

V EPOCA
NUMERO 9
NOVIEMBRE 2011

REVISTA

CA DI ME
CÁMARA
DE INSTITUCIONES
DE DIAGNÓSTICO
MÉDICO

MÁS DE TRES DÉCADAS
CON LA SALUD

ES FUNDAMENTAL INTEGRAR EL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO



Especialistas y actores de la salud sostienen que el
sector necesita de la integración pública privada



EL DIAGNÓSTICO MÉDICO ES LA CLAVE
DE LA PREVENCIÓN EN SALUD

Cadime en acción Defendiendo a las empresas del sector

10 MANDAMIENTOS IRRENUNCIABLES PERSEVERANCIA EN EL RECLAMO POR:

- 1 Aranceles mínimos y obligatorios:** Para evitar la concentración prestacional y la asimetría de poder de negociación entre los prestadores pymes y los financiadores. Basados en los costos de producción de las prácticas médico asistenciales, concertados en los ámbitos previstos en la legislación vigente.
- 2 Intermediación ética:** Regular y limitar a las "Gerenciadoras", cuyo rol solo se justifica si dan trabajo a los prestadores, cumplen en los pagos, retienen comisiones razonables y aportan un valor agregado a la actividad de las pymes del diagnóstico. Aplicación efectiva de la normativa vigente.
- 3 Regulación medicina prepaga:** Para garantizar equidad, accesibilidad al sistema y asegurar la protección del beneficiario y la de los prestadores que brindan los servicios asistenciales.
- 4 La Universalización de la Cobertura de Salud,** para extenderla a 15 millones de conciudadanos, promoviendo la atención primaria, y generando puestos de trabajo en el sector.
- 5 La Coparticipación Asistencial,** imprescindible para integrar racional y eficazmente los sectores Público y Privado.
- 6 La puesta de límites a la Concentración y Extranjerización del Sector Salud.**
- 7 La instrumentación de una Mesa Permanente de Concertación y Consenso,** con la participación de todos los actores del Sector.
- 8 La participación del Estado como árbitro regulador y fiscalizador del Sistema.**
- 9 La implementación de una Política capaz de garantizar la equidad y transparencia en la asignación de recursos.**
- 10 La mejora en el financiamiento del sistema de salud.**

Estos son los objetivos *irrenunciables* de CADIME, que constituyen el eje de la acción de la Cámara en defensa permanente de los prestadores de diagnóstico y tratamiento, desde su fundación y hasta el día de hoy.

Si Usted comparte estos objetivos, asóciese a CADIME y haga valer su derecho a desarrollar su actividad empresarial amparado por la institución que defiende sus intereses.

La autenticidad es la primera condición para que el accionar gremial sea sostenible

En varias ocasiones hemos reflexionado sobre el perfil de los representados de las entidades gremiales empresarias en el sector salud, la naturaleza de los intereses comerciales de los mismos, y sobre la importancia de mantener absoluta homogeneidad en la agremiación conforme a un común denominador del rol empresario de los asociados. Dicho en otros términos, lo importante es que la entidad que nuclea a los actores de un sector, en este caso de prestadores, afilie a empresas de la misma actividad prestacional y persigan idénticos intereses. De esta manera estaremos frente a una institución verdaderamente auténtica; que tiene un origen preciso dado por el perfil de sus asociados; que detenta una procedencia fuera de toda duda; y que puede presentarse y manifestarse realmente tal como es su naturaleza. La condición de *autenticidad* que se demanda a una entidad que dice ser representativa de un sector, le suma la cualidad de *legitimidad*. Es decir, que la entidad no sólo es auténtica porque su origen está fuera de discusión sino porque actúa conforme al mandato preciso de este último. CA.DI.ME., es importante reiterarlo, surgió precisamente de la necesidad histórica de conformar una entidad auténtica y legítima de prestadores, específica de las actividades de diagnóstico médico y tratamiento ambulatorio, diferenciada de la atención médica con internación. Este objetivo de fijar claramente la procedencia y los objetivos de gestionar desde el conjunto a favor del interés de los prestadores referenciados, ha permitido a través de los años mantener incólume una justa y férrea defensa de los mismos, y desde un posicionamiento sectorial que no ofrece cuestionamiento alguno a su representatividad y consecuentemente a su rol gremial. Consideramos que estos rasgos son decisivos a la hora de impulsar reivindicaciones que resultan fundamentales para el sector que se representa, como es el caso del objetivo de lograr aranceles mínimos y obligatorios basados en costos de producción. Es una ventaja que contrasta con el caso de otras entidades, también de prestadores, que no se caracterizan por ser tan auténticas dado el perfil de sus asociados y el interés que éstos persiguen. Por ello resulta poco probable, cuando no azaroso, que se sumen a una tarea conjunta para luchar con mayor fuerza en pos de dicho objetivo arancelario, por ejemplo.

Para profundizar el accionar del sector prestador por la regulación arancelaria, la autenticidad y legitimidad de las organizaciones representativas constituyen premisas insalvables. Los prestadores deben tener conciencia de ello y encolumarse con la entidad que con absoluta firmeza reclama en su defensa y por una reivindicación que es clave para el desarrollo y continuidad de sus actividades como es la problemática arancelaria. Hay instituciones, como las entidades profesionales, que cumplen auténtica y eficazmente el rol para el que fueron creados, que es la defensa de la matrícula y la consideración de los temas inherentes a la profesión. Sin embargo las experiencias en la cuestión prestacional que agregan a sus actividades, no han sido buenas. Otro caso de pocos resultados felices para los prestadores es el de las gerenciadoras, cuya forma de intermediar perjudica a éstos más que beneficiarlos. De lo que se infiere, no son partidarias de la concertación de aranceles mínimos y obligatorios en función de los costos de producción. Otro tanto puede decirse de una entidad de prestadores de salud tanto de internación como de diagnóstico médico, que cuenta con importantes asociados, pero cuyos dueños son grandes empresas financiadoras. De más está agregar que la pretendida autenticidad para una lucha reivindicativa arancelaria se halla muy distante. Siguiendo los ejemplos, existe una entidad, constituida por un reducido número de prestadores, cuyo único fin es el de hacer lobby para la gerenciadora a la que están fuertemente vinculados. Y más notorio aún es el caso de una entidad de prestadores regional, dedicada permanentemente a hacer lobby para las empresas de la cúpula directiva, llegando al extremo de impulsar resoluciones ministeriales sobre nuevas condiciones de habilitación e instalación de equipos que favorecen únicamente al funcionamiento de sus empresas, restringiendo para ello con argucias técnicas la operatividad del resto de las empresas competidoras y así monopolizar el mercado. En resumen, la trama del escenario de acción para los prestadores es compleja, aunque no imposible para direccionar un trabajo reivindicativo del interés auténtico de las empresas prestadoras en la medida que se tenga claridad en el conocimiento de la verdadera representatividad de las organizaciones con ellos comprometidas.

La Comisión Directiva



08. ¿Por qué es necesaria una reforma e integración del sistema de salud?

Pág 03 Necesidad de regular la intermediación en el sector salud

Pág 04 Hacia la integración del sistema de salud

Pág 06 Una mirada al presente y futuro de la salud

Pág 07 El acceso a la salud como política de Estado

Pág 08 Una reforma para mejorar el impacto

Mesa Directiva de CA.DI.ME:

Presidente: Sr. Guillermo Gómez Galizia.

Vicepresidentes: Dr. Martín Iturraspe, Dr. Horacio Soriano, Dr. Gustavo Schikendantz.

Secretario: Sr. Jose Laurensio.

Prosecretario: Dr. Fernando Peralta.

Tesorero: Dr. Enrique Moreau.

Protesorero: Sr. Eduardo Fernández.

Director General: Dr. Hernán A. Grecco.

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

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

ÁREA CONTABLE IMPOSITIVA: Dr. Darío Capurro; Dr. Daniel Malvestiti.

