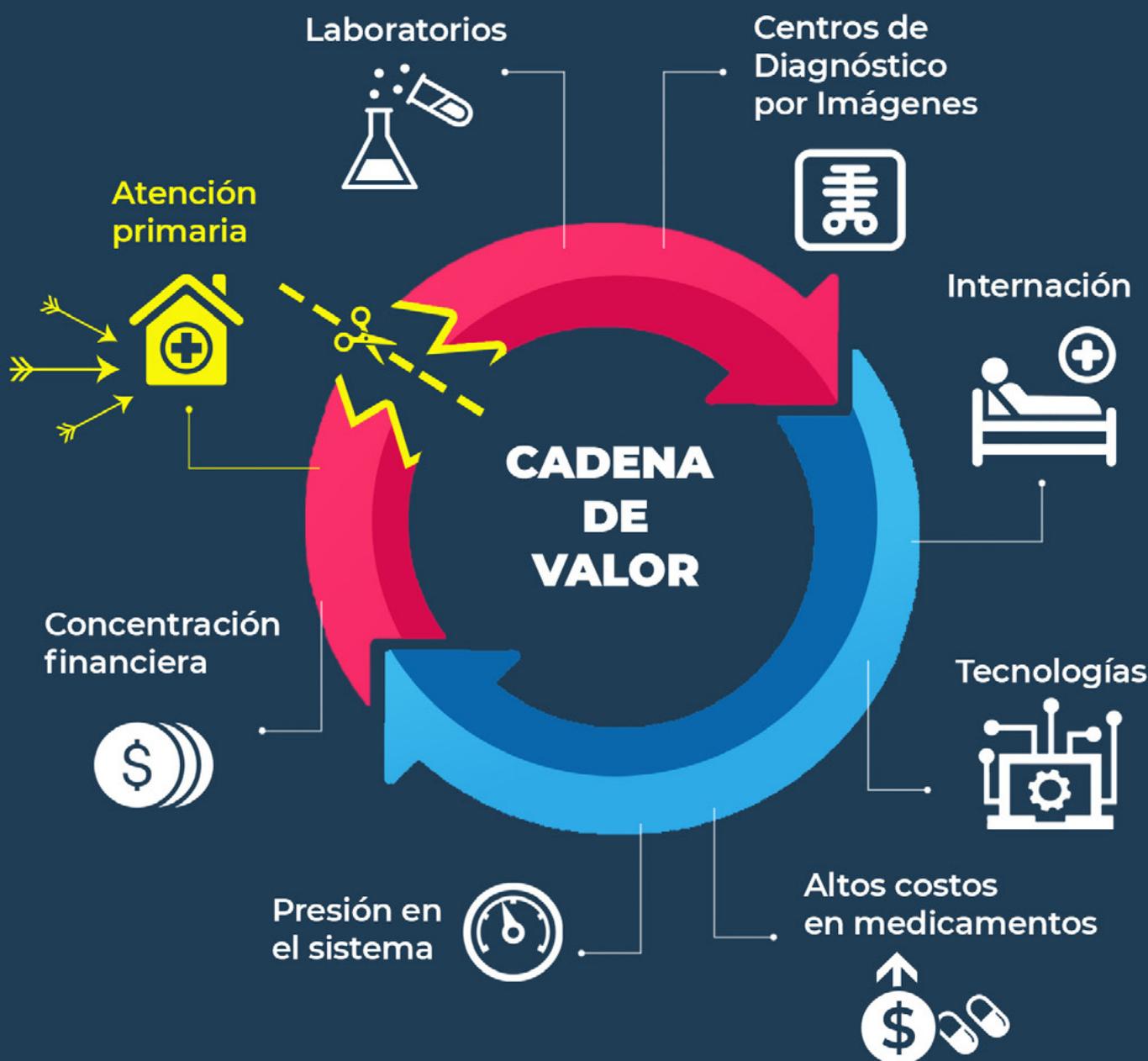


# LA CADENA SE CORTA POR LO MÁS DELGADO

En los últimos 10 años la participación de la atención primaria en salud se redujo un 14%





por Comisión Directiva CA.DI.ME.

## EL ENFOQUE DE LA CADENA DE VALOR PARA BENEFICIOS TANGIBLES.

Más de dos generaciones de profesionales convertidos en empresarios pymes de la salud, socios de CADIME, que conforman una red de prestadores a lo largo y ancho del país, hoy le están haciendo frente a una situación compleja y delicada que se agravó por el impacto de la pandemia por Covid-19.

La situación de las pymes asociadas de atención ambulatoria difiere según su ubicación geográfica, aunque todas comparten un mismo denominador: han sufrido un aumento de costos y una disminución en los ingresos fruto de la caída de la demanda por parte de los pacientes. Por ende, su situación económica precedente se ha visto afectada críticamente.

Los sistemas de salud y los actores que los integran se han visto, en los últimos meses expuestos a muchas situaciones de cambios. En el caso de las pymes de salud ha implicado un gran esfuerzo afrontar los costos de implementar los protocolos con todos los elementos y medidas de protección, para el cuidado del personal (esenciales y valiosos) y los pacientes, para continuar brindando la misma calidad de atención.

Sabemos que se ha producido una caída promedio del 70% de la demanda en atención ambulatoria y es esperable que en el mediano y largo plazo cuando llegue la “nueva normalidad” haya una fuerte demanda vinculada a agravamientos y complicaciones de personas con enfermedades crónicas y/o no transmisibles que hoy no se están controlando o diagnosticando. Estás pequeñas y medianas empresas de atención ambulatoria son las que van a asistir y prestar sus servicios de salud a las personas que requerirán mayor atención médica post-pandemia ante la demanda contenida. Por ello, para que puedan llegar a tener sus puertas abiertas, se requerirá de políticas de Estado claras y continuas que acompañen la sostenibilidad de estas pymes de salud que fueron, son y serán claves para lograr un acceso genuino a la salud en todos los rincones del país.

Ahora bien, es necesario implementar otras alternativas para garantizar la subsistencia de estas pymes esenciales para la salud y el bienestar de los argentinos. Es hora de analizar la cadena de valor para establecer nuevas reglas y otros parámetros que permitan fortalecer a estas empresas que forman el tejido nacional de atención médica primaria y ambulatoria de la salud.

**/ EDITORIAL.** El enfoque de la cadena de valor para beneficios tangibles.

---

¿Qué implica analizar la cadena de valor en salud? Empezar a poner el foco en todos los actores que la integran y no solo en unos pocos. Si queremos mantener nivelado su desenvolvimiento operativo y equilibrar su situación económica, debemos focalizarnos en proveedores de insumos, prestadores de servicios, financiadores, distribuidores de información y educación sanitaria, y por supuesto, en los propios beneficiarios de estos servicios.

Si miramos aquellos que están vinculados con la concreción de las diversas prácticas de diagnóstico médico, observamos que el costo técnico o actuarial del PMO, desde el año 2010 al 2019, presenta una caída global en gastos de atención ambulatoria del 9% y en las series de: laboratorio de un 4,8% a 3,7%, Dxl de 8,6% a 6,3%, consultas de 15,6% a 11,8% y prácticas ambulatorias (incluye rehabilitación y odontología) de un 7,6% a un 5,9%. En cambio, el gasto en otras categorías, se mantuvo estable o aumentó. Estos datos nos muestran una caída en el la atención médica y diagnóstico temprano.

Desde CADIME proponemos que se tome al enfoque de la cadena de valor como una alternativa para salir de la crisis actual porque cualquier opción sólo podrá asegurar la viabilidad al conjunto de actores si **todos sus integrantes reciben beneficios tangibles.**

*Comisión Directiva CA.DI.ME.*

## Comisión Directiva

### PRESIDENTE de CADIME

Sr. Guillermo Gómez Galizia

### VICEPRESIDENTES

Dr. Martín Enrique Iturraspe

Dr. Vicente Oscar Di Rienzo

Dr. Luis Enrique Moreau

### SECRETARIO

Sr. Jose Laurenzio

### PROSECRETARIO

Dr. Fernando Peralta

### TESORERO

Sr. Eduardo Alberto Fernández

### PROTESORERO

Dr. Marcelo Milkes

### VOCALES

Guillermo Enrique Pecelis

Gustavo Antonio Brizzi

Atilio Eduardo Giordano

Carlos Oscar Mosca

Carlos Alberto Chichizola

### DIRECTOR GENERAL

Dr. Hernán Grecco

**Revista CADIME** es una publicación de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico

Peru 590 4°Piso  
CABA, Buenos Aires, Argentina  
**Tel: 5263-8282**

[revista@cadime.com.ar](mailto:revista@cadime.com.ar)

*Las opiniones vertidas en esta publicación son responsabilidad absoluta del/los autor/es o el/los entrevistado/s y no necesariamente reflejan las ideas de CADIME SALUD*

## EN ESTA EDICIÓN

- 
- 02** Nota editorial “EL ENFOQUE DE LA CADENA DE VALOR PARA BENEFICIOS TANGIBLES”.
- 05** “REPENSANDO LA CADENA DE VALOR EN SALUD”. Por Lic. Mariano San Martín.
- 10** “PANDEMIA, UN EVENTO ANUNCIADO Y EL MUNDO QUE VENDRÁ”. Por Área técnica de CADIME.
- 13** “PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD Y SISTEMA DE SALUD”. Por Dr. Javier Vilosio.
- 17** “COSTOS Y ARANCELES EN EL SECTOR AMBULATORIO”. Por Lic. Mariano San Martín.
- 18** “EL VALOR EN SALUD”. Por Dr. Javier Vilosio.
- 21** “NUEVOS PROGRAMAS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD Y LA RADIACIÓN EN CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES”. Por Dr. Luis Marcos.
- 23** “FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA CONTRIBUYE A MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD”. Por Dr. Javier Vilosio.
- 26** “ACCIDENTOLOGÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD”. Por Mg. Bioq. Rolando Morgensterin.
- 30** “CADIME Y EL ECOSOC”. Por Dr. Mariano Álvarez.
- 33** “ÁREA DE DESARROLLO HUMANO Y POLÍTICAS DEL PNUD ARGENTINA”. Por Lic. Mariano San Martín.
- 37** “LA CRISIS DE LA DESIGUALDAD, UNA MIRADA AL INFORME ESPECIAL DEL BID”. Por Lic. en Relaciones Internacionales Lucía Moyano Rebón.
- 41** “CADIME: Un espacio para la acción y acompañamiento del sector salud”. Por Cintia Capellán y Lic. Lucía Moyano Rebón.
- 45** “EL TABLERO DE COMANDO ¿UNA HERRAMIENTA VALIOSA PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD?”. Por Lic. José Chojrin.
- 48** “NOVEDOSO KIT DE DETECCIÓN RÁPIDA DEL DENGUE DESARROLLADO EN LA UNSAM”. Por Cintia Capellán y Lic. Lucía Moyano Rebón.

### Área técnica de CADIME:

Dr. Javier Vilosio.  
Mg. Bioq. Rolando Morgensterin.  
Lic. Mariano San Martín.  
Dr. Luis Marcos.  
Lic. Miriam Slater.



por Lic. Mariano San Martín

# REPENSANDO LA CADENA DE VALOR EN SALUD.

## 1. INTRODUCCIÓN

Una **cadena de valor** puede ser definida como la serie conectada de conocimientos, actividades, organizaciones y recursos involucrados en la generación y entrega de valor (beneficio significativo) a los consumidores. En el caso de los servicios de Salud, implica a los proveedores de insumos, prestadores de servicios, financiadores, distribuidores de información y educación sanitaria, etc. y desde luego, a los propios beneficiarios:

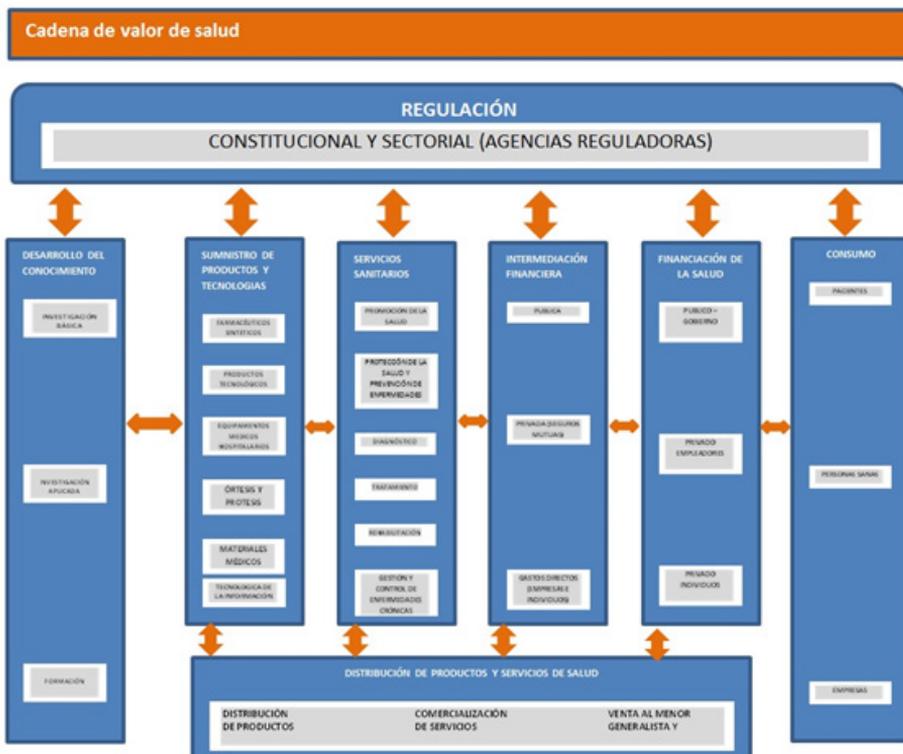


Fig. Cadena de valor de la salud. (Traducido y publicado con la autorización de los autores: Marcelo Calera Pedros y Ana María Malik).

