

Momento de logros y de nuevas posibilidades

Durante los primeros meses del año se concretaron dos objetivos perseguidos por nuestra entidad en su continuo accionar en defensa de los prestadores de diagnóstico médico y tratamiento ambulatorio.

El primero de ellos fue la baja de la alícuota del Impuesto de Ingresos Brutos que la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires había subido al 3,5%. Los insistentes reclamos que formalizamos rápidamente en distintos ámbitos de gobierno, lograron que se deje sin efecto tan preocupante medida.

El segundo y podríamos decir gran objetivo alcanzado, fue la sanción de la Ley de Regulación de Medicina Prepaga por parte de la H. Cámara de Diputados luego de casi cinco años de idas y vueltas, de pujas y cabildeos; y desde que CA.DI.ME. reclamara el dictado de una norma que diera un marco regulatorio al desenvolvimiento de este subsector de la salud.

Nuestras inquietudes no se limitaron al mero requerimiento sino también a lograr a lo largo del tiempo que varias disposiciones sugeridas al proyecto de ley fueran comprendidas y aceptadas por los legisladores, como la introducción del concepto de aranceles mínimos y obligatorios o la creación de un Consejo Permanente de Concertación. Todo ello enmarcado en un cuerpo legal que viene a poner orden y límites a un dominante accionar de grandes actores concentradores surgidos precisamente por la falta de regulación del ámbito al que concurren prestadores, financiadores y beneficiarios. Ello sin perjuicio de la necesidad de modificar algunos aspectos de la norma vinculados específicamente con la no inclusión de periodos de carencias. CA.DI.ME. entiende que un análisis exhaustivo del problema lleva a pensar justamente en una solución integradora para lo cual se debería en primer lugar, proceder a la inversa de lo fijado, determinando la realización de aportes al Fondo Solidario de Redistribución. De este modo, todos los financiadores podrían liberarse de esta carga y así atender de mejor modo las prácticas de mayor incidencia.

Por fin ha sido considerada esta asignatura que se mantenía aún curiosamente incumplida dentro del actual modelo económico por el cual el Estado viene recuperando su rol de contralor e impulsor de políticas activas de protección e incentivación al desarrollo de múltiples actividades.

Y más aún: fue ratificada por la Presidenta de la Nación, Dra. Cristina F. de Kirchner, durante el acto en que anunció la promulgación de la Ley de Regulación de la Medicina

Prepaga, manifestando que la misma es un tema que constituye una verdadera política de Estado.

Este hecho es un indicio de la necesaria jerarquización de la salud como bien público y que el Estado estaría en ánimos de cumplir con el indelegable rol de resguardarlo de los móviles mercantilistas del mercado.

Pero, además, nos indica que *estamos en el tiempo y con las condiciones* para avanzar en la resolución integral de toda problemática de la salud.

Ello equivale a lograr un Sistema de Salud que asegure sus objetivos máximos de universalidad y equidad; está última en cuanto equidad en el acceso a los servicios, equidad en los resultados y en cuanto a la asignación de los recursos financieros.

Destacamos que el avance en la construcción de *ese sistema* demanda de una adecuada integralidad entre todos los subsectores concurrentes al mismo.

La incorporación de la salud como uno de los puntos prioritarios en la agenda de gobierno, y la sanción de la ley de prepagos, indican que estarían dadas las condiciones para avanzar en los objetivos apuntados. *Pero no caben dudas que para ello es indispensable que todos los prestadores se sumen a un trabajo mancomunado, desde el conjunto, a fin de lograr una mayor eficacia en las demandas y actuaciones que podamos realizar a esos fines desde nuestra entidad y como institución representativa del sector.*

Por último no queremos dejar de mencionar el tema de la integración público-privada, como forma de optimizar los recursos existentes, y que es una de nuestras propuestas.

Al respecto, la presidenta Fernández de Kirchner también dio tangencialmente indicios de ello. Puntualmente destacó que si se fundieran las empresas de medicina prepaga no sería para el Estado un buen negocio (.) porque si no sería el Estado a través de su sector público- o el sector de las obras sociales el que debería atender si quiebran esas empresas y quienes hoy toman sus servicios tienen que ir a otros. Y remarcó: Así es que yo creo que debemos todos ser lo más racionales, serenos y equilibrados posibles y saber que determinadas cuestiones que tienen que ver con políticas públicas, como es la salud pública, deben ser controladas.

Desde CA.DI.ME., en síntesis, hacemos votos para que todos asumamos esa racionalidad y conveniencias invocadas por la Señora Presidenta de la Nación, y entre todos acordemos para la Salud una verdadera política de Estado.



04. Sanción de la ley de regulación de medicina prepaga



16. Cabildo Abierto
2º Asamblea Multisectorial del Bicentenario.

Pág 04 Se cumplió un objetivo largamente reclamado por CA.DI.ME.: ordenar un sistema distorsionado e inequitativo

Pág 06 Encuentro con Antonio Morante en CA.DI.ME.

Pág 08 Honda preocupación por la paritaria de salud

Pág 10 CA.DI.ME. puntualizó problemas de los prestadores de prácticas ambulatorias

Pág 12 Finalmente se publicó la ley que redujo la alícuota de ingresos brutos en la Ciudad de Buenos Aires

Pág 14 Significativa inauguración de la Delegación Litoral

Pág 16 Cabildo abierto por las reformas del sector salud en la Argentina: Integrar el sistema

Pág 18 Programa de Acreditación de Calidad ITAES-CA.DI.ME.

Pág 20 Estructura y financiamiento de la seguridad social en salud en Argentina: las Obras Sociales Nacionales.

Pág 22 Inscripción simplificada al registro nacional de bases de datos para socios de CA.DI.ME.

Pág 24 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Pág 26 CA.DI.ME. apoya gestiones de la Asociación de Patólogos

Mesa Directiva de CA.DI.ME:

Presidente: Sr. Guillermo Gómez Galizia.

Vicepresidentes: Dr. Martín Enrique Iturraspe; Sr. José Laurensio; Dr. Horacio M. Soriano.

Secretario: Dr. Adolfo Kalinov.

Prosecretario: Dr. Fernando Peralta.

Tesorero: Dr. Enrique Moreau.

Protesorero: Sr. Eduardo Fernández.

Director General: Dr. Hernán A. Grecco.

Colaboran en este número:

Lic. Altuna, Juan; Casado, Lic. Oscar Alberto; Grecco, Dr. Hernán Alberto; Lic. Mate, Lorena; Dr. Morgenstern, Martín; Dr. Morgensterin, Rolando y Dr. Vilosio, Javier.

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

ÁREA TÉCNICA: Gerente: Dr. Javier Vilosio. Lic. Juan Altuna; Dra. Mónica Insua; Dr. Luis Marcos; Dr. Rolando Morgensterin; Dr. Martín Morgenstern. **ÁREA CONTABLE IMPOSITIVA:** Dr. Darío Capurro;

Dr. Daniel Malvestiti. **ÁREA JURÍDICA:** Estudio Salvat Etala y Saraví. Dr. Gerardo Walter Javier Guelman. Dr. Hernán A. Grecco. **ÁREA CAPACITACIÓN:** IFESAL. Lic. Susana Gutsztat. **ÁREA MARKETING:** Lic. José Chojrin. **ÁREA COMUNICACIONES.** Lic. Oscar A. Casado. **RELACIONES INSTITUCIONALES.** Roxana Segatori.

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

Redacción: Perú 590 Piso 4, 1068, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (011) 5235-7200. Fax: (011) 5257211 Email: cadime@cadime.com.ar.