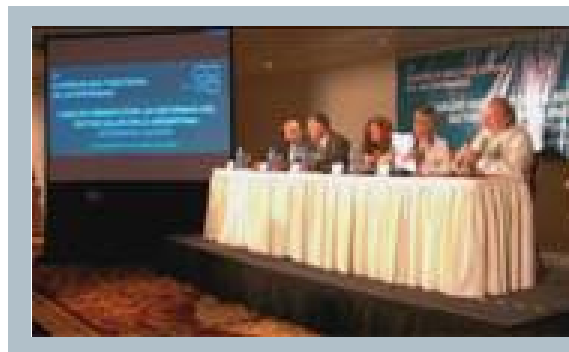
ÁREA JURÍDICA. Estudio Salvat Etala y Saraví. Dr. Gerardo Walter

Javier Guelman. Dr. Hernán A. Grecco. **ÁREA CAPACITACION:** IFESAL.

Lic. Susana Gutsztat. **ÁREA MARKETING.** Lic. José Chojrin. **ÁREA**

COMUNICACIONES. Lic. Oscar A. Casado. **RELACIONES INSTITUCIO-**

NALES. Roxana Segatori.



22. Propuestas políticas para una política de Estado

Pág 10 ¿Por qué es necesaria una reforma e integración del sistema de salud?

Pág 17 Preocupación por la posible sanción de normas regulatorias que promueven la concentración prestacional

Pág 18 Soluciones privadas a problemas públicos de salud

Pág 22 Propuestas políticas para una política de Estado

Pág 28 CADIME en Tandil

Registro Propiedad Intelectual:

En trámite. Revista CA.DI.ME. es una publicación de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico. De circulación gratuita entre todas las empresas prestadoras de servicios de diagnóstico y tratamiento médico del país, obras sociales, empresas de medicina prepaga, organismos públicos, autoridades nacionales y extranjeros, universidades y entidades afines con la actividad.

Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la entidad, siendo de exclusiva responsabilidad de sus autores. Permitida la reproducción de los artículos siempre y cuando se cite su procedencia.

Redacción: Perú 590 Piso 4, 1068

Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tel: (011) 5235-7200. Fax: (011) 5246-9711.

Email: cadime@cadime.com.ar.

Necesidad de regular la intermediación en el sector salud

Pese a la existencia de normas y disposiciones, los prestadores continúan atravesando una situación desfavorable que les acarrea diversos perjuicios

Desde hace tiempo, CADIME viene transmitiendo su más grave preocupación y alarma respecto de algunas situaciones por las que continúan atravesando las empresas de diagnóstico y tratamiento médico que representa, vinculadas al perverso fenómeno de la intermediación y su falta de regulación.

Como consecuencia, instituciones financiadoras contratan con empresas intermediarias, repitiéndose situaciones en las cuales los prestadores pequeños y medianos del diagnóstico y tratamiento médico se ven profundamente afectados, siendo expulsados del sistema por la concentración a la que conduce este proceso, que termina en una negociación en inferioridad de condiciones con las denominadas “gerenciadoras”.

Lamentablemente, la realidad del mercado muestra permanentemente a prestadores perjudicados por estas empresas, sin que los financiadores asuman responsabilidad alguna.

Lo paradójico de esta situación, es que para las obras sociales nacionales rigen las disposiciones incluídas en la Resolución 194, que prevee normas expresas aplicables a la contratación que realicen de Redes de Prestadores. Sin embargo, las obras sociales no cumplen ni exigen a las intermediarias a las que contratan el cumplimiento de esta normativa. No existe contrato en el que mínimamente se incluyan las cláusulas previstas y no se auditan los pagos efectuados a los prestadores por parte de las “gerenciadoras”.

En fin, se desconocen lisa y llanamente las Resoluciones emanadas de la propia Superintendencia de Servicios de Sa-

lud resultando ser los prestadores los principales perjudicados, dadas las asimetrías de poder en este mercado típicamente oligopsónico. Se debe evitar perjuicios al sistema -que sin dudas repercuten en sus beneficiarios-, exponiendo de manera clara los fondos que se abonan a las “gerenciadoras”, sus comisiones y cuánto dinero llega realmente a los prestadores en carácter de aranceles prestacionales.

Por los principios de democratización en el acceso a la información pública, nos parece que este podría ser el primer gran paso hacia un sistema transparente de contratación (por ejemplo con difusión de la información en Internet), en el cual los cientos de profesionales y empresarios pymes de la salud, que son la parte débil de este “mercado”, cuenten por primera vez con herramientas concretas para una adecuada defensa de sus derechos.

Es por ello que CADIME continúa solicitando a todas las obras sociales incluídas en la Ley 23660, y a otros financiadores que no lo están pero podrían tomar estos parámetros como base para avanzar en este sentido (como el Pami, Ioma, empresas de medicina prepaga, etc), que sin perjuicio de continuar trabajando en la profundización de la legislación vigente y su aplicación a todos los financiadores, instrumenten estas medidas en aquellas contrataciones que posean vigentes con estas características de intermediación.

Hacia la integración del sistema de salud

Con gran presencia de prestadores, autoridades nacionales, provinciales, municipales, financiadores, sociedades científicas y empresariales, se llevó a cabo una nueva edición de los Cabildos Abiertos organizados por CADIME, bajo la consigna “Integrar el sistema”

El acto de apertura contó con las palabras del Presidente de la Asamblea, **Dr. Juan Sylvestre Begnis**, del Presidente de CADIME, **Guillermo Gomez Galizia**, y del **Dr. Pier Paolo Balladelli**, representante de la OPS/OMS en Argentina. El evento estuvo 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. Se desarrolló en el Hotel Panamericano de la Capital Federal, y allí se trataron distintas temáticas tales como la necesidad de sostener las fortalezas de nuestro sistema de salud, corregir sus debilidades, sortear las viejas y nuevas amenazas que afectan la calidad, la cobertura, la equidad y la eficiencia, avances en la universalización de la cobertura, como valor fundamental de la equidad social y la integración entre recursos públicos y privados. Con la convicción de poder aportar al consenso y a las propuestas concretas, CADIME convocó nuevamente a recorrer el camino del análisis estratégico y la discusión de las propuestas políticas concretas. Seguidamente, se dio inicio a la primera mesa de la jornada: “Por qué reformar, y cómo integrar el sistema de salud. Introducción al estado de situación en el sector”, la que contó con la presencia del **Dr. Víctor Alberto Urbani**, Ministro de salud del Gobierno de la Provincia de Jujuy, de la **Lic. Graciela Noemí Castañón**, Presidente de la Comisión de

Desarrollo Humano y Social de la Honorable Legislatura del Neuquén y del **Dr. Sergio Del Prete**, Subsecretario de Coordinación de Políticas de salud de la Provincia de Buenos Aires. La coordinación estuvo a cargo del **Dr. Martín Morgenstern**.

Gran repercusión logró entre los asistentes la videoconferencia con el **Dr. Luis Segu Tolsa**, Director de Unidad de Consultoría – Consorcio de salud y Social de Cataluña, titulada “Soluciones privadas a problemas públicos de salud”, con la Coordinación del **Dr. Javier Vilosio** y palabras de apertura del **Dr. Martín Iturraspe**, Vicepresidente de CADIME.

Finalmente, por la tarde, se dio inicio al panel “La APS, la integración público-privada y las reformas al sistema de salud: propuestas políticas para una política de Estado”, con la presencia del **Dr. José Daniel Guccione**, Ministro de salud Pública de la Provincia de Misiones, el **Dr. Leonardo Caruana**, Subsecretario de salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Rosario, la **Dip. Nancy Susana González**, integrante de la Comisión de Acción Social y salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y el **Dr. Mario Dalto**, del Equipo de salud del Dr. Ricardo Alfonsín. Este panel fue coordinado por la **Dra. Silvia Caballero**, Subsecretaria de Control Sanitario del Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.

