la revalorización de las prestaciones de diagnóstico médico y en consecuencia sus aranceles, siendo estas determinantes en el desarrollo de la Atención Primaria*.

Con la conformación de esta Delegación, pretendemos como objetivo acercar nuestros diversos servicios, programas y herramientas de soporte a las empresas prestadoras de la provincia, quienes por distancia geográfica encuentran dificultades en el acceso a los mismos. Asimismo, la diferente realidad del sector del diagnóstico y tratamiento médico ambulatorio de la zona podrá ser considerada en forma más directa por la Cámara, cumpliendo de una mejor manera su propósito de representación nacional y accionando gremialmente de acuerdo a las características propias de la región.

Para mayor información y contacto: delegacionlitoral@cadime.com.ar



especialistas en diagnóstico por imágenes

Nuevo Producto

Radiovisógrafos, Cámaras intraorales, 35mm y Computadoras Equipos radiológicos, panorámicos, tomógrafos

hidentech s.r.l.

M. T. de Alvear 1995 - CABA
Tel./fax: (011) 5353-4441
www.hidentech.com.ar

EXO y CADIME te acercan,
la mejor tecnología y al mejor precio !!

<p>PC EXO ENERGY 55</p> <p>INTEL® Pentium® E5400, doble núcleo, Memoria 2GB, Disco 250GB, Grabadora DVD/CD, Audio alta definición soporta 5.1 canales, Windows 7 Starter Edition Original, Antivirus ESET NOD32, Google Earth, Ventilación dual, Monitor LCD 18,5" Wide 16:9. Office 2010 Starter*</p> <p style="text-align: right;">Precio: \$2.299.-</p>	<p>ALL IN ONE EXO STYLE SK 23</p> <p>AMD® Athlon® X2 Neo L325, Memoria 2GB, Disco 320GB, Grabadora DVD/CD, WIFI 802.11, Lan 1Gb, Parlantes Integrados, Video Ati Radeon™ HD 3200, Cámara Web y micrófono integrado, Lector de tarjetas de memoria 4 en 1, 4 puertos USB, Windows 7 Starter Original, Antivirus ESET NOD32, Google Earth, Monitor LCD 18,5" Wide 16:9. Office 2010 Starter*</p> <p style="text-align: right;">Precio: \$2.749.-</p>
<p>NETBOOK EXO INFINITY 1250</p> <p>INTEL® ATOM™ N450, Memoria 1 Gigabyte, Pantalla LCD 10,1", Disco 250GB, Cámara WEB, Lector de memorias, Parlantes y Micrófono, USB 2.0, VGA, WI-FI 802.11b/g, BLUETOOTH, Windows 7 Starter Edition Original, Google Earth. Office 2010 Starter*</p> <p style="text-align: right;">Precio: \$1.599.-</p>	<p>NOTEBOOK EXO SMART WK58 V7</p> <p>INTEL® T3500, doble núcleo, Memoria 2GB, chipset Intel GL40, video Intel, Pantalla Widescreen 14" LED, Disco 250GB, Grabadora DVD/CD, Lector de memorias, WI-FI 802.11b/g/n, Camara Web, Parlantes y Micrófono, Windows 7 Starter Edition, Antivirus ESET NOD32, Google Earth. Office 2010 Starter*</p> <p style="text-align: right;">Precio: \$2.199.-</p>

► **Garantía y Entrega en todo el país.**
► **Soporte y Atención Telefónica.**

**Consultas: www.exo.com.ar
0810-1222-EXO (396) Opción 1**

Promoción válida desde el 15/02/2011 hasta el 15/03/2011 ó hasta agotar stock de 50 productos por modelo. Entrega sin cargo a domicilio en todo el país.
* El Office 2010 Starter incluye Word y Excel con funcionalidades reducidas

Análisis comparativo de los sistemas de salud en el mundo: el caso de Alemania

Universalidad

Sosteniendo a partir de las reformas el concepto de cobertura y acceso universal por el cual el Gobierno Federal asume el rol de último financiador, el Sistema de Salud de Alemania ha caracterizado históricamente la estructura de organizaciones Bismarckianas en el modelo de Seguro Nacional de Salud.