LA SALUD ES UNA CONDICIÓN BÁSICA PARA EL DESARROLLO EQUITATIVO E INCLUSIVO

**Somos 10.000 Centros de diagnóstico y tratamiento médico
15.000 Profesionales y 50.000 trabajadores
en todo el país**

Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Radioterapia, Consultorios Médicos, Oftalmología, Odontología, Kinesiología, Diálisis y demás prácticas ambulatorias

CAMARA DE INSTITUCIONES DE DIAGNOSTICO MEDICO
www.cadime.com.ar - cadime@cadime.com.ar

Se cumplió un objetivo largamente reclamado por CA.DI.ME.: ordenar un sistema distorsionado e inequitativo

Para los prestadores se trata de un gran avance determinar por ley el concepto de aranceles mínimos y obligatorios. Este logro fue posible por el decisivo acompañamiento de los socios al accionar de CA.DI.ME. Continuaremos atentos para que la reglamentación no desvirtúe lo establecido por la norma sancionada.



Finalmente, luego de años de espera y azarosas tramitaciones, el Congreso de la Nación sancionó la ley de regulación de la Medicina Prepaga, por lo que CA.DI.ME. manifiesta públicamente su beneplácito.

Los objetivos fundamentales que persigue la ley han sido largamente reclamados por nuestra entidad, dado que el sistema excluía todo tipo de regulación dejando a los sectores intervinientes expuestos al libre juego de la oferta y la demanda, pese a ser la salud un bien público.

Esta situación determinó que **grandes actores de la medicina prepaga, acrecentaran su poder de concentración financiera y prestacional**, logrando además:

1) transferir hacia ellos importantes recursos de la seguridad social; 2) crear una relación oligopsónica con los prestadores, por la cual fijan el valor de los aranceles y 3) incursionar en el mercado de trabajo de estos últimos financiando la incorporación de servicios propios de atención médica con fondos de la seguridad social, transformándose así en entidades financiadoras y prestadoras a la vez.

Las consecuencias de este proceso fue, entre otras, expulsión de la actividad de cientos de prestadores pequeños y medianos, y de los que aún se mantienen en pie pero vacilantes: desfinanciados, sin rentabilidad, con capacidad ociosa y con ingresos insuficientes. **La concentración financiera y prestacional que hoy revela la salud, implica comprender no sólo que el mantenimiento de aranceles depreciados**

“LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES QUE PERSIGUE LA LEY HAN SIDO LARGAMENTE RECLAMADOS POR NUESTRA ENTIDAD, DADO QUE EL SISTEMA EXCLUÍA TODO TIPO DE REGULACIÓN DEJANDO A LOS SECTORES INTERVINIENTES EXPUESTOS AL LIBRE JUEGO DE LA OFERTA Y LA DEMANDA, PESE A SER LA SALUD UN BIEN PÚBLICO.”

es funcional al hecho concentrador, sino también que la regulación de aranceles mínimos y obligatorios es el único instrumento que impedirá continuar con su avance.

CA.DI.ME. es referente de las empresas prestadoras de diagnóstico y tratamiento médico de todo el país, integrado por más de 10.000 pymes en las especialidades de Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Radioterapia, Consultorios Médicos, Oftalmología, Odontología, Kinesiología, Diálisis y demás prácticas ambulatorias.

Nuestra Cámara, precisamente formuló algunas propuestas que fueron incorporadas a la Ley, como la creación de un Consejo Permanente de Concertación con la participación de las entidades representativas de los prestadores, y la introducción del concepto de aranceles mínimos y obligatorios que deben asegurar el desempeño eficiente de los prestadores, las sanciones en el caso de incumplimiento por parte de las empresas de medicina prepaga y los modelos de contratos entre ambas partes. Todos estos aspectos deberán ser adecuadamente implementados por la reglamentación, para lo cual desde CA.DI.ME. nos mantendremos extremadamente atentos.

En cuanto a lo establecido en los artículos sobre la no inclusión de períodos de carencias; que la edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión; y la prohibición de aumento en razón de la edad; CA.DI.ME. entiende que un análisis exhaustivo del problema lleva a pensar justamente en una solución integradora para lo cual se debe-

ría en primer lugar, proceder a la inversa de lo fijado en el Artículo 23, el cual determina que **no se realizarán aportes al Fondo Solidario de Redistribución ni se recibirán reintegros ni otro tipo de aportes por parte de la Administración de Programas Especiales.** Desde este lugar, el APE debería poder convertirse fácilmente en un Seguro Nacional de alta complejidad (alto costo y baja incidencia) para lo cual sería importante que las empresas de medicina prepaga, Mutuales, Obras sociales Nacionales, Provinciales y otras, pero asimismo el Estado para las personas sin cobertura formal, hagan todos los aportes para cubrir solidaria y universalmente a todos los habitantes del país. De este modo, todos los financiadores podrían liberarse de esta carga y así atender de mejor modo las prácticas de mayor incidencia.

En síntesis, la ley sancionada ratifica que **la salud no puede estar expuesta al libre juego de la oferta y la demanda**, siendo el Estado quien debe asumir su rol arbitrando e impidiendo que las distorsiones derivadas de factores de poder coloquen en riesgo a sus servicios, brindados por prestadores que durante más de una década vienen siendo sometidos por la fuerza de decisiones cuasi monopólicas. La Cámara manifiesta por último, que en este accionar de cinco años para alcanzar el objetivo perseguido, resultado indispensable el apoyo que se recibió de sus prestadores asociados y vinculados, lo cual demuestra una vez más la trascendencia de **organizarnos** para alcanzar algún éxito en nuestras demandas y exhortaciones.

Encuentro con Antonio Morante en CA.DI.ME.

Con motivo de la aprobación de la Ley de Regulación de la Medicina Prepaga, nuestra entidad recibió al diputado nacional Dr. Antonio M. Morante, presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de Diputados.

En dicho encuentro, que contó con la presencia de la Comisión Directiva de la Entidad, el titular de CADIME Guillermo Gómez Galizia agradeció inicialmente la presencia del Dr. Morante, y el apoyo que siempre le brindó al sector que la Cámara representa.

Los presentes le manifestaron que "para los prestadores se trata de un gran avance la determinación por ley del concepto de "aranceles mínimos y obligatorios, y que este logro alcanzado ha sido posible por la comprensión que el Congreso de la Nación ha tenido acerca de la situación del sector de la salud. Asimismo, Gómez Galizia le transmitió al Doctor Morante la importancia de trabajar en la reglamentación de la norma y en corregir aquellos aspectos de la ley que puedan afectar el funcionamiento del sistema, como lo relativo a la no inclusión de periodos de carencias.

El Pte de la Comisión manifestó que lo importante es que exista una ley que imponga un marco regulatorio, colaborar con el Ministerio de Salud en la reglamentación aportando material que se elabore con equipos técnicos, no cerrándose a ninguna posición, al contrario siendo amplios en el debate.

Finalmente, se le manifestó que desde CADIME se entiende que la ley sancionada ratifica que la salud no puede estar expuesta al libre juego de la oferta y la



demanda, siendo el Estado quien debe asumir su rol arbitrando e impidiendo que las distorsiones derivadas de factores de poder coloquen en riesgo a sus servicios, brindados por prestadores que durante más de una década vienen siendo sometidos por la fuerza de decisiones cuasi monopólicas.