El evento aportó un importante diálogo entre los asistentes y contribuyó al intercambio de opiniones en vías de mejorar los beneficios del sector hacia la toda sociedad.



Momentos de disertación en la Segunda Asamblea organizada por CADIME

EJES TEMÁTICOS DE LA ASAMBLEA

- 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.

Una mirada al presente y futuro de la salud

En la apertura, el Dr. Sylvestre Begnis abordó distintas perspectivas del sector y su lugar estratégico en la sociedad



Durante los primeros tramos de su exposición, el **Dr. Sylvestre Begnis** se preguntó “¿Qué cambios queremos que se produzcan? ¿Vamos a la paradigmática salud o vamos a seguir trabajando sobre el sistema asistencial casi exclusivamente como lo hemos hecho hasta ahora?”.

Luego agregó: “Si vamos a hablar de salud, casi todo depende de otras áreas. Una medida inteligente fue crear la Secretaría de Determinantes de la salud en el Ministerio para estimular a otros agentes, pero salud depende de la educación, de los salarios, del trabajo, de recreación, de medio ambiente saludable, de cloacas, de agua, etcétera. Díganme, ¿dónde está *salud*? Tenemos la obligación de orientar a las otras áreas, pero, evidentemente, no es una política del sector, ni del Ministerio de salud, sino que es una política del Estado”.

“Si vamos a pensar en lo asistencial” -continuó- “serán los hospitales los destinatarios de un cambio de estructura o de un mejoramiento de la situación edilicia o del equipamiento. Hasta aquí pareciera ser que la inversión en actualizar los hospitales no alcanza, o no hay una decisión política”.

“Hablemos de recursos humanos. ¿Vamos a formar profesionales con el criterio con el que hoy se trabajan las currículas universitarias? Si sabemos que los inscriptos de hoy en día a esa currícula alcanzarán a ser profesionales recibidos en un promedio del 50 por ciento dentro de 8 años, y van a poder trabajar sobre la población 10 años después, cuando tengan clientela. ¿Quién de noso-

tros está pensando en la salud del 2030? ¿Va a ser igual la salud del 2030 que la que tenemos hoy? ¿Hay alguien capaz de imaginarse la situación dentro de 20 o 30 años? ¿No será necesario que revisemos esto en conjunto con la Universidad?”.

Más adelante se refirió a las políticas de salud y a que la gente está inconsulta “y cada vez más preparada”. Acto seguido manifestó que “debemos reforzar y unificar la seguridad social. Hay que unir el sector privado con el sector público, que es el motivo de esta reunión”. “Tenemos que hacer un seguro nacional de salud para todos: equitativo e igualitario”, remarcó.

También subrayó que ha estado trabajando con el Consejo Federal Legislativo de salud para analizar las diferencias entre los varios marcos jurídicos “que hacen que los argentinos de una provincia sean distintos a la de al lado y también a las demás”.

En otro tramo el Dr. Sylvestre Begnis aludió a la convocatoria de CADIME, manifestando que este tipo de reuniones contribuye a tener “una masa crítica -como decía Gines García- para lograr un protagonismo en las definiciones políticas de salud, en las definiciones estratégicas y en el establecimiento de los tiempos. Y por supuesto también, en el de los recursos, que quizás en este momento sea el que menos nos preocupa, porque parece ser que el sistema de salud tiene dinero como para producir todos estos cambios e iniciar un camino distinto”. Luego de estas palabras concluyó declarando abierta la Segunda Asamblea.

El acceso a la salud como política de Estado

Las políticas sanitarias deben posibilitar la adecuada articulación entre los sectores público, privado y la seguridad social

Durante el acto de apertura, **Guillermo Gómez Galizia**, Presidente de CADIME, explicitó los motivos que impulsan la realización anual de esta segunda convocatoria. Destacó al respecto que “no resulta fácil instalar en la conciencia colectiva toda la trascendencia que conlleva el hecho de la salud, y menos aún convencer que el mismo no es sólo la atención médica de la población, sino una estrategia indiscutida para lograr el desarrollo económico y social de la comunidad, tal como lo ha venido ponderando la OMS desde 1978”.

Luego afirmó que “la salud es un pre-condicionante del desarrollo humano; es un factor imprescindible para hacer posible el crecimiento económico”. “Siendo más precisos aún” -afirmó más adelante- “a nivel de empresa, la incidencia de la salud en su operatividad resulta superlativa por cuanto mejora el presentismo e incrementa los índices de productividad”.

En otro tramo enfatizó que “el acceso a la buena salud por parte de toda la población y no sólo de algunos sectores privilegiados, constituye un factor reparador de la desigualdad e inequidad social que provoca una injusta distribución de la riqueza y consecuentemente un crecimiento económico no inclusivo”. “Entonces” -agregó- “no podemos luchar seriamente contra la pobreza, si entre las políticas de acceso a la educación, la vivienda, a un salario digno, a la igualdad de oportunidades, no privilegiamos las del acceso a la salud”.

“Desde CADIME ponemos énfasis permanentemente en la valoración de la salud, porque tenemos plena conciencia de nuestro rol de prestadores, de nuestras responsabilidades y de los aportes de nuestras actividades en el cuidado de la salud de la población”.

Luego de subrayar que el subsector de diagnóstico médico y tratamiento ambulatorio es clave en la atención primaria, en la prevención de las enfermedades y en la optimización de los recursos dinerarios destinados a la atención médica, enfatizó que “es importante que las políticas sanitarias posibiliten una adecuada articulación entre los tres grandes sectores componentes del actual sistema de salud: el público, el privado y el de la seguridad social”.

“En la consideración de lo que hay que fortalecer en el siste-



Guillermo Gómez Galizia, Presidente de CADIME

ma” -apuntó Gómez Galizia en otro tramo de su exposición- “no quiero dejar de puntualizar que para el subsector prestador privado, como es el nuestro, sus empresas requieren de diversos incentivos y marcos regulatorios que favorezcan su operatividad, al igual que ocurre actualmente en otras actividades económicas”.

En este punto, además, aludió a lo afirmado oportunamente por la Presidenta de la Nación, Dra. Cristina Fernández de Kirchner: “Dijo, palabras más, palabras menos, el 16 de mayo último” -recordó el titular de CADIME- “que no queremos que a las empresas de salud les vaya mal. 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 las empresas”.

Y finalizó expresando que “En ese entendimiento, entonces, esperamos que las nuevas ideas que hoy podamos debatir aporten a la construcción de una indiscutida Política de Estado en la salud”.

Una reforma para mejorar el impacto

Buscar una mayor regulación del sector privado y readecuación de la seguridad social, considerando a la población que está afuera del mercado formal del trabajo

El representante de la Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud, en la República Argentina, **Dr. Pier Paolo Balladelli**, inició su exposición haciendo referencia al documento “El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo, logros alcanzados y desafíos futuros”, publicado recientemente por OPS, PNUD y CEPAL.

Manifestó que la fragmentación del sistema de salud tiene un significativo impacto sobre el acceso, la calidad, los costos, el uso de los recursos, y la satisfacción de los usuarios.

El Dr. Balladelli subrayó que “Debe trabajarse sobre el conjunto de los determinantes sociales de la salud, que representan un 50% de la morbilidad, mientras que un 25% solamente corresponde al sistema de salud, y el otro 25% a los factores genéticos”.

Respecto de la cobertura de los distintos seguros de salud, indicó que “es necesario considerar que, como la seguridad social se basa en aportes y contribuciones que no se espera se incrementen significativamente, se deberá fortalecer la oferta del sector público. La fragmentación requerirá también de mejores mecanismos de financiación para la mayor armonización y mayores niveles de solidaridad entre los subsistemas, particularmente entre las obras sociales nacionales, provinciales y el PAMI”.