El seguro es compulsorio para todos aquellos que ganan menos de €8.000 anuales incluyendo dependientes que están incluidos en el seguro. Esto aplica al 75 % de la población. El 20 % restante puede quedarse también en el seguro público (un 75 % lo hace) o contratar seguro privados o ningún seguro. Resultado el 88% de la población posee el seguro público.

El seguro público (SHI) cubre servicios médicos preventivos, ambulatorios, internación, salud mental, odontología, medicamentos, ayuda médica, rehabilitación y compensación por enfermedad.

En prótesis dentales se cubre un 50% de los costos y a partir del año 2004 se incrementaron los copagos en medicamentos, atención odontológica, y consultas médicas (5 y 10).

Financiamiento

El financiamiento es compulsorio y cada empleado o pensionado aporta el 8% del salario (hasta 48.000). El empleador o el fondo de pensiones contribuye con otro 7 % lo que combinado implica un ingreso máximo de aproximadamente 540 por mes por aportante.

Los desempleados contribuyen en la proporción de su seguro de desempleo y en caso de desempleo estructural, el gobierno aporta una suma fija por capita.

El esquema de SHI es operado en competencia por 200 fondos autónomos y sin fines de lucro de seguro de salud (SFs) regulados por ley (con cierta similitud pero algunas marcadas diferencias frente al modelo de Obras Sociales- Seguridad Social vigente en nuestro país).

Una diferencia fundamental radica en el hecho de que el Estado Federal es quien recibe todos los aportes y contribuciones y a partir del año 2009, redistribuye valores de cápitas de acuerdo a la elección de cada afiliado y el riesgo definido para cada caso. Por ende se asignan distintos valores según edades, patologías y otras condiciones.

Aranceles y prestadores

Los SFs negocian anualmente aranceles con las asociaciones regionales de profesionales pero a partir del 2004 los SFs debe ofrecer a sus afiliados modelos de Atención Primaria integral denominados de "medicina familiar".

Los Hospitales son generalmente Instituciones públicas o sin fines de lucro (50% de las camas) pero las clínicas privadas (un sexto de las camas) con fines de lucro han ido creciendo en los últimos años.

Las características positivas mas destacadas del Sistema de Salud de Alemania es que ha logrado por una parte asimilar estructuralmente todos los fuertes impactos de la reunificación y al mismo tiempo, mantener libertad de elección y un acotado nivel porcentual de gasto si se lo compara con los Estados Unidos.

Otro factor extremadamente importante es que estas circunstancias se mantienen aún con una distribución poblacional mucho mas envejecida. En realidad el 15,5 % de la población de Alemania tiene más de 65 años mientras que los Estados Unidos con solo 12,2 % de más de 65 años solo podrán llegar a ese número en el 2020.

Datos Alemania (2006)

Expectativa de vida al nacer (años) en ambos sexos	Mortalidad Materna Promedio (cada 100,000 nacidos vivos)	Tasa Mortalidad Infantil (cada 1000 nacidos vivos)	Tasa de Mortalidad natal menor de 5 años**
80	4	4	5

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OMS

** Probabilidad de morir hasta los 5 años por cada 1000 nacidos vivos

Datos Alemania (2006)

Gasto Público en salud, como porcentaje del gasto total en salud	Gasto Público en salud, como porcentaje del gasto total de gobierno	Gasto Total per capita en salud (PPP \$)*	Gasto Total per capita en salud (por tipo de cambio promedio US\$)	Gasto Total en Salud como % del PBI
76,6%	17,6%	3.328	3.369	10,4%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OMS

* PPP: Paridad del poder de compra (Purchasing Power Parity)

El Sistema Sanitario como Política de Estado

Propuesta para su reevaluación

Las siguientes entidades, socias fundadoras de la Confederación Nacional de Empresas de Salud CONAES: Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFELISA), Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CA.DI.ME.), Asociación Argentina de Instituciones de Salud Mental (AISAME), Cámara de Entidades Prestadoras de Salud (CEPSAL), y la Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos (AAEG), exponen las pautas que necesariamente deberían tenerse en cuenta para la reevaluación del sistema de salud.