ExpoMedical 2011
9na. feria internacional de productos, equipos y servicios para La salud

en conjunto con:

mas
10 JORNADAS
de Capacitación Hospitalaria

28 al 30
SEPTIEMBRE
2011

CENTRO COSTA SALGUERO
BUENOS AIRES | ARGENTINA



Media Partner
TEMAS #HOSPITALARIOS

Organiza
MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54 11) 4791.8001
Skype: expomedical
info@expomedical.com.ar

www.
expomedical
.com.ar

Honda preocupación por la paritaria de salud

CA.DI.ME efectuó una presentación al Superintendente de Servicios de Salud

Por nota al Superintendente de Servicios de Salud, Ricardo Bellagio, nuestra entidad le transmitió su **profunda preocupación por las circunstancias en las que el sector del diagnóstico médico debe afrontar en las próximas negociaciones salariales correspondientes al Convenio Colectivo 108/75** y del cual es signataria. Esta próxima paritaria tendrá vigencia a partir del mes de agosto del corriente año. CA.DI.ME. le expresó que sus **representados se encuentran con graves dificultades para cumplir con los aumentos salariales vigentes, las obligaciones fiscales y los incrementos de precios de los insumos no relacionados con los recursos humanos, dado que aun no se han otorgado aumentos en los aranceles prestacionales por parte de las obras sociales que permitan cubrir los costos de producción de cada una de las prácticas.**

Asimismo le ratificó su posición favorable en relación a la necesidad de instrumentar una concertación entre los actores del sector salud, que fije los aranceles de manera tal que reflejen los **costos de producción de las prácticas médico asistenciales, y que sean de aplicación obligatoria.**

De igual manera, se le hizo saber que al día de la fecha no se han instrumentado medidas compensatorias que fueron oportunamente prometidas en las negociaciones anteriores, como la compensación del impuesto al valor agregado contra contribuciones patronales.



Miércoles 28 de septiembre 17hs.



Centro Costa Salguero

NUEVAS LEYES EN SALUD

SEMINARIO

NUEVOS ESCENARIOS: otras reglas de juego

¿Está usted atento a los cambios legislativos?

¿Sabe cómo lo afectan?

Conozca las leyes de reciente sanción y sus nuevas obligaciones.

Destinado a prestadores de diagnóstico y tratamiento médico ambulatorio.

Evento organizado por CA.DI.ME

Disertante:

Gerente del Área de Asesoramiento Técnico de CADIME

Doctor Javier Oscar Vilosio. Médico.

Máster en Economía y Ciencias Políticas. Profesor adjunto en la Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires. Ex Ministro de Salud en la Pcia. de Río Negro. Ex Subsecretario en el Ministerio de Salud de la Nación.

CA.DI.ME. puntualizó problemas de los prestadores de prácticas ambulatorias

PRESENTACIÓN AL PAMI

Mediante un documento elevado al Director Ejecutivo del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, D. Luciano Di Cesare, CADIME se hizo eco de un conjunto de aspectos de interés que le han planteado sus asociados.

Reconociendo los evidentes esfuerzos por introducir mejoras en el funcionamiento y la gestión que ha impulsado la administración del Instituto en los últimos años, CADIME señala principalmente la problemática de los prestadores de prácticas ambulatorias de diagnóstico por imágenes, las cuales son concentradas en Centros de internación de segundo nivel.

La Cámara cree que este tipo de discriminación resulta impropia para efectores cuya incorporación seguramente contribuiría al menos a una mayor cobertura y mejor accesibilidad para los beneficiarios que hoy deben recurrir exclusivamente a Centros de internación para recibir estas prácticas.

Por otra parte, y en línea con la necesidad de mejorar los aranceles establecidos, la entidad solicitó la incorporación del análisis de los costos del sector para la redefinición de los mismos, poniendo a disposición sus equipos técnicos, que han desarrollado una metodología UER (Unidad de Esfuerzo Relativo) como método para el desarrollo de costos de prácticas biomédicas. La aplicación efectiva de esta metodología, ha permitido a los expertos de diferentes especialidades representadas en CADIME, formular y actualizar Nomencladores sobre la base de una sustentada evidencia basada en costos de producción.

¿Cuál es la posición de CADIME?

Reconocemos grandes avances realizados en materia de gestión y organización del Instituto. Particularmente en lo que respecta a la desaparición de pocos grupos concentrados que administraban los recursos del Instituto, en detrimento de usuarios y prestadores.

Creemos que debe avanzarse en asegurar una cobertura de calidad más homogénea entre las UGLs, y para ello puede y debe contarse con recursos actualmente disponibles en el sub sector, no incorporados a Redes Prestacionales.

Respaldamos la existencia de contratos con prestadores independientes (actualmente escasos), por fuera de los convenios institucionales con Colegios/ Federaciones.

Se debe resolver la problemática de los prestadores de prácticas ambulatorias de diagnóstico por imágenes, las cuales son concentradas en Centros de internación de segundo nivel. Creemos que este tipo de discriminación resulta impropia para efectores cuya incorporación seguramente contribuiría al menos a una mayor cobertura y mejor accesibilidad para los beneficiarios que hoy deben recurrir exclusivamente a Centros de internación para recibir estas prácticas.

Insistimos en la necesidad de mejorar los mecanismos de contrataciones y de información de gestión. La relevancia del PAMI en su capacidad de compra modela buena parte de la realidad prestacional de la Argentina. Constituye, de hecho, una herramienta de política sanitaria de primer orden, además de la trascendencia social de los servicios que financia.

Sostenemos que los aranceles que paga el PAMI deben mejorarse. Para ello consideramos necesario vincularlos a los costos de producción. Ofrecemos al Instituto la metodología desarrollada por CADIME al respecto (Unidades de Esfuerzo Relativo), que bien podría constituir la base por la cual los valores que paga el Instituto se relacionen con la realidad de los prestadores de Salud.

Sostenido accionar en Formación y Capacitación de recursos humanos

Desde el IFESAL, se da respuesta permanente a las necesidades de capacitación que demanda el sector, a través de cursos, conferencias, talleres y seminarios, que apuntan a la mejora continua de sus recursos humanos. Las acciones se desarrollan tanto en forma presencial como a distancia y abarcan temáticas diversas destinadas a empresarios, profesionales, personal técnico y administrativo. Los cursos están elaborados y dictados por profesionales del staff de Cadime. También se proponen actividades con disertantes invitados que presentan temas de actualidad y gran interés para los prestadores de la salud.

Tal como se había anticipado en el número anterior, Cadime lanzó en abril la Delegación Región Litoral. En el marco de este evento, al que concurrieron prestadores de Entre Ríos, Corrientes, Misiones y Santa Fe, el Dr. Javier Vilosio dictó el Seminario "Modalidades de contratación y pago de servicios de salud", cuya temática fue un excelente disparador para la participación activa de los concurrentes: hubo preguntas, opiniones y debate. Debido al gran interés por tratar nuevos temas, CADIME ya está preparando nuevos encuentros en los próximos meses.

Asimismo, en el marco de la Expomedical 2011, a realizarse en Costa Salguero, la Cámara estará presente en su tercer año consecutivo. El miércoles 28 de septiembre, a las 17, el Dr. Javier Vilosio disertará sobre las "Nuevas leyes en salud. Nuevas reglas de juego", seminario en el que se tratará información imprescindible sobre los cambios legislativos que afectan a los prestadores de la salud. La entrada es sin costo con inscripción previa. Con paso firme, el IFESAL continúa desarrollando los cursos a distancia. A través de la modalidad e-learning, CADIME concre-

ta el objetivo de acercarse a los prestadores de todo el país. De esta manera, acceden con igualdad de oportunidades a los diversos servicios, entre ellos, la formación y capacitación permanente, los prestadores de todo el país.

En lo que va del año, hemos dado la segunda edición del curso Excel I, y la primera del Excel II, de gran utilidad para los empleados administrativos. Se ha dictado la cuarta edición del curso Evaluación de negocios de inversión para laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes. El curso, elaborado por el Dr. Martín Morgenstern, ha sido coordinado por el Lic. Juan Altuna. Se dicta la tercera edición del Curso "Nociones de facturación de prácticas y prestaciones médicas obligatorias", otra temática muy demandada por los empleados y aspirantes del área.

Para la segunda mitad del año está programado un curso referido a la nueva Ley de Derechos del Paciente. En el marco de un desayuno de trabajo, los prestadores tendrán la oportunidad de conocer cuáles son los deberes y obligaciones de los profesionales y cuáles son los derechos del paciente, y un encuentro sobre la Ley de Discapacidad.