En cuanto a la descentralización y las diferencias regionales y entre provincias, consideró que “deberá reposicionarse el rol del Ministerio de salud de la Nación, para fortalecer su rol regulador a nivel federal”. Según sus palabras, “el sector privado debería ir hacia una mayor regulación, y deberá readecuarse la seguridad social, considerando la existencia de población afuera del mercado formal del trabajo”.

El incremento del Fondo Solidario de Redistribución y la introducción de cápitas ajustadas por riesgo representan importantes reformas realizadas. En este sentido, el Dr. recomienda seguir con la profundización “por ejemplo, considerar un rol más global para la Superintendencia de Servicios de salud, otorgándole capacidad de regulación sobre las obras provinciales y el PAMI”.

Asimismo destaca que este proceso de reforma podrá ser viable en el marco de un pacto nacional de largo alcance, sobre metas claras, y concertado entre los distintos actores.

Subrayó que “bajo este concepto podrían articularse mejor el sector privado y el público. Los hospitales deberían definirse como redes, resaltando la medicina preventiva, la política de recursos humanos, la coordinación en la compra de medicamentos y en los requerimientos tecnológicos y su incorporación”. Respecto de la cobertura de los beneficiarios, afirmó que “tendría que ser en función de los riesgos y no según ingresos. Para ello debe tenerse muy en claro el concepto de solidaridad, las cápitas ajustadas por riesgo, el fortalecimiento del Fondo de la Distribución y la reforma de las competencias regulatorias de la Superintendencia para que cuente con altas capacidades técnicas. También un mayor vínculo con el Ministerio de salud”. Finalmente se refirió a la regulación de los prestadores privados, particularmente las prepagas, que podrían participar de la competencia por una cápita pública.

En materia de regulación del mercado de medicamentos, Balladelli indicó que “el país tendrá que buscar un equilibrio entre utilizar los genéricos y, al mismo tiempo, proveer la financiación para que la tecnología de medicamentos pueda seguir creciendo hacia el interior del país y también hacia las exportaciones”.



Dr. Pier Paolo Balladelli, representante de la OPS/OMS en la República Argentina

RIESGOS DEL TRABAJO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SIN CARGO PARA SOCIOS ACTIVOS



Como es de su conocimiento, los **trabajadores** del sector de la salud están **expuestos a riesgos** u otros peligros presentes en su entorno laboral. Atentos a esta realidad y a un escenario generado por reiterados fallos de la Corte Suprema de Justicia; **CA.DI.ME pone a disposición** de sus socios activos, un **seguro de accidentes personales** con el titular como beneficiario y sus trabajadores en relación de dependencia como asegurados cubiertos. -con una suma asegurada de hasta pesos cuarenta mil (\$40.000). -

SOLICITE INFORMACION Y CONSULTE REQUISITOS AL
TE. 5235-7200 o por mail a cadime@cadime.com.ar

PROGRAMA CA.DI.ME DE PROTECCIÓN INTEGRAL FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL SIN CARGO PARA SOCIOS ACTIVOS



CA.DI.ME entrega en forma gratuita, una póliza a cada socio que ingrese al programa. Este beneficio se instrumenta a través de una alianza estratégica con “La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional”.

La Cámara les ofrece a través de este sistema, no sólo cobertura asegurativa, sino también prevención, administración del riesgo, y una eficiente atención de cada evento adverso, queja o reclamo.

CARACTERÍSTICAS DE LA COBERTURA

Suma asegurada por profesional y por evento: pesos cien mil (\$ 100.000).

Riesgo Cubierto: Responsabilidad Civil profesional derivada de la actividad médica asistencial declarada (Bioquímicos)

Franquicia: SIN FRANQUICIA.

Ámbito de la Cobertura: República Argentina

Tipo de Cobertura: Base Reclamo con adicional automático de periodo extendido de denuncias (PED) de reclamos de 24 meses (2 años).

Aseguradora: TPC Compañía de Seguros S.A.

Reasegurador: Hannover Rück (Alemania) AA

SOLICITE INFORMACION
Y CONSULTE REQUISITOS AL
TE. 5235-7200 o por mail a:
cadime@cadime.com.ar

¿Por qué es necesaria una reforma e integración del sistema de salud?



Dra. Graciela Noemí Castañón, Dr. Víctor Alberto Urbani, Dr. Martín Morgenstern y Dr. Sergio Del Prete en uno de los paneles de la Asamblea

La importancia de legislar para el presente y el futuro, para la inclusión, la equidad y el principio de solidaridad

El planteo argumental presentado por los organizadores hizo hincapié en la universalización de la cobertura de salud como elemento fundamental de la equidad social, el fortalecimiento de la atención primaria, la medicina preventiva y la coordinación de políticas de Estado para salud, servicios sociales y de infraestructura. Estos ejes debieran promover la investigación aplicada para fortalecer la medicina basada en evidencia y el uso de protocolos que reduzcan el gasto improductivo en salud. Objetivos que requerirían la búsqueda de consensos para corregir la multi-fragmentación del sistema sanitario impulsando acciones efectivas en dos diferentes temas: público interjurisdiccional y público-privado.

LA ACTUALIDAD EN NEUQUÉN

Adhiriendo a estos conceptos, la **Lic. Graciela Noemí Castañón**, Presidente de la Comisión de Desarrollo Humano y Social de la Honorable Legislatura del Neuquén, señaló que el sistema de salud de su provincia le ha dado particular énfasis a la atención primaria, teniendo en cuenta la necesidad de seguir apostando a una APS renovada con hincapié en la intersectorialidad y en la interinstitucionalidad. El objetivo buscado es desarrollar la integración de los sistemas de salud con la participación activa de otros actores sociales, sean gubernamentales o no gubernamentales, para potenciar la eficiencia y la calidad del sistema. En este sentido, la Lic. Castañón compartió que “No podemos pensar como lo hacíamos en los setentas, cuando más del 70, 80, y en el interior hasta el 100% de la población se atendía en un sistema público de salud”. Actualmente casi entre un 40 y 50% de la población se atiende con la seguridad social, en gran medida a través de la obra social provincial, “con muy buen nivel de cobertura”, agregó. Subrayó además que “el 60% de los niños nacen en el sector público y el 40% en el sector privado, lo que nos lleva a pensar que tenemos que integrar sistemas. Debemos pensar que cuando dictamos leyes, organizamos, tomamos decisiones y

establecemos políticas de Estado, las estamos estableciendo para toda la provincia, sea para el sector público, privado o de las obras sociales. Las exigencias tienen que ser las mismas respecto de los niveles de complejidades, de atención, de referencia y de contra-referencia”. La Licenciada consideró que “Tenemos que legislar para el presente y futuro pensando en la totalidad, en la equidad y en el principio de solidaridad. Es muy frecuente en las distintas legislaturas que se presenten infinidad de proyectos para legislar por patologías. Esto ha sido fuertemente discutido dentro del Consejo Federal Legislativo de salud, donde hemos insistido en la importancia de no legislar por patologías y tratar de buscar la equidad y la solidaridad para la mayor cantidad de población posible”. Los datos presentados por la Lic. Castañón muestran que Neuquén, con 90.000 m² y cerca de 600.000 habitantes (según el censo 2010), concentra un 50% de esta población en su capital. Demográficamente aún existe población joven pero se duplicó el porcentual de adultos mayores (6 y 7%). El nuevo mapa epidemiológico demuestra una reducción significativa de la mortalidad infantil (7,6 por mil, neonatal 5 por mil y posneonatal de 2,6 por mil). La tasa de mortalidad materna sigue siendo alta (5,2 por 10.000), lo que en 10.000 u 11.000 partos anuales implica la mortalidad de entre cuatro y cinco mujeres, de las cuales al menos dos, mueren como consecuencia de un aborto. Refiriéndose a la importancia de la educación en la salud y a la intersectorialidad, la Licenciada comentó su primera experiencia laboral con comunidades indígenas mapuches para incentivar los partos institucionales. En la actualidad se plantea un cambio de paradigma para un abordaje distinto desde los equipos de salud, con seguimiento a través de datos secundarios y estadísticas vitales de egresos, estudios epidemiológicos, vigilancias centinelas y generando encuestas periódicas de enfermedades no transmisibles. Señalando factores de riesgo como tabaco, alcohol, glucemia, colesterol, presión arterial elevada, sobrepeso u obesidad. De ese modo la Lic. Castañón puso énfasis en la salud mental y adicciones, patologías cardio-

lógicas, quitar y, sobre todo, los suicidios en adolescentes en el interior de la provincia: “Hemos trabajado mucho, tanto a nivel del COFELESA como de las legislaturas provinciales, para legislar sobre el consumo del tabaco” y concluyó “En definitiva, la idea es transmitir la importancia de consonancia entre la actividad del Poder Legislativo y la formulación de políticas públicas en coordinación con obras sociales y demás actores del sistema de salud”.