La evolución y complejidad crecientes en la organización de los servicios sanitarios, las exigencias de actualización y/o reconversión tecnológica de las empresas prestadoras del sector y sus urgencias para mantener nivelado su desenvolvimiento

## / Repensando la cadena de valor en Salud.

**operativo y el equilibrio de su ecuación económica financiera, hacen imprescindible analizar la cadena de valor en la salud.** En nuestro caso debemos focalizarnos en los distintos actores involucrados en la concreción de las diversas prácticas de diagnóstico médico.



## 2. QUE HA SUCEDIDO CON LA CADENA DE VALOR EN SALUD

El sistema de salud argentino se caracteriza como fragmentado y desarticulado, lo que atenta contra su organización integrada. Con un gasto aproximado de 10% del PBI, alcanza peores resultados (mortalidad infantil y esperanza de vida) que otros países de la región de menor gasto.

Entre los aspectos que han requerido mayor atención en los últimos años, se encuentran los vinculados al aumento en los precios de la canasta salud del IPC: **productos medicinales y medicina prepaga**<sup>1</sup>.

Según el INDEC, el aumento interanual dic 2018-2019 en productos medicinales fue del 90%<sup>2</sup>, frente a una inflación general del 53%. Con una mayor incidencia de los medicamentos de alto costo (MAC), en muchos casos de cuestionable valor terapéutico. Abundante bibliografía alerta sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud al enfrentarse a este desafío.

**El índice de precios refleja además un costo que en los últimos años ha aumentado más que cualquier otro indicador de salud: la cuota de las EMPP.** Los aumentos aprobados de esas cuotas superan ampliamente al IPC; entre 2015 y 2019 superaron cualquier otro indicador de actividad económica comparable (+571%). Este mercado, con

<sup>1</sup> Algunas otras prestaciones, como es el caso de discapacidad han sido incluidas como prestaciones de obligatorias de financiarse a traves del sector salud, cuando en realidad requieren de otro tipo de respuesta.

<sup>2</sup> [https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/ipc\\_01\\_20578B3E8357.pdf](https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/ipc_01_20578B3E8357.pdf)

## / Repensando la cadena de valor en Salud.

costos técnicos actuariales (que no son públicos) pero probablemente muy por debajo de las primas que efectivamente perciben, ha generado una alta concentración y poder monopólico en pocas entidades aseguradoras de la salud.

### 3. CADENA DE VALOR EN SALUD Y LOS COSTOS DEL PMO.

El costo técnico o actuarial de un determinado Plan Médico, constituye un resumen de las prestaciones brindadas, el reflejo de las tasas de uso para y el valor relativo asignado. Cabe resaltar que no es en sí una ciencia exacta. Las tasas de uso observadas, pueden reflejar sobre o subconsumos. Por el lado de los costos en el mercado de la salud los precios transaccionales pueden estar reflejando factores distorsivos, como asimetrías de relaciones de mercado.

Desde el año 2010 se presenta, un informe técnico sobre la estimación de los gastos necesarios para garantizar la cobertura de las prestaciones contenidas en del PMO<sup>3</sup>. La participación relativa de las distintas categorías ha ido cambiando, aumentando prestaciones especiales (13 a 28%) en detrimento de ambulatorias (cae de 45 a 37%) e internación (cae de 34% a 26%), los programas preventivos mantienen cierta estabilidad (7.3 a 8.2%).

**Cuadro 1. Estructura relativa de costos del PMO**

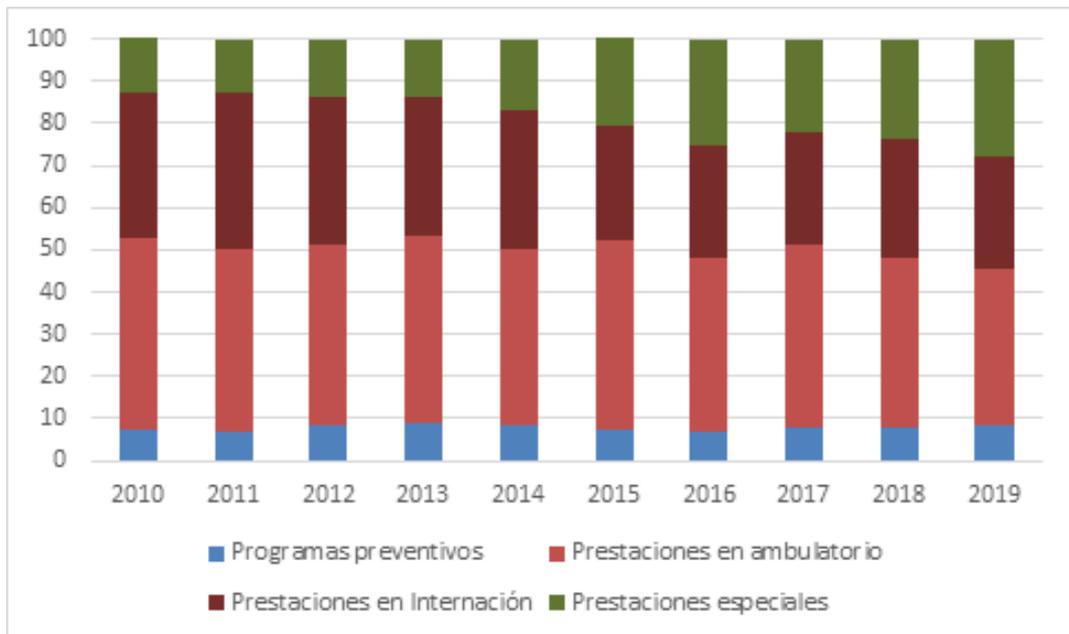
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Programas preventivos</b>	<b>7,3</b>	<b>6,9</b>	<b>8,5</b>	<b>8,7</b>	<b>8,2</b>	<b>7,1</b>	<b>7,0</b>	<b>8,0</b>	<b>7,8</b>	<b>8,2</b>
<b>Prestaciones en ambulatorio</b>	<b>45,5</b>	<b>43,5</b>	<b>42,7</b>	<b>44,4</b>	<b>42,1</b>	<b>45,2</b>	<b>41,0</b>	<b>43,0</b>	<b>40,5</b>	<b>37,3</b>
<i>Laboratorio</i>	4,8	4,7	4,9	4,6	3,8	4,1	4,2	4,8	4,6	3,7
<i>Diagnóstico por imágenes</i>	8,6	8,7	8,9	8,3	8,1	8,3	9,1	9,0	8,6	6,3
<i>Consultas (no incl. Prog.Prev.)</i>	15,6	15,1	14,7	17,5	16,2	14,7	15,4	14,9	13,0	11,8
<i>Pract. amb (incl. rehab y odont)</i>	7,6	7,9	7,8	7,5	7,2	6,5	6,4	6,4	7,1	5,9
<i>Medicamentos</i>	8,9	7,2	6,5	6,4	6,7	11,6	5,9	7,9	7,1	9,6
<b>Prestaciones en Internación</b>	<b>34,4</b>	<b>36,8</b>	<b>35,1</b>	<b>33,1</b>	<b>32,8</b>	<b>27,1</b>	<b>26,8</b>	<b>26,8</b>	<b>28,1</b>	<b>26,4</b>
<b>Prestaciones especiales</b>	<b>12,9</b>	<b>12,7</b>	<b>13,7</b>	<b>13,8</b>	<b>16,9</b>	<b>20,7</b>	<b>25,2</b>	<b>22,2</b>	<b>23,6</b>	<b>28,1</b>
<b>Costo PMO</b>	<b>100</b>									

Fuente: Relevamiento estudios de estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en PMO. [www.prosanity.com.ar](http://www.prosanity.com.ar) [www.isalud.edu.ar](http://www.isalud.edu.ar)

En ambulatorio se verifica que todas las categorías a excepción de medicamentos encuentran su **mínimo valor en el año 2019**. Laboratorio y Dxl. Algo similar ocurre con consultas y prácticas en ambulatorio con valores en los extremos de la serie que caen de 15.6 a 11.8% y 7.6 a 5.9%.

3 <http://www.prosanity.com.ar> y [www.isalud.edu.ar](http://www.isalud.edu.ar)

**Evolución de Gasto en Salud, realizado por las Obras Sociales Nacionales.  
Según las categorías de Gasto del PMO2009-2019**



Fuente: ISALUD-PROSANITY, 2010-2019

A la fecha no es posible precisar las modificaciones del costo del PMO en el contexto de pandemia. **Aunque algunos estudios preliminares ubican el costo en alrededor de \$2.468, un 43% más que 2019.**

Sabemos que se ha producido una caída promedio del 70% de la demanda en ambulatorio, de un 50% (al inicio del aislamiento) en internación. Una muy reciente publicación<sup>4</sup> recoge los datos de un trabajo multicéntrico argentino<sup>5</sup> (participaron 31 centros de salud) mostró que las consultas debido a emergencias cardiovasculares disminuyeron un 75% y las hospitalizaciones un 48%; los ingresos por dolor de origen coronario un 62% y por accidente cerebrovascular en un 46%, los procedimientos invasivos también disminuyeron: 59% las angioplastias coronarias (colocación de stent), y 58% las cirugías cardíacas, se redujeron a inicios de la pandemia. Por su parte la capacidad ocupada de internación se redujo al inicio de la pandemia, y luego a medida que fue avanzando la pandemia, la internación ha alcanzado una ocupación casi plena.

Es esperable en la post pandemia (o período de “nueva normalidad”) una fuerte demanda vinculada a agravamientos y complicaciones de personas con enfermedades crónicas que no están controlando adecuadamente las mismas, y, claro no solo en materia de enfermedad cardiovascular.

4 ¿De qué nos morimos en Argentina en tiempos de pandemia? Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=96478>

5 Daño Colateral De La Pandemia Por Covid-19 En Argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2020; Vol. 80 (Supl. III): 37-41

## **/ Repensando la cadena de valor en Salud.**

---

Desde el punto de vista de los costos, diversos factores macro y microeconómicos previsiblemente impactaran fuertemente sobre el mercado de la salud, y, claro, especialmente sobre algunos componentes de la cadena de valor del sector de la atención ambulatoria.

### **4. CONCLUSIÓN Y LÍNEAS DE ACCIÓN**

En un escenario de extrema gravedad como el actual las actividades afines al cuidado de la salud por parte de estas empresas de diagnóstico y tratamiento médico han llegado económicamente a una situación límite. **Si las políticas de salida de la crisis tienden a fortalecer la concentración en el Sector de las EMP y la industria farmacéutica, marcharemos aceleradamente a la formación de oligopolios y se destruirán empresas, capital humano, y se perderá todavía más eficiencia y equidad en el sistema.**

El diálogo interinstitucional y la coordinación de objetivos, son mecanismos aptos para avanzar en las modificaciones de los procesos prestacionales y organizativos. **Desde el enfoque de la cadena de valor, cualquier alternativa solo podrá asegurar viabilidad al conjunto de actores solo si todos sus integrantes reciben beneficios tangibles.**

Deberían considerarse algunos ejes y conceptos centrales:

- Inclusión y no exclusión mediante estándares y reglas válidos para todos.

---

- Fortalecimiento de los estándares de calidad, tecnológicos y de procesos.

---

- Desarrollo de valores prestacionales que den sustento a estos estándares y que sean determinados por costos de factores y no por pujas asimétricas de mercado.

---

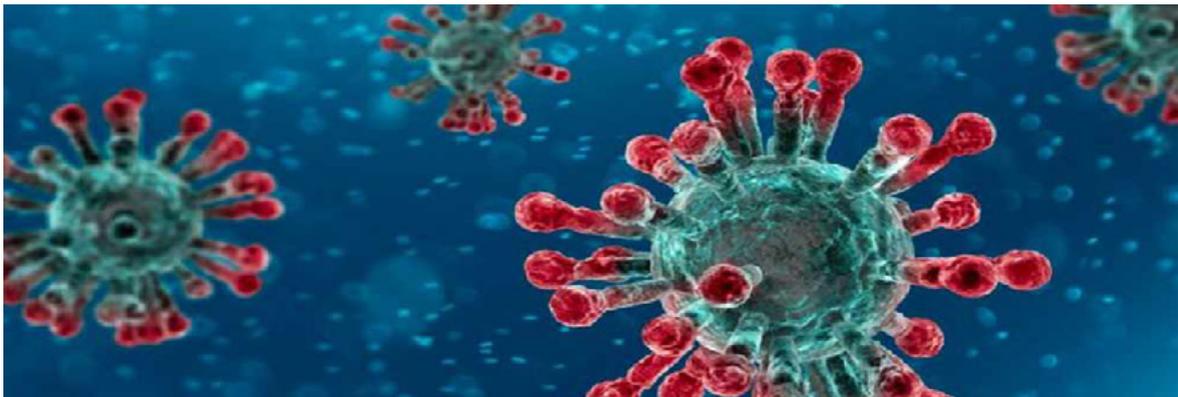
- Formulación consensuada de modelos de gestión, administración y prestacionales.