Finalmente estamos preparando un curso a distancia para personal en contacto, a cargo del Dr. José Chojrín. Este curso será de gran interés para secretarías, recepcionistas y personas que desempeñen roles en los que estén en contacto con los pacientes.

Los profesionales del Cadime están abocados a la investigación y elaboración de nuevos materiales a fin de actualizar las propuestas de capacitación permanentemente. En www.cadime.com.ar encontrarán las novedades del IFESAL.

ASESORAMIENTO LABORAL ESPECÍFICO CONVENIO COLECTIVO 108/75

La Cámara de Instituciones de Diagnostico Medico, cuenta con un Área específica para el asesoramiento en materia laboral.

Con seguridad, en forma diaria, los empresarios de la salud se enfrentan a innumerables problemáticas vinculadas con la correcta aplicación e interpretación del Convenio Colectivo del sector, el 108/75. Varias de las regulaciones previstas por dicho convenio, son de difícil interpretación y pueden llegar a generar problemas que impactan de manera negativa en el desenvolvimiento de su institución. Por ejemplo, la normativa aplicable a la determinación de la jornada laboral, liquidación de salarios por jornada parcial, pago de adicionales, francos, vacaciones y licencias especiales entre otras. Ante cualquier inquietud, no deje de efectuar la consulta a:

Teléfono: (011)5235-7200 (de 10 a 18 hs)

Fax: (011)5246-9711

Email: cadime@cadime.com.ar

Finalmente se publicó la ley que redujo la alícuota de ingresos brutos en la Ciudad de Buenos Aires

Finalmente, la **Ley N° 3752** de fecha **24/02/2011** que redujo la alícuota para las actividades de Servicios Médicos y odontológicos, Hospitales Español, Británico de Buenos Aires, Italiano, Francés, Sirio-Libanés y Alemán al **1,10%** como así también para los Servicios Hospitalarios, de atención médica, de diagnóstico, de tratamiento, de emergencias médicas y relacionados con la salud humana n.c.p. fue publicada en el **Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 3631 de fecha 28/03/2011**.

Es importante destacar que en el art. 3° de la Ley se establece que las modificaciones tienen vigencia desde el **1° de enero de 2011**.

La CONAES (Confederación Nacional de Empresas de Salud) conformada por la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECILISA); la Cámara Argentina de Clínicas y Establecimientos Psiquiátricos (CACEP); Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos (AAEG); **Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME)** y la Cámara de Entidades Prestadoras de Salud (CEPSAL) mantuvo ingentes gestiones con legisladores de diversas bancadas y con el Ministro y Vice-Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires para lograr esta modificación de la Ley votada en diciembre último. Este éxito en la gestión de la Confederación evita un castigo adicional a esta actividad que aún se encuentra en emergencia sanitaria desde el año 2002 e incluye mayoritariamente al ser-



vicio que se brinda a los beneficiarios de la Seguridad Nacional y del PAMI. En los fundamentos de la ley se expresa que ésta “tiene como finalidad realizar mínimas correcciones a los textos fiscales que este Cuerpo ha sancionado el 27/12/2010” y que “de la lectura de los textos publicados se observan ciertas omisiones involuntarias que se han producido habida cuenta de las modificaciones realizadas directamente en la citada sesión”.

Luego de intensas gestiones y reclamos del CONAES, que CA.DI.ME integra, la legislatura retrotrajo el aumento de este impuesto a la situación anterior.

LEY N.º 3752.

Parte pertinente
Buenos Aires, 24 de febrero de 2011

El presente proyecto tiene como finalidad realizar mínimas correcciones a los textos fiscales que este Cuerpo ha sancionado el 27.12.2010 y se encuentran publicadas en el Boletín Oficial de la Ciudad N° 3589 del 21 de Enero del 2011.

En el armado del despacho final, y en el marco de distintos borradores de trabajo sobre el mismo, se introdujo una modificación que en definitiva no conformaba la voluntad total de los legisladores respecto de diferenciar las alícuotas en los servicios médicos y odontológicos que se encuentra establecida en el inciso 8 del artículo 63° de la Ley Tarifaria.

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sanciona con fuerza de Ley.

Artículo 1°

- 4) Sustitúyase el inciso 8 del artículo 63° del Anexo I por el siguiente:
- 8) Servicios médicos y odontológicos y Hospitales Español, Británico de Buenos Aires, Italiano, Francés, Sirio-Libanés y Alemán 1,10%

8511	Servicio hospitalarios
8512	Servicios de atención médica
8513	Servicio odontológicos
8514	Servicios de diagnóstico
8515	Servicios de tratamiento
8516	Servicios de emergencias y traslados
8519	Servicios relacionados con la salud humana n. c. p.

Significativa inauguración de la Delegación Litoral

Durante la misma se desarrolló el Seminario Modalidades de Contratación y Pago de Servicios de Salud que contó con una numerosa asistencia de prestadores de Entre Ríos, Santa Fe y Misiones.



Con gran satisfacción CA.DI.ME constituyo su Delegación LITORAL, con el respaldo de prestadores de las provincias de Entre Ríos, Misiones y Santa Fe.

El 7 de Abril de 2011, en la sede del Hotel Maran Suites & Towers de la Ciudad de Paraná, se llevo a cabo además el Seminario "Modalidades de Contratación y Pago de Servicios de Salud", a cargo del Doctor Javier Vilosio, Gerente del Area de Asesoramiento Técnico de la Cámara.

El objetivo del evento, consistió en analizar las diversas modalidades de contratación de los servicios por parte de los financiadores, que afectan directamente el modelo prestacional, la calidad de los servicios recibidos por sus beneficiarios y, por supuesto, la gestión de los prestadores. Se concluyo que los contratos definen el resultado de la puja por los recursos en el sector y tienen consecuencias sanitarias.

Resulta necesario entonces que los prestadores se familiaricen con alternativas y consecuencias de las diferentes modalidades de contratación en uso para fortalecer su posición en las negociaciones con financiadores, y como recurso estratégico para aportar a la construcción de un nuevo modelo sanitario nacional, que supere las consecuencias de la fragmentación y la inequidad actuales.

Se trato en definitiva de una oportunidad para discutir

Sostenido accionar de CA.DI.ME. en el interior del país



calidad y fundamentalmente impulsar la revalorización de las prestaciones de diagnóstico médico y en consecuencia sus aranceles, siendo estas determinantes en el desarrollo de la Atención Primaria.

Con la conformación de esta Delegación, pretendemos como objetivo acercar nuestros diversos servicios, programas y herramientas de soporte a las empresas prestadoras de la provincia, quienes por distancia geográfica encuentran dificultades en el acceso a los mismos.

Asimismo, la diferente realidad del sector del diagnostico y tratamiento médico ambulatorio de la zona podrá ser considerada en forma más directa por la Cámara, cumpliendo de una mejor manera su propósito de representación nacional y accionando gremialmente de acuerdo a las características propias de la región.

con los asistentes sobre estas alternativas, sobre la base de su propia experiencia.

Por otra parte, CA.DI.ME presento su Delegación Litoral, que funcionara de lunes a viernes de 10 a 18 hs en la calle Courreges 29 de la Ciudad de Paraná.

Como Delegado de CA.DI.ME se encuentra el Doctor Gustavo Brizzi. La nueva Sede contara con apoyo administrativo y de servicios. También asistieron a la reunión el Señor José Laurensio, Vicepresidente de CA.DI.ME, el Doctor Hernán Grecco, Director General y la Licenciada Susana Gutsztat, Coordinadora del Instituto Federal de Capacitación de la Cámara.

Este acontecimiento significa un nuevo e importante paso de nuestra entidad en su accionar gremial empresario, optimizando así su representación, gestión institucional y defensa de los prestadores en las distintas regiones de nuestro país.

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

Sus objetivos son asistir a los prestadores integralmente en su desenvolvimiento como empresa, promover la



Mayor Información:
delegacionlitoral@cadime.com.ar
www.cadime.com.ar



Cabildo abierto por las reformas del sector salud en la Argentina: Integrar el sistema

¿Qué debemos y qué podemos hacer?