LA VISIÓN DE JUJUY

El **Dr. Víctor Alberto Urbani**, Ministro de salud de la Provincia de Jujuy, presentó un conjunto de argumentos globales y puntuales respecto de por qué reformar el sistema sanitario, citando aspectos de un reciente documento de la Organización Mundial de la salud el cual define como objetivo lograr la cobertura sanitaria universal, lo que consecuentemente implica que el sistema sanitario esté siempre en proceso de reforma.

Destacó que dicho documento de la OMS plantea tres problemas: Cómo financiar el sistema sanitario, cómo proteger a las personas de las consecuencias financieras del gasto de la enfermedad, y cómo lograr el uso óptimo de los recursos. Remarcó a su vez que “Ningún país, independientemente de su riqueza, ha sido capaz de garantizar el acceso ilimitado y la tecnología para toda la población”.

En Argentina existe una dependencia excesiva del gasto de bolsillo. En un 6% de hogares -aproximadamente 2.400.000 personas- los gastos en salud superan el 35% de sus ingresos, y estos grupos poblacionales son habitualmente los de menores recursos. Con un uso ineficiente y no equitativo se malgastan entre el 20 y el 40% de los recursos destinados a la salud, por lo tanto, se debe apuntar a disminuir la dependencia de pagos directos y mejorar la eficiencia y la equidad. Hay tres niveles posibles de intervención: ampliando lo que no está cubierto, reduciendo la participación del gasto de bolsillo o incluyendo nuevos servicios.

El Dr. Urbani manifestó su convencimiento de que es más importante lo que se sabe y no se aplica, frente a lo que



Dr. Víctor Alberto Urbani, Ministro de salud de la Provincia de Jujuy

realmente no se sabe. “El primer punto para reformar es aplicar la estrategia de la atención primaria de la salud. Esto se acordó en 1978 en Alma Ata. Luego de 25 años, el doctor Mahler nos señalaba que firmar una declaración es fácil pero lo difícil es llevarla a cabo”. En el sentido de lograr avances, recordó que en la historia de Jujuy se destaca la figura del doctor Carlos Alvarado, quien en época de Carrillo fue el responsable de revertir el flagelo del paludismo en Argentina y luego designado al frente del programa mundial de Lucha Anti-paludismo por la Organización Mundial de la salud en Ginebra. Una vez retirado de la OMS volvió como Ministro de salud a la provincia de Jujuy en 1966 donde implementó el Plan de salud Rural, creó la figura del Agente Sanitario y estableció una estrategia de atención primaria, doce años antes de Alma Ata.

Citando a Alvin Toffler, el Dr. Urbani enfatizó que “hay que aprender a desaprender”, porque es la única forma que tenemos los adultos de incorporar nuevas cosas. “Hay que redefinir la APS como el cuidado primordial de la salud regionalizando, fortaleciendo la estructura y planificación local, la gestión de la información y la participación comunitaria en una alianza entre la educación y la salud”. Y

agregó “Creo que próximamente se desarrollará una reunión conjunta del Consejo Federal de salud y el Consejo Federal de Educación; del mismo modo, hay planes de los ministros de salud y Educación para trabajar en conjunto, cumpliendo con una asignatura pendiente”.

El doctor continuó expresando que “Un segundo punto es mejorar el financiamiento. Siempre recuerdo las palabras de mi amigo Daniel Palumbo, ex Ministro de salud de Mendoza, quien afirma que el derecho de la salud se acaba cuando se termina la plata”. Destacó además que a pesar del reconocimiento del derecho a la salud establecido en la Constitución, “ningún sanatorio privado colocará un stent a un paciente, si no existiese quien lo financie”. Frente a esto, las conclusiones del trabajo de la OMS afirman que habrá más posibilidades de conseguir capitales aumentando la eficiencia en la recaudación y contando con una financiación innovadora con nuevos impuestos al tabaco, al alcohol y demás agentes perjudiciales para la salud.

“Nuestro sistema de salud está terriblemente fragmentado. La Superintendencia tiene poder de policía sobre las obras sociales sindicales, pero las obras sociales provinciales tienen autonomía de decisiones y no acatan sus normativas”, afirmó. Consecuentemente apuntó que el sector debe integrar de alguna manera el sistema sanitario e integrar los financiamientos; la provincia que menos fondos tiene para la salud en la Argentina cuenta con un peso (\$1) por habitante por mes, mientras que otras cuentan con diez pesos (\$10).

Otra cuestión que se mencionó en la exposición se refiere a garantizar el cobro de prestaciones a compañías de seguros. “En el Hospital Soria de Jujuy por ejemplo, de doce pacientes que se encuentran en terapia intensiva con asistencia respiratoria, diez son consecuencia de accidentes de tránsito. Seguramente una compañía de seguros va pagar el arreglo del auto, pero no los costos del paciente internado. En definitiva, el Estado termina cubriendo estos gastos, generando un subsidio cruzado hacia alguien que no lo necesita: las compañías de seguros”, concluyó.

El Dr. Urbani planteó que no se debe duplicar esfuerzos sino

complementar la actividad de todos los subsectores. “En Jujuy hay una casuística de treinta y cinco cirugías cardiovasculares al año que derivamos al subsector privado, que cumple con todos los parámetros de calidad. En el Hospital Soria hay quienes quieren impulsar un servicio de cirugía cardiovascular que es imposible de sostener desde el punto de vista económico. Frente a esto debemos afrontar ilógicas críticas argumentando que estamos asociados con los privados o que somos pro-privados”.

Se debe avanzar en la promoción de la eficiencia y eliminación del despilfarro. Los expertos de OMS estiman que el 20 ó 40% de los recursos utilizados en salud se malgastan.

Dra. Graciela Noemí Castañón – Presidente de la Comisión de Desarrollo Humano y Social de la Honorable Legislatura del Neuquén



Una postura para mejorar el financiamiento es modificar el artículo 4° del Decreto Nacional 150/92, que establece que cualquier medicamento aprobado por ese grupo de países que están en el Anexo I, entre ellos la FDA, tienen ingreso y registro automático en la ANMAT Argentina. Se debe hacer una previa evaluación de tecnología sanitaria ¿o estamos incorporando productos caros que no tienen ningún valor agregado? Está automaticidad tiene que ser cancelada o revertida, y hay que trabajar para eso. En el Ministerio de salud de la Nación se creó ya una Secretaría de Evaluación de Tecnología Sanitaria.

Entre otros conceptos el Dr. Urbani también hizo hincapié en crear un seguro nacional de enfermedades catastróficas, reducir la mortalidad infantil, la mortalidad por cáncer y, tal como lo plantea Unicef, asignar mayor importancia a reducir la mortalidad materna, aunque señaló que “si bien contamos con un programa nacional muy bueno, tenemos un altísimo nivel de adolescentes embarazadas, debido fundamentalmente a cuestiones culturales o de religión. En Jujuy sobran los anticonceptivos pero hemos tenido casos de chicas violadas que han sido atendidas en el hospital sin que se les haya suministrado la píldora *del día después*. El aborto inseguro es la principal causa de muerte materna”. Luego indicó que cada 100.000 procedimientos de aborto se genera un promedio nacional de 112 muertes. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se registran 7,9 muertes por cada 100.000, mientras que en Jujuy tenemos 377 muertes. Esto es una muestra extraordinaria de inequidad y de hipocresía social”, remarcó.