---

- Reformulación e impulso de mejores marcos regulatorios, condiciones tributarias e impositivas, en mayor concordancia con la importancia estratégica que representa para toda Nación su Sistema Sanitario.

En síntesis, además de la construcción de los acuerdos entre los diferentes actores debemos contar con clara definiciones desde las políticas de Estado, particularmente en lo atinente a la protección y el estímulo a las Pymes del sector.

# PANDEMIA, UN EVENTO ANUNCIADO Y EL MUNDO QUE VENDRÁ



Probablemente la pandemia causada por el COVID-19 sea el mayor desafío para la humanidad en este siglo. Es difícil saber cuál será el impacto y la magnitud de sus consecuencias en el plano social, cultural, político, sanitario, económico, etc. Pero es muy probable que el mundo no vuelva a ser el mismo después de esto.

## LA OMS ADVIRTIÓ SOBRE LOS RIESGOS DE UNA PANDEMIA

“Hay que recordar que desde hace varios años la OMS viene advirtiendo del riesgo de una nueva epidemia/pandemia y de la necesidad de coordinar acciones a nivel internacional y de volcar recursos a los sistemas de salud para poder enfrentarla adecuadamente.”

En 2018 la OMS y el Banco mundial conformaron la “Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación” (GPMB, por sus siglas en inglés), con análisis y propuestas para generar capacidad de respuesta ante brotes de enfermedades y otras emergencias sanitarias a nivel mundial. En su primer informe anual instan a los gobiernos a tomar acciones ante el riesgo de una pandemia para poder enfrentarla adecuadamente y mitigar sus riesgos<sup>1</sup>, ya que esta podría matar a millones de personas y desestabilizar la economía mundial y la seguridad de las naciones.

<sup>1</sup> Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación. Un mundo en peligro: informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

En efecto, en un llamado reciente de la GPMB a responder globalmente al COVID-19, mencionan que se podrían esperar pérdidas económicas de entre 2,3 y 9,2 billones<sup>2</sup> de dólares, a nivel mundial. Los números reales los sabremos más adelante, pero las previsiones económicas son sombrías, en un contexto de retracción de las economías y reacomodamiento de los mercados mundiales.

Ello muy probablemente implique un reordenamiento de los liderazgos políticos mundiales, que todavía no parece claro en qué dirección ocurriría.

Claramente, países con economías sólidas cuentan con recursos (económicos e institucionales) más robustos para paliar las consecuencias de la pandemia. Otros países sin duda tendrán graves dificultades para dinamizar su actividad y recuperar su capital humano, y proteger a los sectores sociales que ya antes de la crisis sufrían desocupación, o se desempeñaban en la economía informal, o estaban ya socialmente excluidos.

Probablemente, las previsiones y recomendaciones de este Junta hayan ayudado a actuar con más rapidez en esta pandemia, pero advierten también que quedan muchas dificultades por afrontar: falta de planificación y preparación ante una pandemia letal que se propague con rapidez; falta de intercambio de datos y contramedidas médicas en un contexto de emergencia pública internacional; falta de estructuras nacionales en investigación y desarrollo en relación a vacunas y en

2 Un billón = 1.000.000.000.000

**especial en medios diagnósticos que permiten evaluar la eficacia de vacunas y tratamientos y establecer la rapidez y nivel de propagación de una enfermedad.**

### ¿QUÉ PODRÍA PASAR CUANDO ESTA PANDEMIA ACABE?

“Es difícil saber qué pasará con el mundo tal cual lo conocemos una vez que acabe esta pandemia, lo que sí es seguro, es que no será el mismo.”

En una reciente nota a pensadores influyentes de todo el mundo se les consultó que cambiará en el mundo luego de la pandemia<sup>3</sup>.

La mayoría coincidió en que progresarán los nacionalismos y la búsqueda de mayor autonomía política y económica. Los estados se fortalecerán ya que fueron los que salieron a salvar a sus pueblos, economías y empresas. Pero destacan que los acuerdos políticos y de cooperación internacional seguirán presentes y se deberían fortalecer.

En lo económico coinciden en que se privilegiará el autoabastecimiento y producción local de insumos y bienes estratégicos. Las empresas buscarán menos producción dispersa y mayor acopiamiento de insumos para evitar los riesgos de desabastecimiento, aunque eso implique menos eficiencia y menos ganancias. Esto hará que las economías sean más estables y resistentes pero

3 <https://foreignpolicy.com/2020/03/20/world-order-after-coronavirus-pandemic/>

## **/ Pandemia, un evento anunciado y el mundo que vendrá**

---

aumentará la inequidad global en perjuicio de los países más débiles.

En el plano sanitario se verá un fortalecimiento de la gobernanza mundial de la salud pública, ya que los efectos globales de esta pandemia podrían haberse atenuado en gran medida al hacer que las organizaciones internacionales brinden más y mejor información, lo que habría dado a los gobiernos tiempo para preparar y dirigir los recursos a donde más se necesitan.

Otros pensadores como el historiador israelí Yuval Noah Harari, alertan sobre el riesgo de tener un mundo con vigilancia totalitaria, dados los avances tecnológicos que así lo permiten, y más aún si los riesgos de nuevas pandemias -tal como los expertos indican- se mantienen a

futuro. Pero también plantea el dilema entre el aislamiento nacionalista y la solidaridad global y plantea que la solución a pandemias y crisis económicas globales está en la cooperación global<sup>4</sup>.

Ojalá en ese mundo futuro podamos reconocer y jerarquizar a los servicios sanitarios como un eslabón imprescindible para cuidarnos, vivir mejor, y avanzar hacia la equidad y la justicia. Con o sin pandemia.

---

4 <https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75>



por Dr. Javier Vilosio

# PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD Y SISTEMA DE SALUD



## LAS PERSONAS

El Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad<sup>1</sup>, publicado en 2018, informa que el 10,2% de los habitantes de nuestro país de seis años de edad o más presentan **“dificultades para ver, oír, agarrar y levantar objetos con las manos o los brazos, caminar o subir escaleras, bañarse, vestirse o comer solo/a, comunicarse, aprender cosas, recordar, concentrarse o controlar su comportamiento y, en particular en el caso de los niños/ as, jugar con niños(as) de su edad”** o utilizan audífono o tienen certificado de

discapacidad vigente. Esto equivale a unas 3.572.000 personas.

De ellos, algo más del 33% cuentan con certificado de discapacidad. Por otra parte, casi el 60% cuentan con cobertura de la seguridad social.

Entre los más jóvenes, la prevalencia de dificultad es de 5,0%; a partir de los 40 años es 12,1%, y a partir de los 65 años la prevalencia continúa en aumento, hasta alcanzar el 46,6% a los 80 años. Ello implica que en 1 de cada 4 hogares de las localidades de 5.000 habitantes y más, hay al menos una persona con dificultad.

<sup>1</sup> INDEC, Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio\\_discapacidad\\_12\\_18.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf)

## LAS PRESTACIONES

La legislación vigente en nuestro país dispone que la seguridad social y las empresas de medicina prepaga (EMP) deben cubrir el 100% de los gastos de las prestaciones de discapacidad que sus beneficiarios requieran.

El Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (creado por la ley 24.901, del Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad) establece los montos de los reintegros que los financiadores pueden recuperar del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), administrado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), a través del mecanismo de Integración<sup>2</sup>.

### ESTE LISTADO, INCLUYE:

- Prestaciones Preventivas (que incluyen todo de tipo de tratamientos, controles, exámenes necesarios para prevenir o detectar tempranamente cualquier tipo de discapacidad, desde el momento de la concepción).
- Apoyo Psicológico adecuado al grupo familiar.
- Prestaciones de Rehabilitación (cobertura integral de los recursos humanos, metodologías y técnicas necesarias, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera).

- Prestaciones Terapéuticas educativas (cobertura integral de técnicas y metodologías de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo).

- Prestaciones Educativas (comprende escolaridad en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros).

- Sistemas alternativos al grupo familiar (comprende hogares, residencias, pequeños hogares).

- Transporte Especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario.

- Provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas y otros aparatos ortopédicos.

- Atención Odontológica integral.

- Cobertura de un anestesista cuando fuere necesario.

- Atención Psiquiátrica.

- Asistente Domiciliario.

- Medicamentos y psicofármacos, incluso que no se produzcan en el país.

La cobertura obligada abarca también las prestaciones de especialistas que, aunque no pertenezcan a la cartilla del financiador, deban intervenir imprescindiblemente; así como los estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro los servicios que brinda la obra social o la EMP.

<sup>2</sup> Establecido por Decreto 904/2016.

### EL FINANCIAMIENTO

El total de transferencias realizadas desde la AFIP a las Obras Sociales a través de Integración en 2019 fue de \$22.735.435.968,69.-<sup>3</sup>

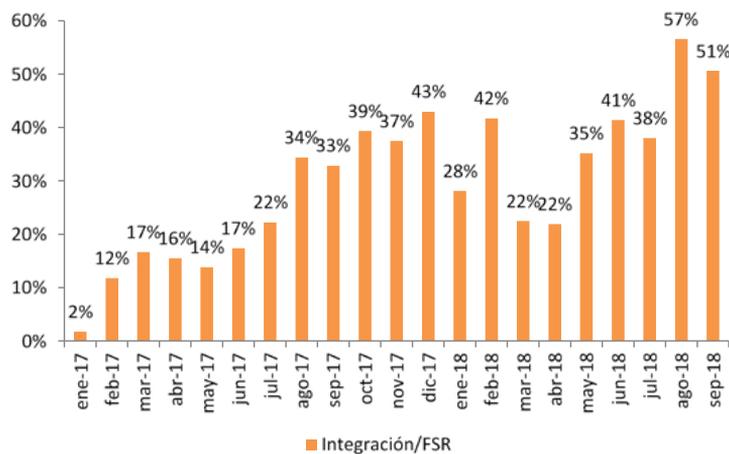
La cantidad de beneficiarios de Obras Sociales que solicitan reintegro ha evolucionado en forma creciente, pasando de 0,25% en 2015 a 0,39% en 2017, manteniéndose relativamente constante en 2018, pero en algunos casos como la provincia de Córdoba alcanza al 1%.

Esta tendencia - especialmente si se extrapola este último dato al conjunto del sistema - plantea un escenario extremadamente crítico para el financiamiento del sistema.

Por otra parte, es previsible que la cantidad de afiliados que ingresan al mecanismo de Integración no encontró su techo hasta el momento ya que, por ejemplo, solamente representa el 21,1% del padrón total de afiliados con discapacidad declarados en el organismo.

La evolución mensual de lo transferido al Programa de Integración (Discapacidad) en proporción a lo ingresado al FSR, como los estudios de costos del PMO<sup>4</sup> ya venían informando, muestra una tendencia creciente con valores que comienzan en 12% a comienzos de 2017 hasta alrededor del 50% a finales de 2018.

**Gráfico Nº 1.3: Relación Integración vs recaudación FSR. 2017-2018**  
En % y mensual



Fuente: elaboración propia en base a datos de SSSALUD.

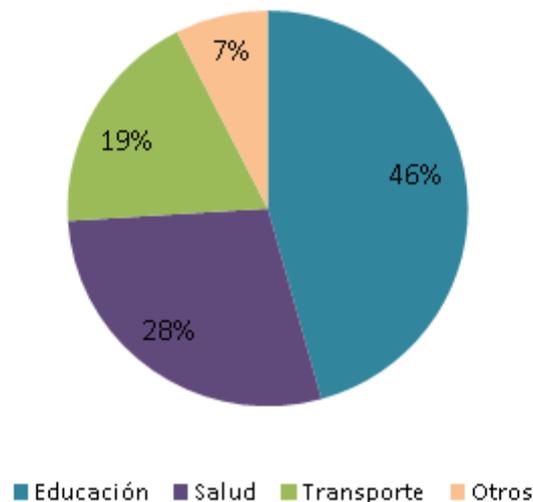
Fuente: Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad.

<sup>3</sup> [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/4to\\_trimestre\\_2019\\_integracion.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/4to_trimestre_2019_integracion.pdf)

<sup>4</sup> Ver Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura del PMO.2018 y 2019. ISALUD-PROSANITY.

Además, cuando se analiza la composición se hace evidente que el 65% del gasto corresponde a categorías no estrictamente relacionadas a la atención de la salud, sino a otro tipo de prestaciones, tales como las educativas (46%) o el transporte (19%).

**Gráfico N° 1: Prestaciones por grupo**



Fuente: elaboración propia en base a datos del mecanismo Integración.

Modificado de 4to\_trimestre\_2019\_integracion.pdf (op.cit.)

## EL PROBLEMA

A partir de estos datos, y dado el contexto actual del financiamiento del sistema de salud y particularmente la seguridad social, cobra actualidad y urgencia la necesidad de volver a discutir - al menos- la fuente del financiamiento del Sistema de Prestaciones Básicas.

El FSR<sup>5</sup> ha sido creado para el financiamiento, en lo asistencial, de planes y programas de Salud. El volumen de los recursos comprometido con prestaciones educativas o de transporte es tal que su asignación a dichos planes y programas sanitarios sin duda tendría un impacto muy positivo en el conjunto del sistema.