1 de Septiembre de 2011
Hotel Panamericano – Carlos Pellegrini 551
Salón Patagonia

Dirigido a autoridades Nacionales, Provinciales, Municipales, dirigentes sociales, financiadores, aseguradores, proveedores, entidades de medicina prepaga, mutualidades, instituciones prestadoras públicas y privadas, organizaciones gremiales, obras sociales, sociedades científicas y empresariales.

2º ASAMBLEA MULTISECTORIAL DEL BICENTENARIO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Organiza:
Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico
Perú 590 Piso 4 CABA
Tel. 011-5235-7500. Fax 011- 52469711
Inscribase en: www.cadime.com.ar

EJES TEMATICOS

Es necesario sostener las fortalezas de nuestro sistema de Salud, pero también es imprescindible corregir sus debilidades y sortear las viejas y nuevas amenazas que afectan la calidad, la cobertura, la equidad y la eficiencia.

Toda propuesta de reforma deberá conjugar consenso con capacidad técnica y decisión política, cimentando auténticas políticas de Estado.

Estas reformas deben permitirnos avanzar en la universalización de la cobertura, como valor fundamental de la equidad social.

La integración entre recursos públicos y privados es un eslabón fundamental para lograrlo, así como el fortalecimiento de la atención primaria, las acciones preventivas y promocionales y la articulación de políticas sanitarias, sociales y de infraestructura.

Con la convicción de poder aportar al consenso y a las propuestas concretas, CADIME convoca nuevamente a recorrer el camino del análisis estratégico y la discusión de las propuestas políticas concretas.

9:00 hs.
ACREDITACION DE ASISTENTES.

9:30 -10:30 Hs.
ACTO DE APERTURA

Palabras del Presidente de la 2ª Asamblea Multisectorial del Bicentenario.

Dr. Juan H. Sylvestre Begnis

Exposición Presidente de CA.DI.ME,
Sr. Guillermo Gómez Galizia.

LA VISION Y LA PROPUESTA DE CADIME.

10:30 - 12:00 Hs.
POR QUÉ REFORMAR, Y CÓMO INTEGRAR EL SISTEMA DE SALUD". INTRODUCCIÓN AL ESTADO DE SITUACIÓN EN EL SECTOR.

12:00 – 13:00 Hs.
VIDEOCONFERENCIA:
INTEGRACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE SALUD. MODELOS DE GESTIÓN y FINANCIAMIENTO.
13:00 - 14:30 Hs. ALMUERZO LIBRE.

14:30 - 16:00 Hs.
LA APS, LA INTEGRACION PUBLICO-PRIVADA y LAS REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD: PROPUESTAS POLITICAS PARA UNA POLÍTICA de ESTADO.

16:00 - 16:30 Hs.
COFFEE BREAK.

16:30 - 17:30 Hs.
DISCUSION Y DEBATE ENTRE LOS CONCURRENTES.

17:30 -17:45 Hs
Cierre a cargo del Presidente de la 2º Asamblea Multisectorial frente al Bicentenario, Doctor Juan H. Sylvestre Begnis

Sede Administrativa de la
2ª Asamblea Multisectorial del Bicentenario:

Perú 590 Piso 4 CABA
Tel. 011-52357200. Fax 011- 52469711

Cabildoabierto2011@cadime.com.ar
www.cadime.com.ar

Programa de Acreditación de Calidad ITAES-CA.DI.ME.

Para Laboratorios de Análisis Clínicos y Establecimientos de Diagnóstico por Imágenes

El Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud – ITAES, es una Asociación Civil sin fines de lucro, radicada en la Argentina desde 1993, con actividades que se extienden a otras regiones. Su misión es promover la calidad, la seguridad y el respeto por los derechos del paciente en el cuidado de la salud brindado por las organizaciones asistenciales, mediante la acreditación, estandarización, evaluación, investigación y capacitación.

Es conducido por una Junta Directiva, que vela por el cumplimiento de los objetivos, dentro del marco de sus estatutos y cuyos miembros pertenecen a diversos sectores de la salud, renovándose periódicamente.

Para cumplir con su misión, el ITAES lleva adelante diversos programas, siendo el de Acreditación el más amplio, pues impacta en todos los niveles de atención.

La acreditación es un procedimiento de evaluación de la calidad extendido en todo el mundo, definiéndose como un método voluntario, global, periódico, confidencial, mediante estándares conocidos surgidos de la experiencia del personal de salud y de las entidades sanitarias, verificados por una entidad independiente respecto al establecimiento evaluado.

Contempla tanto la estructura, como el funcionamiento, considera aspectos del trabajo realizado y sus resultados,

incluye la satisfacción del usuario y las normas van de un óptimo conocido, accesible y real, a un mínimo aceptable, de acuerdo a parámetros de referencia en el lugar donde actúa la institución. Para ello el ITAES ha desarrollado manuales, que si bien siguen los lineamientos internacionales, se adecuan a esa necesidad.

Entre los diversos programas que desarrolla el ITAES se encuentra el de Acreditación de Laboratorios de Análisis Clínicos y el de Acreditación de Establecimientos de Diagnóstico por Imágenes, ambos desarrollados en conjunto con CA.DI.ME. Estos, al igual que los aplicables a cualquier otro tipo de establecimiento asistencial, representan la opinión de un grupo experto acerca del nivel de calidad alcanzado por las instituciones en particular.

Esta opinión es construida por consenso de todos aquellos relacionados con el tema, sea por razones profesionales (bioquímicos, bioingenieros, médicos, etc.) como entidades financiadoras y/u organizativas (organismos de la seguridad social, empresas de medicina prepaga, entre otras).

En la cimentación de dicho consenso se toman, además, en cuenta las opiniones de las sociedades científicas, tanto nacionales como internacionales, así como la evidencia científica disponible.

Por otra parte, los bioquímicos, en el caso de los laboratorios, tienen responsabilidad no sólo en la discusión



y definición de los criterios de calidad, sino también, una vez iniciados los programas de Acreditación, pues actúan como evaluadores, de manera que la metodología se convierte en una modalidad de evaluación por pares (peer review), incrementando aún más la importancia de sus conclusiones.

Aquellos establecimientos que no se consideran suficientemente preparados para acceder a la acreditación, cuentan con el apoyo de expertos de ITAES quienes colaboran con ellos bajo un programa de alistamiento progresivo. Éste proceso es objetivo e incluye todos los procedimientos y normas éticas que rigen el proceso de Acreditación.

Ahora bien ¿de qué sirve acreditarse en Argentina? La pregunta tiene su razón de ser, en algunos países tiene una fundamental importancia para posicionarse en un mercado altamente competitivo, ya que los financiadores sólo contratan a quienes detentan un Certificado de Acreditación. Esta situación no se da en nuestro país, a pesar de algunos ejemplos locales de financiadores que impulsan la acreditación de sus prestadores, toda vez que el mostrar una cartilla integrada por laboratorios con esa condición, también aumenta su propio prestigio.

Una segunda razón, que impulsa a quienes solicitan la Acreditación, es el compromiso con la calidad, que lleva implícito el convencimiento de que ésta brinda satis-

facciones profesionales y reduce los costos, al evitar los asociados a la no-calidad.

Por otro lado al ser periódica, no se limita a establecer diferencias entre la realidad observada y los criterios de calidad, sino que también detecta inconvenientes en los procesos, no detectados previamente, pues no solo se informa acerca de éstos, si no que se brinda orientación sobre la mejor forma de solucionarlos, sirviendo la próxima revisión para que el interesado establezca el impacto de las mejoras introducidas.

En síntesis, la acreditación, beneficia a las instituciones pues revisan su actuación de acuerdo a estándares conocidos y pueden planificar mejoras y exhiben el compromiso de la conducción con la calidad de la atención.