Urbani continuó con su apreciación sobre las creencias personales, afirmando que “no pueden estar por encima de los deberes públicos. Se trabaja y se legisla para la pluralidad de los que habitan el país. No permitir el acceso al aborto legal seguro y gratuito en el primer trimestre del embarazo es una violación a los derechos humanos. Esta es una reforma importante que nos debemos como sistema sanitario, independientemente de las creencias personales, donde uno determina qué es lo que

quiere para sí y para su familias o para quienes dependen de uno, pero respetando el derecho de los demás. Ninguna mujer quiere abortar, sin embargo, cuando se deciden hacerlo, lo hacen como sea: con una percha, con una hoja de tejer, con un tallo de perejil o con lo que encuentran a mano”.

“Por último”, agregó, “debo señalar que somos un país oncológicamente subdesarrollado y tal como lo señaló recientemente en una conferencia el ex presidente de Uruguay, Tabaré Vázquez, “curamos menos y gastamos más”. Seguidamente recordó una frase de Raúl Scalabrini Ortiz, que dice: “No volver atrás en lo que se avanzó, completar lo que quedó inconcluso y realizar lo que no se intentó será la consigna...”. Finalizó comentando “Creo que el cambio fundamental es reformar la cabeza de quienes dirigen las instituciones y poner una fuerte voluntad política, porque sin fuerte voluntad política no vamos hacer reformas, para hacer una tortilla hay que romper huevos, y si no rompemos huevos, no vamos hacer reforma alguna”.

EL PANORAMA DE BUENOS AIRES

Llegado el turno de exponer, el **Dr. Sergio Del Prete**, Subsecretario de Coordinación de Políticas de salud de la Provincia de Buenos Aires, señaló que la Argentina es un país federal, con 24 provincias que tienen que ocuparse de la cuestión pública del gasto, pero también hay una cuestión nacional que tiene que ver con obras sociales, con las regulaciones y con la rectoría.

El primer paso es conocer qué se puede hacer desde las distintas jurisdicciones para contribuir a reformar, o ir modificando el sistema, actualmente deficitario. Esto implica un trabajo muy arduo y, sobre todo, requiere de un amplio abanico de consensos, que es lo más difícil de lograr cuando se piensa en leyes. En una reciente conferencia, Ginés decía que “Las leyes, a veces, tienen que adaptarse a la realidad”. Lo difícil es construir leyes que modifiquen la realidad, porque esas modificaciones implican fuertes disensos, pero también la necesidad de

construir consensos, entonces se debe legislar el presente para ordenar el futuro.

“Tenemos 135 municipios que se ocupan de la atención primaria desde que finalizó la descentralización, allá por el año 95; pero cada uno lo hace como cree que es útil. Es fundamental establecer un nuevo marco de rectoría y gobernanza del sistema, es decir, generar un acuerdo que permita gobernar este difícil arte que significa la atención primaria”, reflexionó, y continuó “A la enfermedad hay que atacarla ahí donde vive y se reproduce y no esperar pasivamente que llegue a los hospitales”. Ese tiene que ser el eje de la atención primaria: ir lo más periféricamente posible, olvidarse de que los centros de salud tienen paredes y llegar a la gente sin esperar que esta se acerque sólo cuando tiene algún problema.

Consecuentemente con lo que se expuso, el reordenamiento del modelo asistencial implica crear redes. Las redes no necesitan leyes, sino orden y una especie de marco ordenador que establezca claramente los niveles de complejidad, y dónde y cómo va a participar el otro actor fundamental del sistema prestacional, que es el sector privado. ¿Cómo se debería avanzar en la integración público-privada? El Dr. del Prete afirmó “Es un tema que nos preocupa mucho: ¿Cómo se financia nuestra salud en la provincia y qué necesidad tenemos de modificar una estructura de financiamiento que, además de ser obsoleta, porque pasaron casi 25 años, ha generado fortísimas brechas territoriales en cuanto a la asignación de los recursos?”.

Los tres criterios fijados por el Ministro para la formulación de una ley de integración provincial implican: la reforma de la atención primaria, las redes de complementariedad y la reforma del sistema de financiamiento. Esto se realiza con rectoría, modelo de atención y gestión a nivel de APS para unificar los criterios de toda la provincia con la recategorización y nivelación del hospital público y la necesidad también de trabajar con los sectores privados en un nuevo modelo de categorización.

El Gobernador Scioli ha impulsado en la provincia una



Dr. Sergio Del Prete, Subsecretario de Coordinación de Políticas de salud de la Provincia de Buenos Aires.

experiencia exitosa de Brasil respecto de las unidades de pronta atención (UPA); la primera se inauguró en Lomas de Zamora a la vera del acceso del Camino Negro, donde había antes un basural. Las próximas unidades previstas se habilitarán en Avellaneda, Lanús, La Matanza y se planifica la construcción de veinte más. El Dr. Del Prete afirmó “Nosotros denominamos esto como el eslabón perdido del sistema sanitario, porque es el eslabón que faltaba para unir apropiadamente los centros de atención primaria con los hospitales. Son unidades de atención y urgencias las 24 horas con 300 consultas diarias y un 5% de emergencias, de las cuales solo se deriva luego de estabilizar al paciente, en un 2%. Muchas de las emergencias que antes iban al hospital ahora son resueltas en la UPA”.

Respecto de la fórmula de coparticipación en Buenos Aires, el Subsecretario aprecia que es muy inequitativa, “a pesar de ello -y solo a nivel de gasto público y obras sociales- participamos con el 38% del gasto total en salud del país. Fijense que la provincia ha hecho un enorme esfuerzo en estos últimos años porque ha aumentado

5,4% el gasto en salud. Tenemos un 60% de la población asegurada, un 38% de la población sin cobertura de obras sociales pero que tiene acceso al sistema, aunque todavía hay aproximadamente un 2,73% de población en nuestro conurbano profundo que no tiene acceso a la atención por diferentes barreras geográficas o en algunos casos barreras de tipo cultural”.

“Tenemos 1.600 CAPS y de los 6.000 millones de presupuesto el gasto hospitalario consume una importante proporción, mientras que la atención primaria recibe un 30%. El mayor gasto se produce en nuestros hospitales provinciales, que poseen mayor complejidad y equipamiento frente a hospitales municipales, que son de distinta y variada complejidad. Por otra parte la distribución de los recursos de financiamiento intra-provincial tampoco es adecuada. El 65% de la población sólo recibe un poco más del 30% de los recursos totales del sector público sanitario. Hay una enorme brecha entre la cantidad de población y el recurso que llega a los habitantes de esas áreas. Si distribuimos la coparticipación por municipios, existe entre el más bajo, que es Almirante Brown, y el más alto, que es General Alvarado, una brecha gigantesca”, remarcó Del Prete.

Haciendo foco en el gasto, para el doctor se paga mucho en camas hospitalarias, “el modelo siempre ha sido hospitalocéntrico y se ha dejado un poco al arbitrio de los municipios el manejo de la atención primaria. Tres ideas para mejorar el sistema suponen: establecer el principio de operatividad en la organización del sistema, generar redes regionales de complejidad creciente y reorientar la atención primaria de la salud en el ámbito provincial con una fuerte gobernanza del sistema y una integración público-privada”. Y señaló que “esto nos parece un tema central, sobre todo a futuro, pues existe un límite para la inversión en tecnología. El Estado hoy está equipando con nuevas tecnologías, aunque tiene un límite. Por ello será necesaria mayor complementación como tenemos, por ejemplo, en la red público-privada de neonatología que está funcionando desde hace mucho tiempo”.