<sup>5</sup> Ley 23.661, art. 22°.



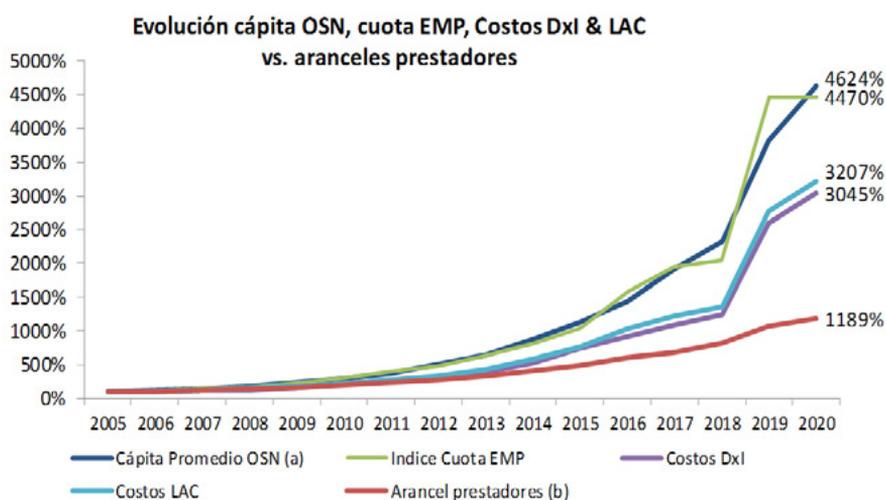
por Lic. Mariano San Martín

# COSTOS Y ARANCELES EN EL SECTOR AMBULATORIO

En nuestro informe sectorial te mostramos la evolución comparada de recursos, costos y aranceles en el sector ambulatorio.

Te adelantamos un breve resumen sobre los puntos más importantes. Cuando se analiza cuál fue el desempeño de los actores del sector en una serie histórica (2005-2020), se observa que la evolución de los recursos de los financiadores (OSN y EMP), crecieron 46 veces en las OSN (si se tiene en cuenta el ingreso distribuido por cápita promedio para todo el SNSS) y casi 45 veces en las EMP (con una tendencia muy ascendente en los últimos años a excepción de 2020).

Esa tendencia contrasta con la del incremento de los aranceles de los prestadores de diagnóstico ambulatorio (Dxl & LAC), que incrementaron cerca de 12 veces en igual período frente al aumento de casi 31 veces en los costos de las prestaciones. Esto representa una brecha del 153% entre aranceles y costos, brecha que históricamente se extiende en cada medición y que refleja una situación financiera muy crítica para los prestadores frente a la situación de las OSN Y EMP.



Fuente: Elaboración propia en base a SSS, AFIP, Infoleg y encuesta a prestadores del sector.

(a) Estimado en base a la distribución a OSN y al N° de beneficiarios (datos AFIP). Comparación interanual mayo-05/diciembre-2019.

(b) Arancel estimado.

[VER INFORME SECTORIAL AGOSTO 200 COMPLETO](#)



por Dr. Javier Vilosio

## EL VALOR EN SALUD



Michael Porter introdujo el concepto de valor en el mundo de la gestión, afirmando que las empresas deberían centrar sus metas en ofrecer productos o servicios de que fueran valiosos para el consumidor.

En el campo de la Salud ello significa que las organizaciones deberían alinearse tras ese objetivo, y orientar sus actividades físicas y tecnológicas a la generación de servicios valiosos para el usuario. Que es muy distinto a centrarse en los intereses de sus administradores o sus miembros.

Se ha definido al valor como un conjunto de atributos que las personas asignamos a un bien o un servicio, y en el ámbito del mercado esa valorización de acompaña por la mayor disposición a pagar por el mismo.

Todos los participantes del sistema de Salud se beneficiarían de un enfoque de gestión en el que se privilegie el valor.

Pero para ello los sistemas de pago deberían cambiar de modelos basados en el volumen de producción hacia modelos basados en el valor.

*La salud tiene un alto costo en la economía de cualquier país. Qué recibe el paciente y la sociedad a cambio, no está claro.*

*(Kenneth Arrow. Premio Nobel de Economía, 1963).*

Claro que el acceso a los servicios de salud es un derecho de las personas, y

por lo tanto el Estado debe asegurar su ejercicio, de manera que en buena parte de nuestro sistema la disposición a pagar juega un papel relativo (básicamente vinculado a costos de oportunidad y costos de transacción) o nulo.

Sin embargo, los servicios estatales también son comparados, valorizados y elegidos por gran parte de sus usuarios.

Por otra parte, existen múltiples limitaciones para la evaluación del valor por parte de los usuarios: problemas de asimetría y acceso a la información (vinculados también al modelo asistencial predominante), así como el problema de los bienes públicos y las externalidades de las intervenciones sanitarias, que configuran lo que clásicamente en la economía se define como mercado imperfecto.

Para los expertos los mejores servicios sanitarios son los que logran los resultados propuestos con el menor riesgo para los usuarios, en un sentido amplio e incluyendo las dimensiones físicas, psicológicas y sociales.

*La cadena de valor es un modelo que describe el conjunto de las actividades (y actores) de una organización, que crean valor para el usuario.*

En el caso de los servicios de salud, e independientemente de los orígenes del financiamiento o la propiedad de la

infraestructura, existe una cadena de actores que realizan diferentes actividades interrelacionadas y mayormente complejas destinadas a proveer a las personas y comunidades la recuperación o el mejoramiento de su bienestar -en un sentido amplio- que podrá ser la recuperación del estado de salud, la atención de necesidades propias de las diferentes etapas del ciclo vital, o el cuidado hasta el final del mismo.

**Definir la cadena de valor permite determinar el valor agregado en cada etapa del proceso, permite intervenir (formular y aplicar planes) para maximizar el valor en cada eslabón de la cadena, evaluar desde el punto de vista económico la distribución de los recursos del sistema de salud entre los diferentes procesos, acciones y servicios, y definir sus costos.**

En la cadena de valor en Salud participan proveedores de bienes y productos (equipamientos, insumos, medicamentos, etc.), los distintos prestadores de servicios de atención (médicos, bioquímicos, farmacéuticos, enfermeras, técnicos, etc.), los distribuidores de información y educación sanitaria, los integradores y administradores de servicios (Hospitales, Clínicas, Centros de Diagnóstico, Redes, Mandatarias, etc.), los financiadores (Secretarías de Salud, Obras Sociales, Mutuales, Prepagas, etc.); y desde luego, los propios usuarios de los servicios.

En la cadena de valor se diferencian actividades Primarias, y actividades de Soporte.

Las actividades Primarias son las que se vinculan directamente con el logro de la meta propuesta típicamente:

- La asistencia sanitaria.  
.....
- El registro de la atención.  
.....
- La promoción y prevención.  
.....
- La atención directa no sanitaria.  
.....
- Los servicios de información sanitaria.

Las actividades de Soporte, por su parte son las que no se realizan directamente sobre el paciente o usuario, pero que son imprescindibles para la obtención de los resultados (sanitarios) deseados:

- La gestión económica y presupuestaria.  
.....
- La gestión de recursos humanos.  
.....
- La gestión de productos, tecnología y el mantenimiento.  
.....
- Las compras y gestión de recursos materiales.  
.....
- Los servicios centrales hospitalarios.

*Diseñar los procesos e intervenciones sanitarias en función del valor implica poner en el centro a los usuarios y mejorar seguridad, efectividad y eficiencia de los servicios.*

Pero ello requiere avanzar hacia la integración funcional de los subsectores, definiendo metas, modelos de financiamiento, gestión y atención en común; contar con sistemas de información auditables, de calidad y oportunos - tanto en términos de procesos como de impacto sanitario-, y disponer de instancias de efectiva y transparente participación ciudadana.





por Dr. Luis Marcos

# NUEVOS PROGRAMAS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD Y LA RADIACIÓN EN CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



Las personas están expuestas a diario tanto a la radiación de origen natural como a la artificial.

La radiación natural proviene de muchas fuentes, como son los más de 60 materiales radiactivos naturales presentes en el suelo, el agua y el aire.

La exposición a la radiación de fuentes artificiales va desde la generación de energía nuclear hasta el uso médico de la radiación para fines terapéuticos o diagnósticos, ya que en el ámbito de la salud el uso de rayos X abarca no solo la radioterapia, sino también varias modalidades del Diagnóstico por Imágenes.

Según datos de la **Organización Mundial de la Salud**, en el mundo anualmente se realizan más de:

**3600**     
millones de estudios **diagnósticos radiológicos**

**37**      
millones de estudios en **medicina nuclear**

**7.5**      
millones de tratamientos con el uso de la **radioterapia**

## **/ NUEVOS PROGRAMAS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD Y LA RADIACIÓN EN CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**

---

Hace más de 10 años, un selecto grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional de Energía Atómica (IAEA) se reunieron en Alemania, en la ciudad de Bonn para tomar medidas con respecto a este tema. Así se hizo un llamado al mundo de la radiología para que los estudios con imágenes se realicen en determinadas condiciones, respetando ciertas formas y contextos fundamentados según el paciente y su patología.

A partir de este primer paso que generó un protocolo para el uso seguro y de calidad de los estudios médicos por imágenes, comienzan a surgir en distintas partes del mundo iniciativas similares.

En Estados Unidos y Europa, están los programas Image Gently, Image Wisely y **Eurosafe Imaging** que impulsan el uso seguro de las radiaciones ionizantes a través de campañas y protocolos que se convierten en parámetros a seguir para la protección radiológica tanto de los médicos como de los pacientes.

En este contexto, la Sociedad Europea de Radiología es la primer organización que a través del programa Eurosafe Stars califica a distintos servicios de diagnóstico por imágenes en todo el mundo de acuerdo a sus parámetros de Quality and Safety (Calidad y Seguridad).

Cabe destacar que hasta el momento solo hay un acreditado en Argentina, el Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano de Buenos Aires fue calificado como “Servicio 5 estrellas” por cumplir con las máximas exigencias en términos de calidad y seguridad de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Radiológica Europea.

Se puede visitar, en idioma inglés, la página web de Eurosafeimaging (<http://www.eurosafeimaging.org/>), con el objetivo de conocer los parámetros propuestos y realizar autoevaluaciones para medir la calidad y seguridad de su centro médico.



por Dr. Javier Vilosio

# FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA CONTRIBUYE A MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) supone la utilización de intervenciones y tecnologías científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, en un contexto de acceso universal, a un costo sustentable, e integradas al conjunto del sistema de salud y la política social.

La APS invoca una cobertura universal con equidad social, derecho al acceso y asequibilidad de atención en los servicios de salud. Metas irrenunciables para el desarrollo socioeconómico de la comunidad. Se centra en la interconexión de los principios de equidad, accesibilidad, fortalecimiento, autodeterminación comunitaria y la colaboración intersectorial.

Se ha demostrado que algunas de las características inherentes al desarrollo e implementación de la APS impactan positivamente sobre los resultados, la



eficiencia y la calidad de los servicios. Es el caso de la continuidad del cuidado, la integralidad de la atención, y la existencia de puntos de entrada al sistema habituales<sup>1</sup>. En ello juegan un papel fundamental las cuestiones de accesibilidad, tanto geográfica, como administrativa, económica y cultural; y la integración de redes asistenciales.

*Un sistema de salud efectivo y de calidad, además de ser un objetivo prioritario en el contexto de los derechos humanos y responsabilidades*

<sup>1</sup> OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.



*del estado, es una condición necesaria para el desarrollo económico y social del país, integrando el círculo virtuoso de la salud, la productividad y el bienestar de una comunidad.*

Por otra parte, Amartya Sen (Premio Nobel de Economía, 1998) ha dicho que: **“...Hay que señalar, en primer lugar, que el mejoramiento de la Salud es una parte constitutiva del desarrollo. Quienes preguntan si una mejor Salud es un buen**

**instrumento del desarrollo ignoran quizás el elemento de diagnóstico más fundamental: que la Salud forma parte integrante del buen desarrollo.”<sup>2</sup>**

Establecida la importancia del mejoramiento de los servicios de salud en el contexto del desarrollo social y económico, es relevante recordar que la tan proclamada estrategia de APS sigue siendo un modelo de abordaje escasamente desarrollado entre nosotros, pese a la evidencia de que en el primer nivel de atención (un componente de la estrategia) deberían resolverse la gran mayoría de los problemas sanitarios prevalentes en la comunidad en condiciones de costo efectividad y calidad adecuadas.

---

<sup>2</sup> Amartya Sen, “La salud en el desarrollo”. Discurso inaugural pronunciado ante la 52ª Asamblea de la Salud, Ginebra, 18 de Mayo 1999.

La extensa oferta de prestadores de servicios de atención ambulatoria no estatales (unos 13.000) representa una oportunidad muy valiosa para la integración de estas redes, porque articular recursos estatales y privados implica mejorar la eficiencia global del sistema, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. Particularmente en un sistema altamente fragmentado y segmentado como el argentino.

Es imprescindible recordar que en nuestro país el 60% de la población cuenta con cobertura de la seguridad social o privada, y recibe atención en prestadores no estatales.

La propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido explícita sobre la vinculación entre lo estatal y lo privado al formular la actualización de la estrategia de APS:

*“La nueva definición de APS, sigue siendo la misma que la de Alma Ata, pero se enfoca sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados con y sin fines de lucro y es aplicable a todos los países”<sup>3</sup>.*

Más recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un documento técnico dedicado a analizar la integración del sector privado en la APS y la cobertura sanitaria universal expresó: **“El sector privado (tanto con fines de lucro como sin fines de lucro) desempeña un papel importante en la mayoría de los sistemas de salud del mundo. Su papel se está expandiendo en muchos países. El sector privado ofrece una combinación de bienes y servicios que incluyen: provisión directa de servicios de salud, medicamentos y productos médicos, productos financieros, capacitación para la fuerza laboral de salud, tecnología de la información, infraestructura y servicios de apoyo.”<sup>4</sup>**

Bajo un modelo prestacional basado en APS, que integre la totalidad de los recursos disponibles en el marco de las políticas sanitarias nacionales, el primer nivel de atención juega un papel central a través de la prevención a nivel comunitario y el desarrollo de intervenciones asistenciales, básicamente ambulatorias. En cualquiera de esos casos (prevención o asistencia ambulatoria) las tecnologías diagnósticas tienen un papel central, y su accesibilidad y calidad resultan sustanciales para el impacto (efectividad), la equidad y la mayor eficiencia de las políticas sanitarias.

3 OPS, “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington, D.C.

4 OMS, El Sector Privado, la cobertura universal de salud y la atención primaria de salud. WHO/HIS/SDS/2018.53, 2018.



por Mg. Bioq. Rolando Morgensterin

## ACCIDENTOLOGÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD



**Los siniestros por pinchazos de aguja no bajan: es una asignatura pendiente de los sistemas de gestión en la prevención laboral en los servicios de salud argentinos, que conspira con la salud y productividad de los trabajadores en el sector.**

Según el último “Anuario Estadístico de Accidentabilidad 2018” de la SRT, el sector de “Servicios Sociales” - que incluyen en los mismos a los “Servicios Médicos y Odontológicos” - es el sector económico con mayor cantidad de trabajadores cubiertos (44.96 %) y tiene el 34.1 % del total de las notificaciones por siniestro.

En este mismo sector, **de los 184.025 casos notificados con accidentabilidad, los accidentes en ocasión de trabajo corresponden a un 64.6 % y el accidente “in itinere” es responsable del 27.3 %.** Las enfermedades profesionales solo representan el 1.9 %, del total de notificaciones. El promedio de días con baja laboral (ILT) en este sector por toda causa es de 37.4 días y por AT/EP son de 35.2 días.

La accidentabilidad en este sector de los servicios de atención de la salud, alcanzó un promedio del 6.8 % del total de trabajadores cubiertos. Si solo tomamos los siniestrados por AT/EP (sin “itinere” ni

reagravaciones) el porcentaje baja al 3.8 % de los trabajadores cubiertos. Interanualmente, **hubo una baja de la siniestralidad del 0.5 % para el total y de 0.2 % para los solos AT/EP**. Esto implica que hay una mejora de menos de una persona cada 100 siniestros.

En los últimos cinco años la accidentabilidad en servicios de salud tiende a disminuir, a un promedio interanual del 0.3 % de los casos notificados. Resultado que aún no es totalmente satisfactorio y que impone profundizar la gestión de los programas de prevención de la accidentabilidad en el trabajo y la enfermedad profesional.

### SECTOR “SERVICIOS MÉDICOS - ODONTOLÓGICOS”

- Según el sector de “Servicios Médicos y Odontológicos”, seis dígitos del Clasificador Internacional Industrial Uniforme – CIIU - de indicadores por sector económico, Revisiones 2 y 3, se puede estimar que en las actividades asistenciales de atención de la salud durante el 2018, se han producido una **notificación promedio mensual total estimada en 1801 personas con algún tipo de siniestro y de 1235 personas siniestradas solo por accidentes de trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP)**, o sea que están excluidos los accidentes “in itinere” y las reagravaciones.

.....

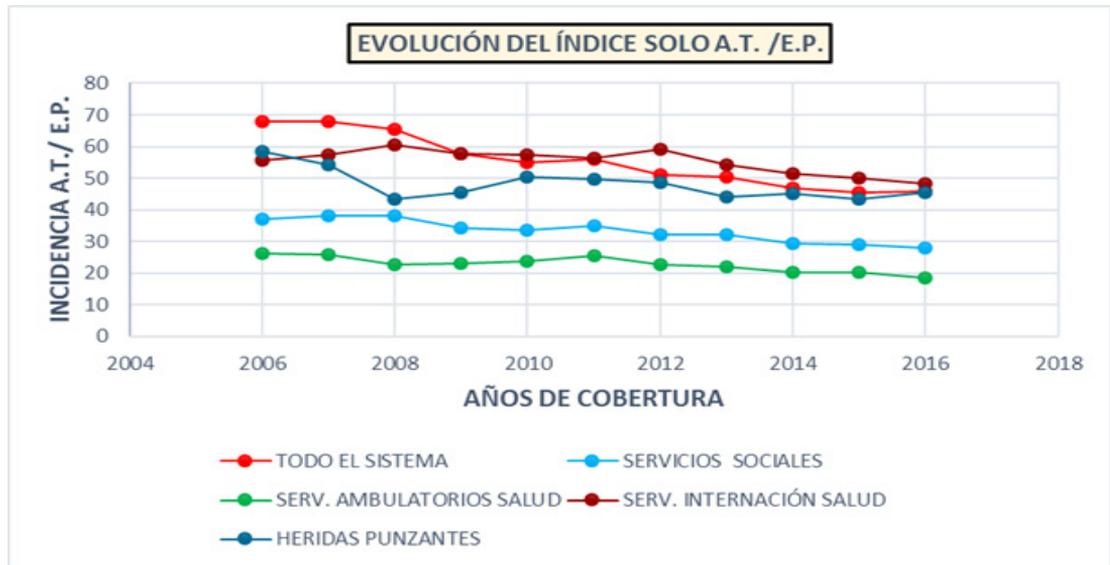
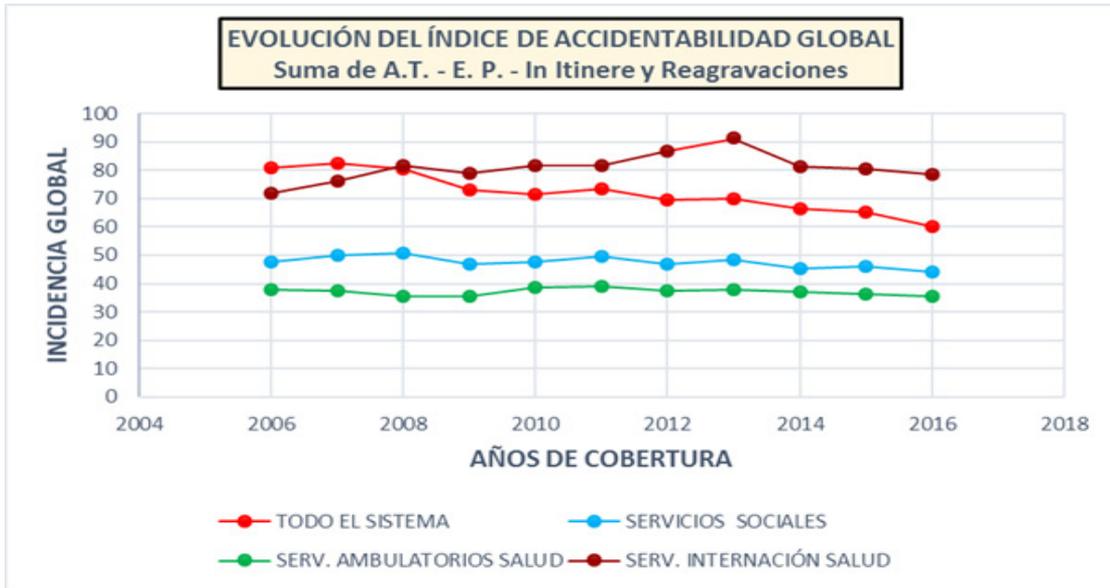
- De las notificaciones declarados por accidentes globales, destacamos que alrededor del 70.0 % responde a contusiones traumas y diferentes lesiones de tipo musculo esqueléticos, y **aproximadamente el 12.7 % responde a otros problemas del trabajo puramente operativo y propio del desempeño laboral dentro del servicio de salud** tales como las heridas cortantes, punzantes, quemaduras, intoxicaciones, exposición eléctrica y radiaciones. El efecto de impacto psíquico fue de 0.6%.

.....

- El sector de estadísticas de la SRT no ofrece datos para conocer la cantidad por este tipo de siniestros en el sector de “Servicios Médicos y Odontológicos”. *No obstante, de los nombrados siniestros, se puede inferir que **alrededor del 87.2 % de los accidentes ocurridos en ocasión del desempeño laboral dentro de los servicios de salud, obedecen a las producidas por heridas corto-punzantes.***

**/ ACCIDENTOLOGÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

Estudios sobre el total de siniestros y el de las heridas cortopunzantes



Fuente de datos: Área de Estadísticas de la SRT

- Analizando el gráfico de “Accidentabilidad Global” se observa que tanto los servicios de salud ambulatorios como los de internación, tienden a una leve baja interanual de accidentabilidad.

.....

En dimensión de su accidentabilidad, los servicios de salud de internación se hallan en nivel comparativo con otros sectores económicos de riesgo importante como la minería y el transporte.

.....

- Sobre el gráfico de “Accidentabilidad solo AT/EP” se repite la muy baja tendencia a mejorar la accidentabilidad tanto en servicios de salud de internación como en los ambulatorios.

**Los índices de accidentabilidad de las heridas punzantes, tales como el pinchazo de aguja, se revelan como de valor alto y de los más frecuentes en los servicios de salud.**

En la comparativa interanual de los últimos cinco años, no se ha observado una diferencia importante a destacar que indique una mejora sustancial en la accidentabilidad laboral tanto en los servicios de salud ambulatorio como los de internación.

**El índice de accidentabilidad de las heridas más relevantes en servicios de salud como las punzantes, se mantienen en niveles altos.**

Ello implica que la seguridad laboral en los servicios de salud es aún una asignatura pendiente. Es necesario revisar los diagnósticos de situación e implementar sistemas de gestión adecuados dirigidos a la necesidad de minimizar los riesgos, prevenir los siniestros según el tipo de servicio a ser tratado y establecer tanto una actitud como una condición segura en el desempeño laboral del trabajador.

Mg. S. Pública Bioq. Rolando Morgensterin



por Dr. Mariano Álvarez

## CADIME Y EL ECOSOC



En Enero de 2019, en la sede de la ONU ubicada en New York, CADIME fue recomendada por el Comité del Consejo Económico y Social (ECOSOC) para adquirir Estatus Consultivo Especial. La cámara empresarial logró superar un exhaustivo proceso de selección en la que se promovieron a 236 ONGs de un total de 529 solicitudes. En aquella oportunidad, CADIME fue la única Organización NO Gubernamental (ONG) argentina en lograr la distinción que vincula estrechamente a la ONU con cerca de 5100 organizaciones civiles en todo el mundo.

El ECOSOC es la puerta de entrada principal al sistema de la ONU para las organizaciones de la sociedad civil. Fue fundado en 1945 y está conformado por 54 Estados Miembros electos por la Asamblea General por un periodo de tres años. Los lugares en el Consejo se asignan

en función de la representación geográfica: 10 a los Estados de América Latina y del Caribe, 14 a los Estados africanos, 11 a los Estados asiáticos, 6 a los Estados de Europa Oriental y 13 a los Estados de Europa Occidental. Del ECOSOC dependen varios órganos subsidiarios de importancia regional, como ser la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Es dable destacar que la Argentina fue elegida para ocupar un lugar en el año 2015 con el respaldo de 182 de los 186 países votantes.

### LA IMPORTANCIA DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL SENO DE LA ONU

Desde su fundación a la actualidad, la incidencia e importancia de los aportes que la sociedad civil realiza a la ONU a través del ECOSOC ha ido en permanente

crecimiento y relevancia. En este sentido, la delegación técnica de CADIME que estuvo presente en la sesión Ordinaria del Comité de ONGs del ECOSOC en 2019, concordó con las declaraciones de Marion Barthelemy, directora de la Oficina de Apoyo y Coordinación Intergubernamental para el Desarrollo Sostenible, cuando afirmó en su discurso de apertura **“que la sociedad civil, que ha desempeñado un papel importante en la elaboración de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se encuentra ahora en el vanguardia de la acción práctica para su implementación.”**

El ECOSOC necesita y busca opiniones expertas, ideas y propuestas de la sociedad civil. Es sabido que las ONGs poseen un alto nivel de competencias especializado, flexibilidad y experiencia en el terreno, lo cual constituye un valor substancial para la ONU.

*“La complejidad de los problemas globales que enfrentan los Estados Miembros y la búsqueda de soluciones coordinadas hacen que el trabajo con las ONGs resulte insoslayable.”*

En el siguiente cuadro puede observarse como se complementan y potencian las ONGs que adquieren carácter consultivo y el ECOSOC.