Introducción

Aún cuando esta afirmación puede resultar de algún modo axiomática y por lo tanto quizás poco debatible o refutable, debe asumirse que el problema de la Salud y la estructuración de los Sistemas Sanitarios, tienen que ser siempre evaluados en el contexto propio de las Políticas de Estado. Por ende no deberían quedar nunca expuestas a los vaivenes partidistas o menos aun a los "pendulismos" ideológicos.

Gravitación del Sector Salud

El gasto total en salud equivale al 7% del PIB, lo que significa la suma aproximada de \$ 80.182 millones, cifra importante para explicar y entender la gravitación del sector en nuestra economía.

Por ejemplo supera en importancia relativa a actividades tales como la agricultura, la ganadería, la construcción, etc., Es generador intensivo de puestos ocupacionales directos e indirectos, altamente capacitados y en su mayoría irremplazables por la mecanización o la robótica.

Considerando las actividades manufactureras vinculadas, puede afirmarse que el sector salud es responsable de unos 750.000 puestos de trabajo en todo el país.

Se calculan para el sector privado alrededor de 2000 centros asistenciales con internación y 10.000 establecimientos asistenciales sin internación.

De acuerdo a las apreciaciones de la OMS, el Banco Mundial y el BID, la salud es un sector clave en el contexto económico y social, por cuanto constituye un precondicionante del desarrollo. Es decir, sin ella es imposible avanzar en un proceso de crecimiento económico sostenido que mejore la calidad de vida de la gente y posibilite un entorno saludable.

Preconsensos

De modo somero se identifican preconsensos en torno a ciertas ideas-fuerza, que imponen la necesidad de generar reformas al Sistema de Salud, que permitan impulsar fortalezas y corregir sus claras falencias en términos de procesos y resultados.

Particularmente se destacan los siguientes preconsensos:

- Universalización de la cobertura de Salud para todos los habitantes como elemento fundamental de la equidad social, fortaleciendo la atención primaria, la medicina preventiva y la coordinación de las políticas de salud, sociales y de infraestructura.

- Estímulo a la investigación aplicada necesaria para fortalecer la medicina basada en evidencia y el uso de protocolos que eviten o reduzcan el gasto especulativo e improductivo en salud.

- Necesidad de corregir la grave multi-fragmentación del Sistema de Salud impulsando acciones efectivas en diferentes ejes:

- Integración de los subsistemas Nacional – Federal - Municipal por medio de leyes marco (Ley de salud, Ley de regulación de la medicina prepaga, programa nacional de atención de la salud mental, etc) intentando satisfacer las necesidades e intereses comunes de todos los habitantes del país.

- Implementación de un Programa nacional de atención de la salud mental, que responda a las reales necesidades de nuestra población, en base a parámetros locales e internacionales de probada excelencia.



- Reconocimiento e incorporación del servicio de atención geriátrica como prestación básica del sistema de salud.

- Integración de los subsistemas públicos y privados: participando y complementando las fortalezas prestacionales de los diferentes subsectores en cada área geográfica y especialidad, de modo de brindar así las mejores prestaciones plausibles a la mayor cantidad posible de la población. Se evitara así la existencia de infraestructura ociosa, que por falta de articulación en redes de servicio integral de los diversos grupos de efectores (públicos y privados), ha provocado que el grupo poblacional de menores recursos no haya podido obtener una verdadera (no teórica) accesibilidad a las prestaciones y recursos del Sistema.