Beneficia a los profesionales de la salud, pues reconoce e incentiva la participación de éstos en la mejora de la calidad. Y lo que es fundamental, beneficia a los pacientes y a la comunidad garantizando que la entidad que los asiste reúne las condiciones necesarias para una adecuada atención y demostrando el esfuerzo que el establecimiento desarrolla para su mejora.

Si Usted es socio de CA.DI.ME., consulte acerca de la apoyatura técnica que la Cámara le brinda en el proceso de acreditación de su empresa

Estructura y financiamiento de la seguridad social en salud en Argentina: las Obras Sociales Nacionales.

Las actuales 301 Obras Sociales (OOSS) del Sistema Nacional del seguro de Salud, son definidas y reguladas por las Leyes 23.660 y 23.661. Las mismas se hallan bajo el control de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). Además, bajo dependencia del Ministerio de Salud (MS) funciona la Administración de Programas Especiales (APE).

¿Cómo se financian las Obras Sociales del Sistema Nacional?

Tanto los trabajadores activos como los empleadores integran un fondo, que es mensualmente recaudado por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). Los aportes de los trabajadores son del 3% de su salario bruto, más el 1,5% por cada adherente, y los de los empleadores (contribuciones) son del 6% de la masa salarial (\$2.275.613.000.- en Diciembre 2010). Este fondo se distribuye entre: transferencias automáticas a las OOSS en forma nominativa, es decir, según corresponda a los aportes y contribuciones de cada trabajador afiliado, y un Fondo Solidario de Redistribución (FSR), de acuerdo a una proporción que actualmente es: para las OOSS sindicales, de los correspondientes a salarios menores a \$2.400.- un 10% al FSR y el 90% en forma automática a la OS correspondiente, los de los salarios mayores a esa cifra, 15% y 85% respectivamente. Para el caso de las OS de Dirección, con el mismo límite de salario, por debajo y por encima del mismo las proporciones son: 15% y 85%, y 20% y 80%.

El FSR tiene dos finalidades básicas: funcionar como compensador de las diferencias que existen entre OOSS con salarios promedio más altos y más bajos (y por lo tanto, mayor o menor capacidad de prestar servicios y afrontar el riesgo financiero correspondiente), y, por otra parte financiar el funcionamiento de la SSS y la APE. Respecto de lo primero, dire-

mos que la diferencia de ingresos medios entre los extremos de la distribución de los mismos puede llegar al 400%. Una marcada diferencia entre las OOSS más pobres y las más ricas. Respecto de la SSS y la APE, mientras la primera tiene una función fundamentalmente orientada a la fiscalización y control, la APE realiza desembolsos por reintegro a las OOSS para compensar los gastos extraordinarios que estas deban afrontar por prestaciones baja incidencia y/o carácter crónico, de alto costo. El monto presupuestario se asigna por la Ley de Presupuesto Nacional (la última, del 2010).

De tal manera la mayor parte del FSR se redistribuye entre las OOSS a través de un mecanismo conocido como Sistema Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO), que no es más que una escala en la cual se establece, con criterio de riesgo por grupo etáreo, unos valores mínimos de ingreso por beneficiario que se le garantizan a todas las OOSS. Obviamente las que reciben estos aportes del SANO son las OOSS con trabajadores de ingresos promedio bajos. Los nuevos valores que se espera adoptará el SANO se observan en el Cuadro 1, y son aproximadamente un 30% mayores que los actuales.

Otro aspecto financiero importante a considerar es el denominado Fondo Innominado (FI), en el cual mensualmente se acumulan varios millones de pesos correspondientes a aportes y contribuciones recaudados por AFIP pero que no pueden ser asignados a las OOSS por errores en la información su-

ministrada sobre sus beneficiarios. Durante 2010 este fondo integró unos \$75.000.000.-

Las OOSS reciben además \$70.- por cada Monotributista (1.414.413 de personas en diciembre 2010) de los que \$7 pasan al FSR, y una cápita de \$148.- por cada jubilado, que no se integra a dicho fondo.

En diciembre de 2010 esto representó una transferencia de AFIP a las OOSS de \$1.922.134.000.- y al FSR de \$ 353.479.000.-

¿Existe deuda del Estado nacional con las OOSS?

Habida cuenta de que la jurisprudencia (Decreto 576/93) establece que los aportes y contribuciones hechos a la seguridad social deben considerarse como "salario diferido" de los trabajadores, debemos afirmar que efectivamente la deuda existe.

Estas acreencias que las OOSS reclaman provienen de varios orígenes, pero en todos los casos los recursos no utilizados, y que a continuación repasaremos, son absorbidos por el Tesoro Nacional :

- 1) El Fondo Innominado: dineros que no se redistribuyen, por lo ya señalado.
- 2) La no actualización del SANO: al mantenerse inmodificado el aporte básico asegurado a las OOSS mientras los salarios promedio fueron en aumento, cada vez menos OOSS fueron acreedoras de recursos del SANO, y por lo tanto se acumularon excedentes no ejecutados en el mismo.

¿Cuánto aumentó la masa de los fondos recaudados?: entre diciembre de 2009 y diciembre de 2010 lo transferido por AFIP al FSR aumentó un 44,6%, y las transferencias directas a OOSS un 37,9%.

3) El congelamiento del Presupuesto de la APE, ya que fue fijado por Ley de Presupuesto, de manera que mientras se produjo el ya referido aumento de los fondos recaudados, esa erogación prevista para el FSR se mantuvo fija.

4) No menos significativo ha sido el impacto de la virtual paralización de los reintegros de la APE, a partir de los casos judiciales que afectan la operatoria de tales subsidios, aparentemente por fallas en los mecanismos de control de los mismos.

Si el río suena

Varios hechos que son ahora del dominio público, han puesto sobre el tapete la cuestión del financiamiento de la Seguridad Social, y el funcionamiento, sobre todo, de la APE.

Paralelamente, uno de los argumentos que han esgrimido las empresas de medicina prepaga

para oponerse a la Ley que regula el sector es el problema del riesgo que significa para las mismas la atención de enfermedades preexistentes, los mayores consumos por edad avanzada y las prestaciones e alto costo y baja frecuencia.

Adherimos a la idea de que esta podría ser una oportunidad para una reforma orientada no solo garantizar los fondos que genuinamente corresponden a las OOSS, dar transparencia y automaticidad a los mecanismos de distribución de fondos y subsidios, y mayor contundencia a los mecanismos que tienden a disminuir la inequidad entre OOSS, sino también dar un paso adelante en la integración del sistema de salud argentino (fragmentado y escasamente articulado), estableciendo mecanismos de integración de recursos públicos, privados (medicina prepaga) y de la seguridad social en un fondo nacional que permita atender estas situaciones de alto riesgo financiero.

Dado que la capacidad técnica existe, la posibilidad de que ello pueda concretarse dependerá de las condiciones que imponga la coyuntura política, y las relaciones de poder en el marco de las peculiaridades estructurales de nuestro sistema de seguridad social en salud y su vinculación con el poder político. Un caso excepcional en el mundo, que ha brindado salud a millones de argentinos pero que, necesariamente, debe ser mejorado e integrado en el marco de una política nacional de salud, que asegure cobertura universal, equidad y calidad.

Cuadro 1. Montos actuales y nuevos que garantizará el SANO

Grupo etáreo	Piso actual	Piso nuevo	% incremento
Menores de 14 a.	\$36.-	\$47.-	30,56
De 14 a 49 a.	\$57.-	\$74.-	29,82
49 a 64 a.	\$67.-	\$87.-	29,85
Mayores de 65 a.	\$148.-	\$192.-	29,73

Cuadro 2: Prestaciones subsidiadas por la APE.

- Alta complejidad
- Medicación
- HIV-SIDA
- Drogadependencia
- Transplante de órganos
- Implante coclear
- Búsqueda de donante de células progenitoras para transplante de médula ósea.