<b>Una ONG con carácter consultivo puede:</b>	<b>ECOSOC brinda a la ONG la posibilidad de:</b>
Brindar un análisis experto de distintos asuntos directamente a partir de su experiencia en el campo.	Ser escuchadas por un verdadero público mundial y contribuir a su agenda.
Funcionar como un agente de alerta temprana.	Ingresar a las instalaciones de las Naciones Unidas.
Ayudar a controlar e implementar acuerdos internacionales.	Tener la oportunidad de establecer redes y nuevos contactos.
Ayudar a generar conciencia pública sobre asuntos relevantes.	Asistir a conferencias y eventos internacionales.
Desempeñar un papel mayor en el cumplimiento de los objetivos de las Naciones Unidas.	Realizar declaraciones escritas y orales en dichos eventos.
Aportar información valiosa en eventos de distintas organizaciones.	Organizar eventos paralelos.

## UNA MISIÓN DE COOPERACIÓN Y CRECIMIENTO

En Julio de 2019, el ECOSOC adoptó la recomendación del Comité de Organizaciones No Gubernamentales y otorgó el estatus consultivo especial a CADIME por considerarla una entidad competente en temas de su interés, reconociendo su labor en el ámbito de la salud y la educación. Es a partir de este reconocimiento formal cuando las ONGs pueden desplegar todo el potencial que otorga la distinción internacional.

*En el caso de CADIME, el énfasis está puesto en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) N°3: salud y bienestar, N°4: Educación de Calidad, N°5: Igualdad de Género, N°10: Reducción de las Desigualdades y N°17: Alianzas para lograr los objetivos*

La misión de cooperación y crecimiento de CADIME en el ECOSOC se materializó en la participación en eventos de importancia internacional con implicancias en nuestro país. Podemos mencionar algunos como la “Conferencia sobre el cambio climático y la seguridad internacional” organizado el año pasado por “The Nuclear Age Peace Foundation” y la Universidad de New York; la última reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre “la Cobertura Universal de

Salud (CUS)”, en donde CADIME aportó un documento especializado sobre el tema (la síntesis puede leerse en <https://www.uhc2030.org/>), o recientemente postulando su innovador Programa de Asistencia Ambulatoria Solidaria (PAAS) en el marco del quinto “Foro Multisectorial de Ciencia, Tecnología e Innovación (STI Forum)”, a realizarse los días 12 y 13 de Mayo en la sede de Naciones Unidas.



por Lic. Mariano San Martín

# ÁREA DE DESARROLLO HUMANO Y POLÍTICAS DEL PNUD ARGENTINA

Marzo 2020



## RUBEN MERCADO

Ph.D en Economía (University of Texas at Austin). Especialista en Economía Computacional, Modelización Económica y Desarrollo Económico. Actualmente es Senior Economist del PNUD Argentina. Ha sido Profesor de la University of Texas, Bryn Mawr College-Pennsylvania, ITESM-México, la Universidad de Buenos Aires, Unqui y FLACSO; Senior Economist de Wharton Econometrics; y Chair for the Study of Western Hemispheric Trade del Lozano-Long Institute of Latin American Studies. Es miembro de la Society for Computational Economics, el Editorial Board de Computational Economics, la Asociación Argentina de Economía Política y el Instituto de Desarrollo Económico y Social.

## GABRIELA CATTERBERG

Ph.D en Ciencia Política (University of Michigan) y Licenciada en Economía (Universidad Di Tella). Trabaja desde hace más de 10 años en el área de Desarrollo Humano y Políticas del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Argentina, dónde es directora del Informe Nacional de Desarrollo Humano y de la serie Aportes. Es autora principal de las publicaciones “Género en el sector salud” (2018), “Género en el trabajo” (2014) y “Género en Cifras” (2011). Entre 1996 y 2002 fue asistente de investigación de Ronald Inglehart en la Encuesta Mundial de Valores (Institute for Social Research). En el año 2006 recibió el premio al mejor artículo del año del *International Journal for Public Opinion Research*.

**CUALES SON LOS TEMAS DE MAYOR PREOCUPACIÓN PARA EL PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS Y LOS TEMAS DE AGENDA DE LOS PRÓXIMOS AÑOS?**

Los retos económicos, sociales y ambientales que enfrenta el mundo contemporáneo son problemas de sostenibilidad, que requieren cambios conceptuales y acciones concretas.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es la nueva agenda de desarrollo de las Naciones Unidas. Su idea central, el desarrollo sostenible, se entiende como la articulación virtuosa entre el crecimiento económico, la inclusión social y la sostenibilidad ambiental. Es una agenda transformativa: presenta 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en función de los que es preciso implementar estrategias de cambio que reorienten el desarrollo de los países hacia un paradigma centrado en la sostenibilidad. Tiene, además, un conjunto de características sobresalientes: es inclusiva y participativa, integral y universal, y se funda en los derechos humanos y en los tratados internacionales.

---

**CUÁLES FUERON LOS PRODUCTOS DE CONOCIMIENTOS REALIZADOS POR EL PNUD ARGENTINA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?**

Desde el PNUD Argentina, se realizan desde hace más de 20 años, productos de conocimiento innovadores y con un riguroso contenido empírico. Su objetivo principal es contribuir al debate sobre

políticas de promoción del desarrollo en el país en colaboración con agencias gubernamentales, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil. Entre las publicaciones más recientes se encuentran el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2017, Ensayos sobre desarrollo sostenible: la dimensión económica de la Agenda 2030 (2019) y Género en el sector salud: feminización y brechas laborales (2018).

---

**CUÁLES FUERON ALGUNOS DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS DEL INFORME NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO (INDH)?**

El INDH 2017 explora luces y sombras que impulsan a explorar senderos posibles para encarar una dinámica de desarrollo sostenible en el país. En la dimensión económica, desde hace ya varias décadas, **la macroeconomía presenta una elevada volatilidad, con períodos de aceleración seguidos de recesiones o de crisis profundas, que redundan en una tasa de crecimiento promedio menor que la potencial.** En la dimensión de inclusión social, en términos históricos, los niveles de pobreza y de indigencia son muy altos, con un piso promedio superior al 20% en los últimos 25 años, que es indicativo de la conformación de un núcleo duro de pobreza. En la dimensión de sostenibilidad ambiental, no presenta serios problemas de sostenibilidad del desarrollo derivados de su balance macroambiental, dado que la huella

ecológica se ha mantenido siempre muy por debajo de la biocapacidad del país, aunque esta última tiende a reducirse. Sin embargo, se evidencian problemas de contaminación, erosión de los suelos, y pérdida de bosques y de biodiversidad.

---

**ESPECÍFICAMENTE, EN EL SECTOR SALUD QUE FORTALEZAS Y DEBILIDADES ENCUENTRAN EN NUESTRO PAÍS?**

Respecto a la salud, la situación epidemiológica es dual, pues enfermedades transmisibles y altas tasas de mortalidad materna (típicas de los países subdesarrollados) coexisten con enfermedades no transmisibles (típicas de los países desarrollados), mientras que el sistema de salud es universal pero presenta circuitos diferenciados de calidad. Argentina cuenta con un diversificado sistema de salud, un amplio componente de instituciones públicas estatales nacionales y provinciales, un sistema de obras sociales mayormente ligadas a los sindicatos y un importante sistema de medicina privada prepaga. Esta diversificación está acompañada de problemas de superposición de coberturas, de la falta de coordinación entre diferentes jurisdicciones y segmentos del sistema, y de niveles muy heterogéneos de calidad. Se estima que el gasto total en salud del país (público y privado) ascendió a alrededor del 10% del PIB en 2011, y que la mitad de ese gasto correspondió al sistema público y

de obras sociales, y la otra mitad, al sector privado (PNUD 2011). Este valor acerca a Argentina a la proporción de gasto de los países de Europa Occidental. Sin embargo, los resultados epidemiológicos y sanitarios son insatisfactorios e inferiores a los registrados en esos países, lo que manifiesta la existencia de ineficiencias estructurales en la canalización y el uso de los recursos.

---

**QUÉ DIMENSIONES DEL DESARROLLO HUMANO MIDE EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH)?**

El IDH es una medida resumen de la evaluación de progreso a largo plazo en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, acceso a educación, y un nivel de vida digno. El indicador de una vida larga y saludable se mide por la esperanza de vida; el acceso al conocimiento se mide a través del promedio de años de escolaridad para la población mayor a 25 años y los años esperados de escolarización para los niños en edad de ingreso escolar; y nivel de vida se mide por el Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita expresado en dólares internacionales constantes de 2011, convertidos utilizando la paridad del poder adquisitivo (PPA). El IDH está comprendido en un rango entre 0 y 1. Cuanto más se aproxima a 1, mayor es el nivel de desarrollo humano.

**DE ACUERDO CON EL IDH, EN QUE POSICIÓN SE ENCUENTRA ARGENTINA Y CÓMO HA EVOLUCIONADO?  
CUÁL ES SU POSICIÓN EN AMÉRICA LATINA? Y A NIVEL GLOBAL?**

**El valor del IDH de Argentina para el 2018 es 0,830, ubicando al país en la posición 48 de los 189 países y territorios considerados.** Entre el 2018 y el 2017, el valor de IDH del país se mantuvo prácticamente constante, si bien el INB per cápita se redujo de USD18.462 a USD17.611. Debido a las características en el cálculo del IDH, esta reducción no se refleja en el corto plazo. Los otros componentes no presentan variaciones en período 2017-2018.

**El ranking global es liderado por Noruega (0,954), en la posición más baja se encuentra Níger (0,377).** En términos de América Latina, Argentina se ubica por encima del promedio (0,759) y segunda en el ranking regional, por debajo de Chile, que ocupa la posición 42 (con un valor de 0,847). Es seguida por Uruguay, en el puesto 57 (con un valor de 0,808). Por su parte, **se encuentra por debajo del promedio de los países con muy alto desarrollo humano, que es de 0,892.**



por Lic. en Relaciones Internacionales Lucía Moyano Rebón

## La Crisis de la desigualdad, una mirada al informe especial del BID



El **Banco Interamericano de Desarrollo (BID)** presentó en septiembre del corriente año, un *informe especial sobre la crisis de las desigualdades en América Latina y el Caribe*<sup>1</sup>, un recorrido por los **factores económicos subyacentes que las explican y aproximaciones sobre el impacto tras la pandemia por Covid-19**.

Dicho informe da cuenta de cómo **las desigualdades presentes en diversos aspectos de la vida de las personas, aumentan enormemente sus factores de riesgos, principalmente de aquellas más pobres**.

<sup>1</sup> Busso, M, Messina, J. (09-2020) "La Crisis de la Desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada". Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/la-crisis-de-la-desigualdad-america-latina-y-el-caribe-en-la-encrucijada>

Cabe entonces preguntarnos: ¿Cuáles son los factores que influyen en la salud? El **BID** señala algunos de ellos entre los que destaca los **factores ambientales**, como las condiciones de vivienda y la contaminación; **los hábitos relacionados con la salud**, como por ejemplo, la dieta, la actividad física y el sueño; y el **uso de los servicios sanitarios**, entre los que se encuentran la atención preventiva y curativa.

A nivel formal, los países de América Latina y el Caribe poseen un firme compromiso para proporcionar acceso a los servicios sanitarios y garantizar el derecho a la salud con el fin de disminuir esos factores que influyen en el estado de salud de su población<sup>2</sup>. Ahora bien, ¿Qué nos muestra la realidad concreta en estos países?

Según la medición realizada por la encuesta a los hogares del Banco Mundial, la cobertura sanitaria efectiva ha mejorado entre 1990 y 2012 en todos los países de América Latina excepto Brasil<sup>3</sup> y a su vez, estos han aumentado con poca variación su gasto en salud. **SEGÚN UN ESTUDIO REALIZADO POR LA OPS/OMS JUNTO CON LA DIRECCIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD ARGENTINO<sup>4</sup>,**

2 Assessing Latin America's Progress Toward Achieving Universal Health Coverage. (10-2015). Recuperado de: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2014.1453>

3 Assessing Latin America's Progress Toward Achieving Universal Health Coverage. (10-2015). Recuperado de: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2014.1453>

4 OPS/OMS Argentina. (12-2019) "Cuánto gasta Argentina en Salud: un análisis de las

cuentas en el sector público, privado y de la seguridad social". Recuperado de: [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10420:cuanto-gasta-argentina-en-](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10420:cuanto-gasta-argentina-en-)

**ARGENTINA EN 2017 REALIZÓ UN GASTO EN SALUD DEL 9,4% DEL PRODUCTO BRUTO INTERNO (PBI) MARCANDO DIFERENCIA CON RESPECTO A SUS VECINOS.** El BID señala que a pesar de los esfuerzos, la región sigue teniendo niveles bajos de gasto en salud en comparación tanto con los países de la OCDE como con los criterios establecidos por la OMS.

Las estadísticas muestran un gasto medio en la región con poca variación en los últimos veinte años que asciende a aproximadamente al 6,64% del PIB. Una cifra que se observa muy por debajo de la mediana del 8,97% del gasto en los países de la OCDE, aunque sitúa al gasto argentino en salud por encima de la mediana en estos países.

¿Qué nos reflejan estos datos, teniendo en cuenta las desigualdades? Que aunque el avance hacia la ampliación de la cobertura de seguros de los trabajadores informales en América Latina ha generado resultados positivos de salud que condice con el firme compromiso de los países de la región para garantizar el acceso a los servicios sanitarios. Los sistemas de salud en América Latina **aún siguen fragmentados** y proporcionando un **acceso inadecuado** a los servicios para las personas pobres.