- Consecuentemente deberá adecuarse la legislación para permitir a los prestadores el acceso a líneas de crédito y financiamiento para su actualización tecnológica y de infraestructura. De igual manera debe contemplarse que la política tributaria aplicada al sector sea coherente con la de una actividad de bien público.

- Formación permanente de los recursos humanos y capacitación continua, de manera de aprovechar al máximo todos los conocimientos hacia la mejor atención del paciente, que sin duda permitirá profundizar la seguridad en el proceso de la atención médica, el ahorro de tiempos ociosos y la obtención de los resultados buscados.

- Mejorar e integrar los modelos de financiamiento y asignación de recursos con enfoques que tomen en consideración la productividad y el análisis exhaustivo de los modelos sistémicos implementados en diferentes países, sus reales éxitos y fracasos.

- Creación de instituciones políticas y sociales que impulsen la participación, el consenso y la planificación estratégica de la inversión y el gasto en salud; considerando el rol indelegable del Estado como árbitro regulador y fiscalizador de todo el Sistema de Salud.

- La necesidad de construcción de Nomencladores de aplicación real basados en consensos sobre relevancia biomédica objetiva y racionalidad de costos de producción.

Conclusión

En tanto algo más que investigadores o simples observadores pasivos de estos fenómenos sociales, consideramos fundamental enrolarnos como impulsores activos de estas causas. Al intentar que estos consensos se extiendan y de algún modo contagien, se busca dar impulso a cambios y reformas que el Sistema de Salud de nuestro país necesita.

Para ello las instituciones que integran esta Confederación, manifiestan su predisposición permanente a participar y colaborar en la búsqueda de alternativas y en su caso instrumentación de las acciones mencionadas.

Finalmente tengamos presente que la salud no es Estatal o Privada, sino Pública. Para ello debe entenderse en el contexto de una verdadera Política Sanitaria, con articulación efectiva en la provisión de los servicios de todos los efectores, en orden a la mayor eficiencia en el empleo de los recursos disponibles, evitando duplicaciones costosas de las prestaciones.

Financiamiento para socios de CA.DI.ME.



Tarjeta de Negocios del Banco Provincia destinada a empresas de diagnóstico y tratamiento médico

Los prestadores asociados a **CA.DI.ME.** cuentan con una importante herramienta de apoyo financiero para financiar el desarrollo de su actividad empresarial.

A partir de un acuerdo especial celebrado entre el Banco de la Provincia de Buenos Aires y la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico, el Banco otorgará la Tarjeta **PACTAR-CADIME** a un conjunto de prestadores asociados a la Cámara.

Mediante esta tarjeta los socios de CADIME podrán realizar compras de insumos, bienes y servicios en las empresas adheridas.

Funcionamiento de la Tarjeta Pactar

La Tarjeta opera bajo dos modalidades: **AVAL** y **CONTADO**.

MODALIDAD AVAL: Las partes establecen las condiciones de la compraventa. El Banco avala dicha operación, acreditando al comercio el total del valor (deducida la comisión y las retenciones impositivas) en la fecha de liquidación consignada en el cupón. El usuario de la tarjeta abonará el importe correspondiente, a la fecha de vencimiento, más la comisión fijada por el servicio.

MODALIDAD CONTADO:

El Banco acredita al comercio el importe de la operación a las 72 horas hábiles de su realización. De este modo los asociados a CADIME podrán negociar "condiciones de contado" y financiar sus compras hasta 360 días de plazo, abonando los intereses cada 180 días. El Banco aplicará una comisión variable en función del plazo de financiamiento elegido.

Los Titulares de la Tarjeta "Pactar - CA.DI.ME", con la sola aprobación de la Cámara recibirán un límite de compras de \$5.000 sin necesidad de presentar documentación patrimonial adicional. Además podrán acceder a una tarjeta Visa Oro, con un límite de compra de \$ 5.000.