Apoyo financiero para:

- Campañas de vacunación antigripal
- Programa de profilaxis de la hemofilia
- Programa de detección de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares
- Programa de salud renal



Inscripción simplificada al registro nacional de bases de datos para socios de CA.DI.ME.

Estimado Socio:

Le informamos que CA.DI.ME ha establecido un acuerdo con la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales con la finalidad de que nuestros asociados tengan la posibilidad de registrar sus bases de datos de manera más rápida y sencilla pudiendo así cumplir con lo que establece la Ley 25.326.

Para ello, se ha desarrollado un procedimiento de inscripción simplificada vía internet que consiste en cinco pasos:

- 1) El asociado deberá ingresar a la página de la DNPDP y completar un formulario simplificado(solo completa siete campos)
- 2) Una vez completado el formulario electrónico, el sistema genera un email (con un código de barras o código alfanumérico –Cod.Ref) y un archivo pdf. Ambas impresiones deberán ser presentadas ante CADIME (el pdf debe estar debidamente firmado).
- 3) CADIME certifica la condición de asociado y lo remite a la DNPDP.
- 4) La DNPDP analiza el pedido de inscripción y en caso de corresponder, lo aprueba. En este caso, se le remite al asociado una constancia de inscripción digital a través de un email.
- 5) El asociado con su inscripción asociada tiene derecho a solicitar el isotipo de “RESPONSABLE REGISTRADO” para colocar en su página web.

Para mayor información, por favor comunicarse telefónicamente a CA.DI.ME al 5235-7200 de Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 hs.

EL REGISTRO NACIONAL DE BASES DE DATOS

La Ley 25.326 es una norma de orden público que regula la actividad de las bases de datos que registran información de carácter personal. Su objeto es garantizar a las personas el control del uso de sus datos personales.

La Ley 25.326 establece que será lícita la formación de una base de datos si se encuentra debidamente inscripta (artículo 3°). La no inscripción puede acarrear responsabilidades administrativas, civiles y penales.

Luego dispone que toda base de datos pública y privada destinada a proporcionar informes debe inscribirse en el Registro que al efecto habilita la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (artículo 21).

Posteriormente prescribe que los particulares que formen bases de datos que no sean para un uso exclusivamente personal deberán registrarlas (artículo 24).

La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales ha implementado el Registro Nacional de Bases de Datos y **se plantea entonces la necesidad de determinar cuáles son las bases de datos obligadas a inscribirse.**

LA OBLIGACIÓN DE INSCRIBIR LAS BASES DE DATOS

Dos conceptos de la Ley 25.326 son fundamentales para determinar la obligatoriedad de la inscripción en el Registro: 1) base de datos **privada destinada a dar informes**, que incluye la cesión y transferencia de datos (art. 1° y 21); y 2) **uso exclusivamente personal** de la base de datos (art. 24).

1. Destinado a dar informes:

Debe entenderse por banco de datos **destinado a proveer informes** a aquel registro, archivo, base o banco de datos que permita obtener información sobre las personas, se transmitan o no a terceros; dado que el tratamiento implica un **riesgo** susceptible de causar un perjuicio al titular del dato. Asimismo, al ser el derecho a controlar la información personal un **derecho humano**, debe interpretarse a favor de las personas.

La Real Academia Española define a la palabra “informe” como: “Descripción oral o escrita de las características o circunstancias de un suceso o asunto”. Entonces “banco de datos destinado a dar informes” equivale a “banco de datos destinado a describir algo sobre las personas”.

De esta manera, cuando se accede a una base que interrelaciona datos y produce una serie de informaciones acerca de una persona determinada, se configura la acción requerida por la norma: “brindar informe”.

En ninguna parte de la norma se indica que para que la protección de la ley adquiera virtualidad debe tratarse de un destino único y exclusivo de brindar informes. Alcanza con que uno de los usos que se

le da a la base de datos sea brindar información o describir algo sobre una persona determinada o determinable para que rija la protección de la ley.

Tampoco la norma exige que el destinatario del informe deba ser una tercera persona ajena al responsable o usuario de la base de datos, sino que también abarca los usos internos de la información personal.

2. Uso Exclusivo Personal:

Como se señalara, se obliga a inscribir en el Registro las bases de datos que no sean para un uso exclusivo personal (art. 24).

El concepto de **uso exclusivo personal** se interpreta unánimemente de la manera más favorable al ejercicio del derecho a controlar la información personal. Por ello, corresponde interpretar este concepto como **uso exclusivo de la persona titular del banco de datos**, entendidas como aquellas que por conservarse en la esfera íntima de la persona no trascienden a terceros y/o no tienen razonable potencialidad de dañar un derecho del titular del dato (ejemplo: computador personal con direcciones de amistades).

VENTAJAS DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REG

1 El cumplimiento de la ley y la licitud de la base de datos.

2 Frente a eventuales denuncias por ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión o bloqueo (arts. 14, 16 y 27 Ley 25.326) o problemas en el tratamiento de datos personales, una base de datos no inscripta en el Registro adolece de otra condición de licitud lo que acarreará responsabilidades y sanciones más severas, al contrario que una base de datos debidamente inscripta.

3 Implica una ventaja competitiva detentar la condición de inscripto y el isotipo frente a una empresa de la competencia que no lo tenga.

4 Debe además tenerse muy en cuenta que cuando la Ley 25.326 regula la cesión de datos establece la responsabilidad solidaria y conjunta de cedente y cesionario por la observancia de las normas ante el organismo de control y el titular de los datos (art. 11, inc. 4). En virtud de ello, frente a un incumplimiento de quien cedió será solidariamente responsable el cesionario y viceversa. Entonces será necesario asegurarse que quien nos cede o a quien le cedemos información sea un buen tratador de datos y la mejor carta de presentación es la inscripción en el Registro. Por este motivo la DNPDP ha diseñado el Certificado de Inscripción con la Casa de Moneda con medidas para la inviolabilidad del instrumento. Ello puede dar lugar a responsabilidades administrativas (hasta \$100.000 de multa y/o la clausura de la base), civiles (indemnizaciones) y penales.

5 Sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales que correspondan por el incumplimiento de las obligaciones legales, la DNPDP aplicará las sanciones establecidas por el artículo 31 de la Ley 25.326 y la Disposición DNPDP N° 7/05 (B.O. 11/11/05), que prevén multas de hasta \$50.000 por la no inscripción de la base de datos.

CA.DI.ME

Más de Tres décadas con la salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Es necesario abordar las enfermedades desatendidas desde los determinantes sociales

Los retos y desafíos de nuestros países se basan en aplicar el enfoque de los determinantes sociales en el abordaje de los problemas de salud, afirmó la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Mirta Roses, durante las jornadas organizadas por el Ministerio de Salud de la Nación con motivo del anuncio de la creación del Instituto Nacional de Enfermedades Tropicales (INMeT) de Argentina.

No podemos analizar las enfermedades desatendidas desligadas de las condiciones de vida de la población, subrayó la directora de la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la sala de la biblioteca de la Academia Nacional de Medicina.

Roses manifestó que si bien se han alcanzado logros importantes en salud pública en los últimos años, continuamos enfrentando problemas de salud más relegados para algunos grupos sociales, principalmente en aquellos que tienen una carga profunda de desigualdades sanitarias, derivadas de una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y servicios.

Según la médica infectóloga argentina, los números confirman esa tendencia: 12 millones de niños mueren anualmente antes de cumplir los 5 años y el 98 por ciento de esas muertes ocurren en países de renta media y baja. La reducción de la pobreza es clave para hacer frente a la mayoría de las enfermedades desatendidas, confió.