El documento reafirma una **realidad presente en los barrios más vulnerables**, las personas más necesitadas muchas veces se ven obligadas a hacer importantes gastos de

[salud-un-analisis-de-las-cuentas-en-el-sector-publico-privado-y-de-la-seguridad-social&Itemid=225](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10420:cuanto-gasta-argentina-en-salud-un-analisis-de-las-cuentas-en-el-sector-publico-privado-y-de-la-seguridad-social&Itemid=225)



su propio bolsillo para compensar los **largos tiempos de espera** y la **atención de baja calidad**.

Además, agrega que **“LOS NIVELES DE GASTO DE BOLSILLO DE LAS PERSONAS AÚN SIGUEN SIENDO ALTO INDICADOR DE QUE LA COBERTURA POR DEFECTO ES INADECUADA Y SUPONE UN ENORME RIESGO ECONÓMICO PARA LOS HOGARES”** (BID, 2020). Los gastos de bolsillo en la región son una **parte importante de los gastos en salud** y **ascienden a aproximadamente al 28,62% en el país promedio, muy por encima del 17,25% en los países de la OCDE**, pueden ver estos datos en el Gráfico 6.2 (BID, 2020, P.135) del informe completo del BID.

La **desigualdad es el denominador común entre las personas más pobres sin distinción de fronteras**. Los autores Samuel Berlinski, Jéssica Gagete-Miranda y Marcos Vera-Hernández, determinan en su capítulo que, **“LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS SON EVIDENTES EN LA INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT) COMO LA HIPERTENSIÓN, EL COLESTEROL ALTO Y LA OBESIDAD”**.

La actualidad presenta **nuevos desafíos en la región** que se ven atravesados por altos niveles y que deberán atenderse en conjunto si queremos garantizar el bienestar de todas las personas. *Berlinski, Gagete-Miranda y Vera-Hernández*, explican que *“los recientes aumentos en la incidencia de enfermedades transmisibles, como el dengue y el Covid-19 sumado a una población envejecida vulnerable a las enfermedades no transmisibles, tales como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, ponen al límite los recursos*

*de unos sistemas de salud ya de por sí insuficientemente financiados”* (BID, 2020).

Según la 4° edición de la *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo* <sup>5</sup> elaborada por la cartera sanitaria nacional y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en convenio con las DPE, en la Argentina las **enfermedades no transmisibles representan el 73,4%** de las **muer**tes (INDEC,2019).

Como expresa el documento redactado por el BID, el sector sanitario **está regulado** por los gobiernos para poder asegurar los niveles y la distribución del gasto sanitario en su territorio por dos motivos: **garantizar la equidad** y la **eficiencia para suplir las fallas de mercado** que pueden afectar los niveles de acceso a los servicios de salud y el bienestar de la población.

---

5 4° edición de la *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo* elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. Recuperada de: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_definitivos.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf)

La **salud es un derecho humano**. Como afirma el documento especial del BID, todas las personas deberían **tener acceso a la atención sanitaria según sus necesidades** y no sus recursos. En ausencia del Estado, no obtendrían un nivel óptimo de atención sanitaria debido a los importantes fallos de mercado, enfatizan los autores y agregan que, las fallas de mercado en salud abarcan desde las **externalidades inherentes a las enfermedades transmisibles** hasta la **información asimétrica** entre los **proveedores de salud**, las **aseguradoras** y las **personas**.

Es por todo esto que el **diseño del sistema sanitario** se convierte en una pieza fundamental para **garantizar el acceso equitativo de la población a la salud** porque **influye directamente** en todas las **decisiones** que **toman las personas**, los **proveedores de salud** y los **responsables de las políticas públicas**.



por **Cintia Capellán**



por **Lic. Lucía Moyano Rebón**

## CADIME: UN ESPACIO PARA LA ACCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL SECTOR SALUD.



Los eventos y capacitaciones organizados por **CADIME** históricamente se caracterizaron por **fomentar el intercambio social y profesional con altos estándares de calidad**, en este sentido la presencialidad siempre fue clave para conocernos, intercambiar experiencias, mirarnos a la cara y aplaudir de pie luego de una exposición magistral.

La pandemia nos presentó un gran desafío: **continuar con eventos, capacitaciones, charlas y seminarios a través de plataformas digitales**. Esto que podía considerarse una barrera, por el contrario, se convirtió en una gran oportunidad, nos permite asistir a un mismo encuentro con prestadores de todo el país, contar con múltiples oradores internacionales y autoridades nacionales comprometidas con la salud, la tecnología, la innovación y los valores de la Cámara. Todo esto sin perder la participación activa de todas y todos los asistentes.

Desde **CADIME** trabajamos constantemente por la reconversión del sector para fortalecer a los pequeños y medianos prestadores ambulatorios de la salud. Por eso, la cámara desde 2019 es parte del Consejo Asesor de Telesalud del Ministerio de Salud de la Nación por medio de su representante, el *Dr. Atilio Giordano –Miembro de la Comisión Directiva y Responsable de Salud Digital de la cámara*. Desde este espacio colaboramos con la elaboración de informes y protocolos para la implementación de estas tecnologías.

En este contexto, en julio compartimos el evento **“La teleasistencia y teleconsulta ante demandas esenciales, perspectiva de las pymes”** que contó con más de **470 espectadores** y la presencia del **Diputado Nacional por la Provincia de Tucumán Dr. Pablo Yedlin** quien es el redactor del proyecto de Ley de Receta Digital y Electrónica y Teleasistencia, la doctora **María Celeste Savignano, Coordinadora Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud de la Nación, Francesc Saigí Rubió, especialista en eHealth, PhD de la Universidad Oberta de Catalunya**, el **Dr. Mario Raymundo Fiad, Senador de la Nación y Presidente de la Comisión de Salud del Senado**, el **Dr. Joaquín Larrabidé, Director de la Unidad de Fortalecimiento del Sistema de Salud, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires** y el **Dr. Emiliano López, responsable de talento humano del Ministerio de Salud de la Nación**.



Desde la **Incubadora** de negocios que impulsa desarrollos científicos y tecnológicos aplicados a salud, **acompañamos a LUMI, un sistema de desinfección de aire y superficies basado en tecnología UV-C, otorgándole recursos a sus creadores para que lleven a cabo la construcción de dos dispositivos que luego fueron donados al Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas y Hospital HIGA Dr. Diego Paroissien** de Isidro Casanova. Esta acción busca prevenir los contagios y cuidar la salud de las y los trabajadores y de la sociedad en su conjunto.

El equipo de **Incubadora CADIME** acompañó, asistió y mentoreó a emprendedores solidarios con soluciones orientadas a la pandemia. Uno de ellos es **DuplicAR, un equipo de médicos que diseñó y patentó un sistema de adaptadores para ventilar de manera independiente y en simultáneo a dos pacientes con un mismo respirador.** Estos adaptadores que se encuentran en proceso de validación, permitirían individualizar los parámetros de ventilación de cada uno de los pacientes según las necesidades particulares evitando la contaminación cruzada.

Durante el mes de abril desde **CADIME** auspiciamos y acompañamos el 1° Simposio Online de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Regenerativa que organizó la **Dra. Mariela Guasti.** Contó con las ponencias del **Dr. Sergio Muryan, el Lic. Matías Medina, la Dra. Patricia Isgro, el Dr. Roberto Heredia, el Dr. Andrés Ozols y el Dr. Fernando Pitossi.**

Expertos de **CADIME** colaboraron en la **redacción del documento oficial del Ministerio de Salud de la Nación sobre las recomendaciones para la atención programada de diagnóstico por imágenes en contexto de pandemia que se emitió el 22 de abril de 2020.** Esta acción en el marco de colaboración público-privada busca contribuir en la prevención en salud y el bienestar de toda la comunidad.

El **Dr. Mariano Candiotti Lehmann** miembro del equipo de **Incubadora CADIME** participó en representación de la Cámara en el **webinar “Innovación y pandemia: ¿Cuáles son los desafíos?”** donde se difundieron las acciones realizadas para acompañar el desarrollo de soluciones a problemas sanitarios en el marco de la pandemia. Además, el **Dr. Candiotti** contó sobre el trabajo de asistencia y vinculación tecnológica que se realizó con los proyectos incubados.

Además se abrió un espacio de conversación, diálogo y reflexión a cargo del experto **CADIME, Lic. José Chojrin** para otorgar insumos, herramientas y desarrollar algunas ideas sobre cómo organizarse y para afrontar las situaciones de estrés o fatiga que se generan ante la vivencia de un contexto de pandemia.

En mayo compartimos un encuentro sobre **Covid-19** para **revisar el estado actual de los criterios diagnósticos utilizados, la presentación clínica, los principales medicamentos en estudio para su tratamiento, y el desarrollo de posibles vacunas.** Esta actividad tuvo

por objetivo informar a los equipos de salud de las pymes socias de la Cámara para que accedan a datos concretos, validados y oficiales. En un contexto de sobre información es importante brindar información de calidad.

El **Dr. Rolando Morgensterin** brindó consultorías y asesoramiento técnico. Este espacio está abierto a socios de la Cámara para que puedan tomar contacto directo y en tiempo real, a fin de responder inquietudes, facilitar actividades y dar información sobre temas técnicos y administrativos de cualquier especialidad clínica. **Es clave para la Cámara ofrecer constante acompañamiento a sus asociados y más en los tiempos complejos.**

**IMPACTO PRESTACIONAL: FORTALECER COMUNICACIÓN**

CADIME  
CÁMARA DE INSTITUCIONES DE MÉDICOS DE BUENOS AIRES

- Por el COVID-19, todos los prestadores están sufriendo una caída prestacional crítica, que va del 60 al 80%. **Causa: MIEDO**
- **Urge implementar estrategias ofensivas de comunicación a través de:**
  - Newsletter institucionales.
  - Usar redes sociales.
  - Usar las bases de datos, de médicos y pacientes, en particular crónicos y de chequeos pendientes. **Avisar atención biosegura.**
  - **Implementar y actualizar los medios digitales de atención.**
- Aleccionar al personal de contacto y de recepción, para tener una **óptima atención al paciente** que se atenderá en Servicio.
- No dejen de **leer los Newsletters e Infos que CADIME** envía por mails, web y redes sociales, sobre AFIP, SSS, MSAL y otros

Desde el área de Capacitación CADIME que coordina la **Lic. Susana Gutztat** se ofreció una **capacitación sobre redes sociales exclusiva para socios de la Cámara** con el fin de potenciar sus capacidades y que logren mayor visibilidad sus negocios. **Cintia Capellán** capacitó a más de 45 pymes sobre cómo mejorar y aumentar su comunicación digital.

Durante el mes de junio el **Mg. Mariano San Martín** ofreció una **capacitación en “Macroeconomía”** donde se brindó un análisis sobre la situación económica actual y las proyecciones a futuro.

Por medio de nuestro experto, el **Dr. Rolando Morgensterin** capacitó a pymes socias en bioseguridad para

**servicios ambulatorios de salud para que reciban información actualizada que les permita incrementar su capacidad para implementar bioseguridad y fortalecer las medidas de prevención aplicadas, logrando minimizar las probabilidades de contagio ante el Covid-19.**

Como decíamos al comienzo, el distanciamiento físico no fue un impedimento para continuar con los encuentros profesionales. **Esta coyuntura nos exige estar a la altura de las circunstancias y no descuidar a las y los socios de CADIME que se caracterizan por ser mayormente PYMES que buscan estar actualizados y acompañados.**



por Lic. José Chojrin

## EL TABLERO DE COMANDO

### ¿UNA HERRAMIENTA VALIOSA PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD?



Mejorar la comunicación y la colaboración y contar con una visión holística del negocio son cuestiones prioritarias para los directivos empresariales. En las empresas de salud se agrega la necesidad de adoptar un enfoque más estratégico - además de procurar diferenciar los servicios y reducir los costos sobre la base de esfuerzos individuales - incorporando nuevas y mejores herramientas. Esto explica el interés creciente de muchos directivos del Sector Salud respecto al Tablero de Comando (Balanced Scorecard).

#### ¿PERO QUE ES EN DEFINITIVA EL TABLERO DE COMANDO?

En pocas palabras, es una herramienta que permite hacer un seguimiento y medir diferentes indicadores de una empresa, reflejando el estado de las áreas clave. Permite obtener un diagnóstico holístico a partir de la información recopilada, y ayuda a evaluar la estrategia planteada, optimizar los recursos y tomar mejores decisiones.

## / EL TABLERO DE COMANDO

### ¿UNA HERRAMIENTA VALIOSA PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD?

La versión original se basa en cuatro perspectivas: Clientes – Procesos – Aprendizaje – Finanzas. Indica que se debe hacer para satisfacer las necesidades de los clientes, en que procesos se debe trabajar para mejorar la atención de dichas necesidades, y que aspectos son críticos para mantener la excelencia, además de monitorear el estado financiero de la empresa.

En las organizaciones de salud un tablero podría incorporar más indicadores,

incluyendo por ejemplo a los pacientes, los financiadores, los procesos internos, el aprendizaje organizacional y la perspectiva financiera.

Pero el punto de partida no es el diseño del tablero en sí mismo, sino el Marco Lógico para el proyecto. La siguiente matriz (USAID – PNUD) aporta un instrumento metodológico muy útil para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación del Tablero de Comando.