Algunos de los proveedores ya adheridos al sistema:

Proveedores ya adheridos al sistema:

BIOCIENTIFICA SA

Empresa que se especializa en la provisión de reactivos para el diagnóstico de enfermedades humanas por métodos de laboratorio.

www.biocientifica.com.ar

HIDENTECH

Empresa dedicada a la comercialización de productos y servicios odontológicos incluyendo: materiales, instrumental, dispositivos electrónicos y mecánicos.

www.hidentech.com.ar



ORTOTEK

Empresa dedicada a la comercialización y representación de las principales fabricas de productos para ortodoncia.

www.ortotek.net

CENTRO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS SA

Empresa dedicada a la comercialización integral de instrumentos, equipos e insumos para la salud.

www.cshsa.com.ar

EXO SA

Brinda soluciones informáticas y arma y comercializa equipos de escritorio, portátiles, y servidores configurados de acuerdo a las necesidades de cada empresa.

www.exo.com.ar

GEMATEC SRL

Empresa de servicios, dedicada a la comercialización de equipamiento de alta tecnología para laboratorios de análisis clínicos, brinda soporte técnico de post venta y provee todos los insumos y repuestos de sus equipos. Representan importantes marcas internacionales de equipamiento para Medio Interno, Hematología y Química Clínica.

www.gematec.com.ar

BALPHIN MEDICAL'S

Balphin Medical's es una empresa dedicada a comercializar productos médicos en Argentina. La filosofía de brindar todas las soluciones en un mismo lugar ofreciendo asesoramiento y servicio técnico altamente calificado para Electromedicina.

www.balphin.com.ar

INSTRUMENTAL BIOQUIMICO

El establecimiento fabrica y distribuye contadores hematológicos, repuestos e insumos para la especialidad. Además, brinda servicio técnico.

www.instrumental-b.com.ar

INSTRUMÉDICA S.R.L.

Con más de 20 años brindando soluciones al servicio de la salud, Instrumédica srl se esfuerza para satisfacer las necesidades de su gran variedad de clientes ofreciendoles la venta, alquiler, fabricación, importación y servicio técnico de equipamiento hospitalario.

www.instrumedica.com

PLACAX S.A.

Distribuidor Autorizado de CARESTREAM HEALTH (Productos KODAK), dentro del Mercado de DIAGNOSTICO POR IMAGENES. Especializado en proyectos de Digitalización a través de CR (Radiología Digital Computada) y DR (Radiología Digital Directa), PACS, Estaciones de Trabajo. También proveemos Impresoras Láser Secas Kodak DRY VIEW, Películas Láser, Películas Radiográficas Convencionales, Películas Mamográficas, Químicos y accesorios para Radiología General.

placax@fibertel.com.ar

CA.DI.ME. crea un Instituto Universitario para el desarrollo de la producción y de la empresa



La Comisión Directiva de nuestra entidad inició los tramites para la conformación de una Fundación que será la base para la creación del *Instituto Universitario para el Desarrollo Productivo y Empresarial de la Argentina*. La misión del Instituto es proveer educación superior de calidad (pertinente, sólida, flexible, universal, productiva), basada en los valores de la ética, el esfuerzo y la solidaridad, contribuyendo con su actividad docente, científica, de extensión y de servicio a la formación integral de profesionales que contribuyan en la solución de los problemas sociales en un contexto local, nacional e internacional, impulsando el desarrollo armónico y sustentable de la humanidad. Se buscará la formación integral de profesionales de excelencia dotados de valores humanos y técnicos aptos para atender todo lo atinente a sus campos disciplinarios con sus implicancias sociales y culturales propiciando su difusión como instrumento de integración de la comunidad, y profesionales capacitados para elaborar proyectos y propuestas novedosas que confluían en un mejoramiento de la calidad de la educación.

Concretamente los objetivos del IU son los siguientes:

Promover la construcción y desarrollo de una sociedad justa que propicie el mejoramiento de la calidad de vida de todas las personas.