Para la especialista, los gobiernos de la región deben considerar la conveniencia de fomentar nuevos modelos de desarrollo productivo local, donde se articulen las capacidades productivas familiares y comunitarias, sin deterioro del ambiente; se asegure el agua de calidad para el consumo humano, con viviendas dignas y saludables, y con la participación de todas las organizaciones sociales. Roses felicitó al gobierno argentino y a la cartera sanitaria nacional por la creación del INMeT, y destacó la importancia de que instituciones como esta, que abordan problemas relacionados con enfermedades tropicales y desatendidas, infecciosas y de otra índole, tengan en

La directora de la OPS/OMS, Mirta Roses, considero que para prevenir y erradicar las enfermedades desatendidas en América latina y el Caribe es necesario abordar los problemas de salud desde los determinantes sociales y ambientales. Reducir la pobreza es clave para enfrentar estas patologías, afirmó durante las jornadas de lanzamiento del Instituto Nacional de Medicina Tropical de Argentina.

cuenta los determinantes sociales, económicas, ambientales y culturales que inciden en la salud de las personas. El instituto que hoy se lanza debe reflejar el nuevo marco conceptual de la salud pública en el siglo XXI e integrar los enfoques biomédicos, genéticos, ecológicos y de los determinantes de la salud y enfermedad, opinó. Según Roses, el Instituto, que estará ubicado en Misiones, será una oportunidad también para hacer frente a situaciones que contribuyen a la inseguridad sanitaria internacional, derivada entre otras cosas de la intromisión del hombre en bosques naturales, la concentración urbana en condiciones precarias, el intenso intercambio fronterizo, el incremento del tránsito internacional por tierra, agua y aire; además de los procesos migratorios. Y recordó la existencia desde 2005 del Reglamento Sanitario Internacional.

También será muy importante para la eliminación de las enfermedades desatendidas en América latina y el Caribe, el abordaje intersectorial e interprogramático, señaló y destacó la necesidad de planes de acción integrados con otros socios y aliados, más allá del sector salud, tanto a nivel internacional como nacional y local.

Durante su presentación, la directora de la OPS/OMS rindió tributo a eminentes profesionales que hicieron grandes aportes a la salud pública de las Américas, entre ellos, Carlos Finlay, Robert Koch, Carlos Chagas, Ramón Carrillo, Carlos Alvarado, Carlos Malbrán, Francisco Muñoz, Oswaldo Cruz y Armauer Hansen.

Luego brindó un panorama de situación de algunas de las principales enfermedades tropicales que tienen mayor impacto en América latina y el Caribe: Chagas, dengue, fiebre amarilla, malaria, leishmaniasis, lepra, Helmintiasis, Esquistosomiasis, Oncocercosis, Filaria linfática y Tracoma, entre otras. Y compartió algunas de las contribuciones de la OPS en alianza con otros socios para hacerles frente. En Chagas, señaló que se alcanzó la interrupción de la transmisión vectorial doméstica en 10 países de la región. Existen 8 millones de personas infectadas en el continente; y cada año se reportan aproximadamente 41 mil nuevos casos. Con respecto al dengue, informó que a pesar de los es-

fuerzos, sigue en expansión. Los datos preliminares para el 2010 son de más de 1,8 millones casos, con casi 50 mil casos graves y más de mil muertes. Manifestó además que la fiebre amarilla viene ocurriendo regularmente en varios países de Sudamérica. El área de riesgo viene expandiéndose progresivamente. Según la directora de la OPS/OMS, el brote de 2008-2009 que afectó a Brasil, Paraguay y Argentina, recordó la amenaza constante de reurbanización de la fiebre amarilla en el continente americano.

En Malaria detalló que se reporta una reducción del 56 por ciento de la morbilidad y de 70 por ciento de mortalidad desde el año 2000. Dieciocho países, de los 21 considerados endémicos, alcanzaron la meta de 50 por ciento de reducción, establecida para el 2010.

Con excepción de Chile y Uruguay, la Leishmaniasis está presente en todos los países de América Latina. Brasil y Colombia son los países que mayor número de casos reportan anualmente, tanto en la forma cutáneo-mucosa como en la visceral. La lepra es endémica en 27 de los 35 países de la Región de las Américas. Cada año se detectan unos 40 mil casos. Argentina todavía tiene 12 provincias endémicas, dos de las cuales con prevalencia superior a un caso por 10 mil, indicó.

Roses recordó que en los albores del siglo XX, la peste, la malaria y la fiebre amarilla causaron miles de muertes, amenazando el futuro de proyectos ambiciosos como la construcción del Canal de Panamá. En esos años, el promedio de vida en Estados Unidos era de 50 años.

Sin embargo, las Américas se unieron para afrontar los retos, muy especialmente en el campo de salud, sostuvo y señaló que actualmente "la esperanza de vida en las Américas supera los 76 años, pero existen grandes disparidades entre y dentro de los países, con comunidades donde el promedio de vida sigue siendo de 50 años.

Y es que como afirmó la directora de la OPS/OMS, el trabajo para terminar con las disparidades en salud y para crear un mundo mejor para todos nunca finaliza.

Fuente: Consultor de Salud.
www.consultordesalud.com y info@consultordesalud.com

CA.DI.ME. apoya gestiones de la Asociación de Patólogos

Nuestra entidad, mediante nota dirigida al Presidente de la Asociación de Patólogos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, Doctor Marcelo Falcón, manifestó su apoyo a que *toda práctica de anatomía patológica es una consulta médica*; la cual es una iniciativa que impulsa dicha institución.

CA.DI.ME. coincide en que redundan los fundamentos para ello, siendo insoslayable en primer lugar que se trata de un acto médico; el cual además, es uno de los pocos que devuelve al paciente un diagnóstico escrito, con firma y sello. Ese acto médico requiere la intervención de personal técnico y administrativo así como un considerable gasto de insumos y aparatología.

Es por ello, que la Cámara estima que ninguna práctica de anatomía patológica debe ser retribuida con un valor menor al que cada institución del sistema de salud asigna a la consulta médica.



CON LA SANCIÓN DE LA LEY DE REGULACIÓN DE LA MEDICINA PREPAGA SE CUMPLE CON UN OBJETIVO LARGAMENTE RECLAMADO POR CA.DI.ME:

DETERMINACIÓN DE ARANCELES MINIMOS Y OBLIGATORIOS

SANCIONES POR MORA O INCUMPLIMIENTO DEL PAGO A PRESTADORES

REGULACIÓN DE LOS CONTRATOS

CREACIÓN DE UN CONSEJO PERMANENTE DE CONCERTACIÓN

NUESTRO RECONOCIMIENTO AL CONGRESO DE LA NACION Y AL APOYO RECIBIDO DE LOS PRESTADORES EN ESTE ACCIONAR DE MAS DE CINCO AÑOS

CA.DI.ME.
Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico
www.cadime.com.ar

COMPRA Y VENTA DE EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



**AHORA ES POSIBLE COMPRAR Y VENDER
EQUIPOS USADOS DE DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES A TRAVÉS DE INTERNET**



Durante mucho tiempo las empresas de nuestro Sector carecieron de un ámbito adecuado tanto para presentar sus ofertas de equipos usados, como para encontrarlas cuando los necesitaban.

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

Mediante este sitio, las empresas prestadoras y proveedoras podrán publicar y hacer búsquedas en las siguientes categorías de equipos:

- Radiológicos Fijos y Seriografos
- Radiológicos Rodantes
- Radiológicos Partes
- Mamógrafos
- Ecógrafos Fijos
- Ecógrafos Portátiles
- Tomógrafos Computados
- Reveladoras

La publicación en el sitio es muy sencilla. Se debe completar un formulario y confirmar la aceptación de los términos y condiciones establecidos, que están disponibles en el propio sitio.

En caso de que surgiera cualquier duda, también esta disponible un formulario para consultas.

El objetivo es que todos los interesados utilicen este sitio como una herramienta adecuada para facilitar los intercambios.

Mayor Información:

Teléfono: 5235-7200

E-Mail: cadime@cadime.com.ar

<http://equipos.cadime.com.ar/>