**Formato clásico de la Matriz del Marco Lógico**

	Descripción Narrativa	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Objetivos a largo plazo				
Objetivos a mediano plazo				
Objetivos específicos				

¿Qué quiere alcanzar el proyecto?

¿Cómo sabemos que los objetivos se están alcanzando?

¿Cómo conseguimos los datos?

¿Qué factores podrían afectar el logro de los objetivos?

Con los indicadores adecuados es posible medir no solo los resultados tangibles sino también los intangibles (performance de los empleados, calidad de atención a los pacientes, relación con los financiadores, calidad de las prestaciones, etc.)

Los indicadores pueden ser:

- **Indicadores de resultado:** miden el grado de consecución de cada objetivo estratégico.  
.....
- **Indicadores de causa:** miden el resultado de las acciones que permiten u obstaculizan la consecución de dichos objetivos.

## / EL TABLERO DE COMANDO

¿UNA HERRAMIENTA VALIOSA PARA LAS ORGANIZACIONES DE SALUD?

### EL TABLERO DE COMANDO COMO HERRAMIENTA DE CONTROL

A veces se confunde el control de la gestión con una lista de medidas de control implementadas sin una conexión directa o clara con el proyecto o la estrategia de la organización.

Pero la palabra control tiene un sentido imperativo y no refleja con exactitud lo que realmente se busca con un Tablero de Comando, que tiene mucho más que ver con la actitud y el compromiso de las personas que con el control de sus acciones individuales.

El propósito del Tablero de Comando es detectar la causa raíz de las desviaciones en la calidad de los servicios y las prestaciones. Ciertamente la traducción del término Balanced Scorecard no ayuda demasiado: las expresiones “Tablero de Comando” o “Tablero de Control” tienen una connotación imperativa. Pero esta no tiene describe adecuadamente lo que realmente se pretende, ni favorece el marketing interno de la filosofía de los indicadores de gestión. La propuesta es incorporar un **Sistema de Puntuación Equilibrada** que permita la toma de decisiones a partir de una comprensión compartida e integral de la organización y su performance (decisiones responsables, confiables, consultadas e informadas en todos los niveles, sostenidas por una comunicación clara respecto a lo que se espera de cada uno en su trabajo).

Como es lógico la perspectiva financiera resulta el parámetro crucial, pero el hecho de que todas las demás perspectivas

puedan ser visualizadas apuntala el objetivo a largo plazo: el rendimiento financiero que sostendrá y hará posible la continuidad de la empresa.

Las principales contribuciones de un Tablero de Comando son:

- **Visibilidad:** una visión global de la empresa que permite conocer lo que sucede en cada momento, en cada área  
.....
- **Comprensión:** de los procesos internos y de los factores que influyen sobre ellos.  
.....
- **Ahorro de tiempo:** reduce la cantidad de minutos, horas y jornadas que se pierden a lo largo del año en busca de informes, documentos y datos para conocer los resultados.  
.....
- **Mejora continua:** permite implementar planes de mejora a partir de una medida rendimiento objetiva a nivel de la organización y a nivel individual  
.....
- **Aumento del rendimiento de los empleados:** cuando los empleados saben que su rendimiento está siendo evaluado de forma automática y tienen acceso a esos datos, su forma de enfrentarse a las actividades diarias cambia para mejor.  
.....
- **Motivación:** el estímulo positivo impulsa a los empleados a concentrar sus esfuerzos en lo que verdaderamente vale la pena y va a generar valor.

Fuentes

A Review of the use of the Balanced Scorecard in Healthcare, BMcD Consulting-PNUD



por Cintia Capellán



por Lic. Lucía Moyano Rebón

NOTA DENGUE.  
**“NOVEDOSO KIT DE DETECCIÓN  
RÁPIDA DEL DENGUE  
DESARROLLADO EN  
LA UNSAM”**



Un equipo interdisciplinario de investigadores de la Universidad Nacional de San Martín desarrolló un kit diagnóstico para detectar el dengue sin necesidad de equipos complejos y en **solo 5 minutos**.

## **/ NOTA DENGUE. “NOVEDOSO KIT DE DETECCIÓN RÁPIDA DEL DENGUE DESARROLLADO EN LA UNSAM”**

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* que afecta a varios países de América. Según la OPS/OMS las tasas de incidencia acumuladas por subregiones para el año 2019 superaron las de 2015 y 2016 en subregiones, con excepción de la subregión Andina. En 2019 América del Sur tuvo 2.423.841 casos de dengue según el informe n° 489 del Boletín integrado de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación.

Esta enfermedad se transmite cuando el mosquito se alimenta con sangre de una persona enferma de dengue y luego pica a otras personas les transmite esta enfermedad. El dengue es prevenible con la eliminación del mosquito vector, por eso las políticas de prevención y detección temprana son claves para la erradicación.

En Argentina, el gobierno nacional por medio del Ministerio de Salud de la Nación está trabajando en forma articulada con ministerios provinciales y distintas jurisdicciones para conocer cómo se están llevando a cabo las tareas de prevención del dengue y eliminación de los criaderos del mosquito vector.

La situación nacional requiere de esta articulación, según el último boletín difundido por el ministerio de Salud de la Nación, se comunica que ya hay casos positivos de dengue en 15 provincias, notificando un total de 6.991 casos con sospecha de dengue u otros arbovirus, de los cuales 1.743 resultaron confirmados y probables para dengue entre importados y autóctonos (*temporada desde la SE 31 de 2019 hasta el 2 de marzo de 2020*).

El doctor Juan Ugalde es doctor en biotecnología y biología molecular, postdoctorado en patogénesis microbiana, licenciado en ciencias biológicas, investigador principal de CONICET y decano de investigaciones biotecnológicas de la UNSAM; Diego Comerci es biólogo y doctor en biología molecular y biotecnología, lidera un grupo de investigación del Instituto de Investigaciones Biotecnológicas dedicado al estudio de los mecanismos que usan las bacterias patógenas para causar enfermedad, con el objetivo de encontrar nuevas estrategias para combatirlas, es

investigador de La CNEA y el CONICET y Profesor de Microbiología de UNSAM.

Ambos investigadores trabajaron en la creación de un kit de detección rápida de dengue que en 5 minutos permite diagnosticar la enfermedad. **A principio de año, fueron entrevistados por segunda vez por el Dr. Luis Sokol en el Programa Diagnóstico & Debate TV, impulsado por CADIME y auspiciado por Fundación DPT y el Programa FIVES.**

### **¿CÓMO SE DESARROLLÓ EL KIT DE DIAGNÓSTICO?**

**Diego Comerci** - Desarrollamos un test en formato inmunocromatográfico. Es un test rápido de tiras reactivas que detectan el dengue sobre una gota del suero del paciente en un tiempo máximo de 5 minutos.

---

### **EL PROCESO DE DESARROLLO FUE LARGO**

En 2014 los Cascos Azules argentinos que prestaban servicio en Haití enfermaban gravemente de Dengue y Chikungunya, ante este problema, el Ministerio de Defensa de la Nación solicitó a la Universidad de San Martín la creación de un test de diagnóstico que sea rápido y eficiente. En los hospitales de campaña no había electricidad, entonces surgió la idea de estos test que son similares a los test de embarazo, no requieren infraestructura, cadena de frío ni alta sofisticación y rápidamente pueden dar un diagnóstico certero.

Así, con financiación del Ministerio de Defensa y de la UNSAM, se desarrollaron los principios activos, las moléculas que van dentro de las tiras, que contienen nanotecnología y biotecnología.

---

### **¿CÓMO FUNCIONA EL TEST?**

**Juan Ugalde** - El sistema detecta la huella inmunológica que deja el virus en el paso por el cuerpo del ser humano.

La infección puede detectarse en una primera etapa febril que transcurre entre el día en que se contrae la enfermedad y quinto día, o más adelante luego del quinto día en lo que llamamos etapa crítica. A medida que el virus pasa por el cuerpo y transcurre el tiempo, va dejando una huella, una respuesta inmunológica que es el anticuerpo que genera el organismo, las tiras contienen moléculas del virus que detectan esos anticuerpos. Por eso, se denomina detección indirecta porque lo que medimos es cómo el cuerpo responde al virus.

*Este test tiene una eficiencia del 95% en pacientes en etapa crítica y de un 80% en la temprana etapa febril.*

---

### **PROCEDIMIENTO.**

#### **UN TEST RÁPIDO Y TEMPRANO.**

**Diego Comerci** - Este test se hace en presencia del paciente y permite detectar las primeras etapas de la infección.

¿Por qué es importante detectar en forma temprana el Dengue? Como es una enfermedad transmitida por un vector, el mosquito Aedes Aegypti, que tiene un rango de vuelo limitado de no más de 100 o 200 metros alrededor de donde andan. Es probable que en el domicilio o el lugar de trabajo de esa persona es donde haya sido picada por mosquitos que transmite el virus. Identificar esos lugares para acudir rápidamente a realizar la fumigación, desinfección y el descacharreo hace que menos personas contraigan la enfermedad.

## / NOTA DENGUE. “NOVEDOSO KIT DE DETECCIÓN RÁPIDA DEL DENGUE DESARROLLADO EN LA UNSAM”

De esta forma, se contiene la expansión. Es importante que los efectores de salud pública puedan tomar medidas eficaces para la contención de la expansión de la epidemia y esta es una herramienta.

### ¿CÓMO SE HA EXPANDIDO LA POSIBILIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE ESTE RECURSO?

**Diego Comerci** - Este kit es ideal para ser utilizado en los centros de atención primaria, sea la guardia del hospital o el lugar donde acude el paciente con los primeros síntomas a la consulta. Actualmente estamos recibiendo requerimientos de municipios y del Ministerio de la Nación.

**Juan Ugalde** - El diagnóstico bioquímico de dengue está centralizado. Cuando el paciente llega al centro de atención primaria, se le toma una muestra que se envía a centros de referencia que muchas veces están lejos, el método de diagnóstico que hoy se utiliza tarda entre 24 y 48 horas desde que llega al centro. Desde que la persona se presenta con la sintomatología, va a al hospital, la diagnostican y vuelve, pueden pasar semanas.

Descentralizar el diagnóstico permite detectar un caso y tomar medidas en forma rápida.

*Si uno detecta una persona infectada, se pueden tomar medidas ese mismo día, fumigar en esa manzana en donde probablemente esté el nido del vector, desinfectar y prevenir más infecciones.*

**Diego Comerci** - ANMAT aprobó en febrero de 2020 la implementación del kit diagnóstico, desde entonces el Ministro de Salud y el ministro de Ciencia y Tecnología de la Nación coincidieron en que es una herramienta central para el programa de control de la epidemia y se comprometieron a aplicarlo rápidamente.

**Juan Ugalde** - Cuando aparece esta herramienta novedosa debe darse una articulación para dar respuesta e implementar en forma rápida.

**Diego Comerci** - Cerramos un círculo comenzando por escuchar la necesidad, luego realizando la investigación aplicada en la UNSAM, hasta el proceso de transferencia tecnológica a una plataforma productiva diagnóstica como lo son las tiras reactivas.

La fabricación de este kit está a cargo de la empresa Biochemiq una empresa que comenzó como una startup de salud de base tecnológica, fundada con el apoyo del Estado y que está incubada en el mismo campus de la universidad de San Martín.

### Mirando al futuro

Los investigadores ahora se enfrentan al desafío de crear una herramienta diagnóstica que detecte la infección por Escherichia Coli. El Ministerio de Salud de la Nación, les planteó la necesidad de implementar un sistema similar al kit de detección rápida de dengue, pero que permita el diagnóstico de la infección que causa el síndrome urémico hemolítico.

## **/ NOTA DENGUE. “NOVEDOSO KIT DE DETECCIÓN RÁPIDA DEL DENGUE DESARROLLADO EN LA UNSAM”**

---

**Diego Comerci** - Había una carencia en el diagnóstico y una eficacia de un 20% en los casos que se podían diagnosticar la bacteria que produce esta infección, entonces hicimos una investigación junto con el Hospital Malbrán y logramos hacer un diagnóstico rápido en este mismo formato para detectar E-Coli 157 y similares. Este test ya lo probamos con éxito en Holanda y la efectividad del diagnóstico pasó del 20% al 85%.

**CADIME busca el reconocimiento a la labor de los científicos y darle la difusión necesaria por la importancia que tiene.**

### **Texto**

Cintia Capellán y Lic. Lucía Moyano Rebón.

### **Entrevista**

Dr. Luis Sokol (Diagnóstico & Debate TV)

### **Fuentes**

-Boletín Integrado de Vigilancia, Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Información, Ministerio de Salud de la Nación, n° 489 SE 10/2020. Ver en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv\\_489.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_489.pdf)

-Ministerio de la Salud de la Nación, Glosario de Salud, Dengue. Ver en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/dengue>

-Boletines epidemiológicos 2020, Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Información, Ministerio de Salud de la Nación. Ver en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/boletines2020>

-Programa Diagnóstico & Debate TV, entrevista al Dr. *Juan Ugalde* y Dr. *Diego Comerci*, Dr, 12 de marzo de 2020 : <https://youtu.be/fWQR-ejvrsA>



**“Más de 40 años con la salud”**

---



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



[revista@cadime.com.ar](mailto:revista@cadime.com.ar)