Contribuir a la educación integral de los estudiantes, con el propósito de formar ciudadanos capaces de interactuar positivamente en la sociedad, bajo principios éticos y democráticos, fundamentados en los derechos humanos.

Desarrollar planes, programas y proyectos de formación profesional, investigación, extensión y servicios con altos niveles de exigencia y calidad académica, que coadyuven efectivamente al desarrollo sociocultural, científico y tecnológico del país.

Adelantar estrategias de coordinación y apoyo interinstitucional, con la finalidad de articular al Instituto con los procesos de apropiación de ciencia y tecnología, desarrollo social, cultural y productivo en el ámbito regional, nacional e internacional.

Promover y fomentar estrategias de articulación académica con los diferentes niveles de educación formal y no formal.

Propiciar, incentivar y fortalecer los grupos de investigación y la interacción con pares académicos, con el fin de generar aportes efectivos a la solución de los problemas del entorno y a mejorar las condiciones de vida.

Desarrollar proyectos pedagógicos encaminados a crear y fortalecer una cultura ambiental para la conservación del entorno y del patrimonio cultural e histórico en su ámbito de influencia.

La misión estatutaria del Instituto Universitario asigna un especial énfasis al fomento de la investigación científica y la innovación, tanto tecnológica como en cuanto a métodos y procedimientos pedagógicos.

Asóciese a CADIME pida su solicitud a cadime@cadime.com.ar

Solicitud* de ingreso Socio



Lugar y fecha:

Señor Presidente:

En representación de la Empresa cuyos datos transcribo al pie, me es grato solicitarle la admisión de la misma como Socio Activo, Categoría, declarando conocer y aceptar el Estatuto Social de CADIME y sus Reglamentos Vigentes, obligándome al pago de la cuota social mientras esté vigente mi asociación.

Firma

Aclaración y cargo

Nombre de la Entidad:

Tipo de Institución: S.A S.R.L. DE HECHO

Otra (especificar)

Dirección CP: Localidad:

Provincia Tel.: Fax:

Especialidades que atiende:

Representante Titular

Documento de identidad

Representante Alterno o suplente

Declaro que a la fecha esta empresa tiene trabajadores en relación de dependencia.

Documento de identidad

CUIT E-mail

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326.

PERSONERÍA JURÍDICA N° 7746 - RESOLUCIÓN I.G.J. N° 000553 - PERSONERÍA GREMIAL N° 413
Av. Perú 590 Piso 4 - Tel: 52357200 - CP 1068 - Fax: 5246-9711

*Con esta solicitud, y a efectos de consolidar y fortalecer la representación de la Cámara frente a sus gestiones a nivel gubernamental (aranceles, impuestos, regulaciones, etc) por favor envíe su último Formulario 931 AFIP. Será tratado con estricta confidencialidad. Solicite asesoramiento al 011-5235-7200 o a cadime@cadime.com.ar.



MÁS DE TRES DÉCADAS
CON LA SALUD

SOMOS **10.000 CENTROS** DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO MÉDICO.
15.000 PROFESIONALES Y 50.000 TRABAJADORES
EN TODO EL PAÍS.

ANÁLISIS CLÍNICOS, ANATOMÍA PATOLÓGICA, DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES, RADIOTERAPIA , CONSULTORIOS MÉDICOS,
OFTALMOLOGÍA, ODONTOLOGÍA, KINESIOLOGÍA, DIÁLISIS Y DEMÁS
PRÁCTICAS AMBULATORIAS.

COMPROMISO GREMIAL Y ESTRATEGIA INSTITUCIONAL
DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO.



EL DIAGNÓSTICO MÉDICO ES LA CLAVE DE LA PREVENCIÓN EN SALUD

**CÁMARA DE INSTITUCIONES
DE DIAGNÓSTICO MÉDICO**

Peru 590, Piso 4 . (C1068AAB)
Buenos Aires . Argentina
Tel.: 5235-7200 líneas rotativas . Fax: 5246-9711
cadime@cadime.com.ar
www.cadime.com.ar