Comentó además que “se está avanzando para construir un

seguro provincial para la población sin cobertura siguiendo aspectos del “Plan Nacer” sobre la base de generar un nuevo modelo de separación financiación-provisión, aunque todavía, para ser un seguro completo, falta. Por lo tanto, eso es lo que hay que construir. Priorizamos el rol regulatorio en la producción de insumos por parte de la autoridad de aplicación. Nosotros tenemos una fuerte inversión en lo que respecta a producción pública de medicamentos, donde debemos ponernos bajo las normas de la ANMAT para así generar tránsito federal de medicamentos y poder proveer a otras provincias”.

Finalmente el Dr. Del Prete señaló que se está también trabajando para reformular la regulación del sector privado con una categorización o acreditación acorde al modelo prestacional moderno, junto con la recategorización y reacreditación de los propios hospitales públicos.

PANEL CONFORMADO POR

Lic. Graciela Noemí Castañón

Presidente de la Comisión de Desarrollo Humano y Social de la Honorable Legislatura del Neuquén

Dr. Víctor Alberto Urbani

Ministro de salud del Gobierno de la Provincia de Jujuy

Dr. Sergio Del Prete

Subsecretario de Coordinación de Políticas de salud de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Martín A. Morgenstern

Coordinador CADIME

Preocupación por la posible sanción de normas regulatorias que promueven la concentración prestacional

Ciertos proyectos provinciales terminarán impactando negativamente sobre la accesibilidad de los beneficiarios y la generación de empleos. Alerta sobre el destino y uso de información relevada mediante un “Censo Nacional de Diagnóstico por Imágenes”.

Recientemente hemos tomado conocimiento del impulso por parte de algunos gobiernos provinciales, de normativas relativas a la “Regulación y Acreditación de Servicios de Diagnóstico por Imágenes”.

Estas establecen entre otras cuestiones criterios **restrictivos de tipo geográfico o de complejidad de equipamientos y exigen que los equipos a instalar en adelante sean nuevos**, circunstancia que impediría la instalación de equipos en áreas de baja densidad poblacional, con dificultades para el repago de la inversión requerida por equipos nuevos. En fin, varias de sus disposiciones podrían interpretarse, simplemente, **como una estrategia de reserva de mercado**.

No nos cabe duda que de aprobarse terminarían **afectando el desenvolvimiento y permanencia en el mercado de las empresas prestadoras pequeñas y medianas, fundamentalmente del interior de cada una de las provincias, con el consecuente impacto negativo en cuanto a la accesibilidad de los beneficiarios, generación de empleos y aumento de la concentración prestacional**.

El sector que representamos del diagnóstico y tratamiento médico, continúa desenvolviéndose en un **escenario sumamente crítico**, a diferencia de lo que ocurre en otras actividades económicas. El **desfinanciamiento y la continua depreciación arancelaria** son los aspectos más graves de su actual situación. **La falta de un marco regulatorio y la gran concentración de los actores del financiamiento**, tanto en la medicina prepaga como en la seguridad social, dejan a las mas de 10.000 pymes prestadoras **en un estado de indefensión y asimetría a la hora de negociar el valor de los aranceles de las practicas medico asistenciales**.

En este escenario, se instrumenta un **Censo Nacional de Diagnóstico por Imágenes**, liderado por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de la Nación, con la colaboración del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y de **algunas entidades profesionales y del sector privado de la salud**, con escasa disponibilidad de información acerca de los objetivos de este emprendimiento y del tratamiento que se le dará a la información que se reúna.

Nos preocupa la falta de participación de todas las entidades representativas de prestadores en este censo, y nos preguntamos el valor de esta información en manos de los actores de la concentración.

Hay una tradición, una cultura y una adecuación natural al porte pequeño y mediano de los emprendimientos de los servicios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio; y que no puede ser de otra manera por diversas razones profesionales y técnicas, que van del aseguramiento de la calidad de las prestaciones, el debido contacto con los pacientes, el fortalecimiento de la atención primaria y hasta la radicación del prestador pyme en zonas más remotas o menos pobladas.

Esta es una fortaleza que no dudamos también juega a nuestro favor y que pone de manifiesto ante quienes tienen la responsabilidad de gobernar, la necesidad de resguardar a este sector clave.

Finalmente, no podemos dejar de llamar la atención que la incorporación acrítica de nueva tecnología, sin demostrar su costo efectividad, terminara dejando afuera del mercado a las empresas que representamos y afectara la balanza comercial del país.



Soluciones privadas a problemas públicos de salud

*Cómo es la integración de servicios públicos y privados de salud en Cataluña
Los modelos de gestión y financiamiento que se aplican actualmente*

Con la coordinación del **Dr. Javier Vilosio** y palabras de apertura del **Dr. Martín Iturraspe**, los presentes de la Asamblea asistieron a la videoconferencia del Director de Unidad de Consultoría del Consorcio de salud y Social de Cataluña, **Dr. Luis Segu Tolsa**. A continuación compartimos sus palabras.

“El Consorcio de Hospitales de Cataluña es una entidad que agrupa prestadores de diferentes titularidades, pero que conforman el sistema sanitario público de Cataluña: prestadores de titularidad pública, de titularidad pública pero con modelos de gestión privada y de titularidad privada propiamente dicha.

Nosotros, como entidad pública, defendemos un sistema público que se basa en la salud como derecho, la financiación pública de los servicios, la cobertura universal, una cartera de prestaciones garantizada, y acceso en base a criterios de necesidad.

Sin embargo, defender este modelo -desde nuestro punto de vista- no supone que el sistema público no esté abierto a la participación privada, ya que básicamente la pervivencia de un sistema público de este tipo se basa en que pueda cumplir con sus objetivos de eficiencia y de equidad.

La autoridad sanitaria tiene que tener la potencia y la capacidad suficientes como para conseguir integrar de forma coherente y útil al sector privado dentro de este sistema. Un sistema público implica valores, que lo hacen diferente de un sistema privado. Los mismos pueden ser de ámbi-

to macro, como es la rentabilidad social o la equidad, el acceso en base a necesidad y no en base a capacidad de pago. O pueden ser referidos a cuestiones puntuales de cobertura, como decidir si un sistema acaba financiando el citostático de última generación que alarga la vida tres semanas en un cáncer de mama metastásico. Esos son valores sociales, eso no es técnico y es lo que va definir que conformemos un determinado sistema sanitario.

Un sistema de salud es una organización compleja que integra política, recursos, estructuras y el objetivo es garantizar derechos. Por lo tanto, en términos prácticos se define por estas tres preguntas: ¿A quién da cobertura?, ¿cuál es su cartera de prestaciones? y ¿cómo se financia?

Los principios básicos que lo definen son: si la salud es considerada como un derecho, si la financiación es eminentemente pública, si la cobertura es universal o cuasi universal, si las prestaciones cubiertas dan respuesta a la demanda, y si el acceso es real y ajustado a principios de equidad. La titularidad pública o privada de los prestadores de los servicios, sean de productos finales o intermedios, no define que un sistema sea público o privado.

Desde una perspectiva estricta, privatizar un servicio público supone trasladar la responsabilidad de la garantía del derecho desde el Estado a los particulares. Pero no supone delegar la prestación de servicios al sector privado. Privatizar no es incorporar modelos empresariales en la prestación pública, no es gestio-

Videoconferencia del **Dr. Luis Segu Tolsa**, Director de Unidad de Consultoría del Consorcio de salud y Social de Cataluña



nar el recurso humano fuera del marco público, y no es gestionar el aseguramiento público.

Por lo tanto, la incorporación del sector privado tiene normalmente como objetivo mejorar y hacer más eficientes los servicios públicos. Es importante recordar que la eficiencia no es el objetivo final de un sistema público, sino que la eficiencia es un medio por el cual un servicio público tiende a maximizar los recursos que la sociedad ha decidido dirigir a eso y, por ende, obtener el máximo beneficio de esos recursos”.

¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS?

Luego, el Dr. Segu Tolsa abordó las funciones del sistema público. “Un sistema público debe garantizar como valores básicos: la equidad y la eficiencia (garantía de sostenibilidad). Los sistemas públicos clásicos son organizaciones que han integrado verticalmente todas las funciones básicas: Regulación, Planificación, Compra, Provisión y Evaluación. Esta integración vertical genera sistemas con limitaciones: modelos basados en la jerarquía y el control por normas, burocráticos y poco dinámicos, concentración de decisiones operativas en la cúpula, dilución de funciones y responsabilidades, poca importancia del concepto “precio”. Quien decide ni paga ni consume, quien consume ni paga ni decide, quien paga ni consume ni decide. Poca corresponsabilización de los prestadores, pocos incentivos a la eficiencia. Y escasa orientación al ciudadano.

La mejor garantía de pervivencia de un sistema público no es la titularidad de sus estructuras sino su capacidad de garantizar eficiencia y equidad. Los sistemas públicos introducen reformas que van dirigidas a garantizar sus principios fundamentales y una gestión eficiente de los recursos, en términos prácticos: modificar el cómo para poder mantener el qué.

Las tendencias de cambio se centran en la separación de funciones: regulación, planificación, financiación, compra, evaluación y prestación, la incorporación de instrumentos de la gestión privada para la consecución de metas públicas, y la simulación de entornos de competencia en el sector público.

Hoy en día la sostenibilidad de los sistemas de salud pública se basa en dos cuestiones: las decisiones sobre incorporación de nuevas tecnologías y la eficiencia en el uso de los recursos, lo que supone el tender a sistemas públicos no segmentados. Como elementos estratégicos en los sistemas de salud se tendrán que desarrollar -sea cual sea el modelo de integración que tengamos en el sistema- la planificación normativa, la planificación estratégica, los modelos de transferencia de riesgo al proveedor, es decir, autonomía de gestión, la incorporación del concepto de precios e incentivos y la capacidad de gestión de los proveedores. Si estos últimos asumen riesgos deben tener poder de decisión, y cambiar de organizaciones basadas en la jerarquía y el control de procesos, a organizaciones basadas en las negociaciones y el control de resultados”.



EL OBJETO Y MODALIDADES DE LA PARTICIPACIÓN PRIVADA

Segu Tolsa continuó señalando que “el sector privado debe poder aportar mejora en la eficiencia y en las capacidades del sector público ¿Cómo? Ya sea reduciendo costos o incrementando los resultados. La compra de servicios al sector privado tiene que poder compensar los costos del público (y su rentabilidad), y serle rentable y útil al sector público, desde una perspectiva de rentabilidad social.

Existen modalidades de participación coyuntural, por ejemplo aportando *inputs* no estratégicos que se pueden producir de forma más eficiente en el sector privado, o aportando financiación a corto plazo como son las decisiones de ‘Hacer o Comprar’, financiar la infraestructura o responder a un exceso de demanda en momentos puntuales. También existen modalidades de participación estructural, como los aportes estratégicos en la producción y articulación de servicios que buscan una mejor utilización de los recursos. Esto es empresariaización de la gestión, participación en la provisión, gestión del aseguramiento, desregulación del sector público, por ejemplo.

En materia de participación coyuntural, ‘Hacer o Comprar’ significa delegar la producción de servicios no estratégicos al entorno privado en aquellos ámbitos donde ya existe una oferta establecida, y se supone que el sector privado puede producir con mayor eficiencia: distribución farmacéutica, logística de suministros e insumos, servicios generales de soporte no clínico: lavandería, mantenimiento, comedor, laboratorio, diagnóstico por imágenes, transporte sanitario, etc.

El sector público debe contar con análisis previo de decisión, capacidad de saber comprar (¿Qué se quiere y a cambio de qué?), capacidad de contratar, y capacidad de evaluar los resultados.

Las ventajas esperadas son una mayor eficiencia, mayor especialización en la prestación del servicio y liberación de estructura fija (recursos humanos).

Sus potenciales inconvenientes se vinculan con que garantizar un mejor servicio depende de la capacidad de compra y control de resultados (capacidades del Estado),

la legislación de cada país, y la incorporación en el precio del beneficio empresarial.

Otro modelo de participación coyuntural son las inversiones. Se refieren a distribuir en el tiempo los recursos necesarios para la inversión en infraestructuras, a través de inversión inicial privada y retorno de esa inversión anualizada mediante modelos de concesión. Se trata en general de minimizar el costo de oportunidad a corto plazo de la inversión. Son los modelos PPP (Public Private Partnership) de gestión de servicios generales: concesiones a 25 – 30 años en las cuales se recupera la inversión y se externalizan los servicios generales, por ejemplo.

Es muy importante que el sector público tenga capacidad para saber qué quiere y cómo lo tiene que articular. En este caso, el sector público tiene que tener la capacidad planificadora suficiente para saber la infraestructura necesaria, y eso quiere decir definir elementos clave, como qué modelos de atención es el que quiero, mapa sanitario y planes maestros de infraestructuras. Se necesitan procesos adecuados para seleccionar al operador. No es un intercambio sencillo porque no hablamos de externalizar la lavandería, sino que hablamos de concesiones a dos o tres décadas. Debemos garantizar operadores con capacidad para fijar el precio de los servicios pedidos. Muchas veces el sector público tiene dificultades muy importantes a la hora de plantear, no sólo como pagar sino qué precio pagar.

Hay que tener en cuenta la inversión en infraestructura porque es lo que menos vale en la financiación de los servicios. El costo de funcionamiento de un hospital durante un año equivale más o menos al costo de construirlo. Por lo tanto, tenemos que estar en disposición no sólo de poder financiar la infraestructura, sino de tener capacidad para financiar esa infraestructura en funcionamiento y con servicios.

Otro mecanismo que tiene que quedar muy en claro es en el caso de que no funcione o que el operador sea deficiente, ¿cómo revertimos esa concesión? Un último caso de participación coyuntural es la compra de servicios en situaciones de exceso de demanda. El objetivo es absorber un exceso de demanda puntual o falta de capacidad de respuesta del sector delante de situaciones excepcionales, se contratan servicios puntuales al sector privado. Las

ventajas son obvias. La respuesta puntual sin necesidad de incrementar la estructura, que además en el corto plazo es imposible, y trasladar recursos por falta de resolutiveidad. Esto, ciertamente también genera un modelo de competencia. Un inconveniente posible son las desviaciones en la relación profesional público-privado. Esto quiere decir que el sector público termine generando listas de espera porque los mismos profesionales que generan esas listas, son los que después van a cobrar en el sector privado por resolverlas. Eso requiere de control y supervisión.

En cuanto a los modelos de participación estructurales, hablamos de participación del sector privado en el *core* del negocio de la salud, o de elementos estratégicos. La Cesión de Gestión a entidades privadas tiene como objetivo modificar el modelo de gestión público y hacerlo más eficiente. Podríamos diferenciar dos tipos: Hospitales nuevos en kilómetro 0 (condiciones de gestión diferenciadas de las existentes), típicos de los modelos PPP con concesión de “gestión de bata blanca”, y por otro lado, Hospitales ya existentes en los que se debe incorporar un nuevo modelo de gestión a partir de las condiciones actuales. Requiere una autoridad sanitaria fuerte en planificación, contratación y evaluación, alto grado de desarrollo de la acreditación y supervisión, capacidad de controlar desvíos, estar en disposición de acometer cambios normativos para incorporar modelos de gestión diferenciados, y capacidad de gestionar un escenario con RRHH que puede no ser homogéneo. Las ventajas: separar claramente la provisión de la autoridad sanitaria, la gestión externa de los dispositivos, la ausencia de estructura fija a cargo del financiador y la generación de una cierta competencia y riesgo a través de los procesos de compra.

La empresariaización del sector público implica la incorporación de nuevas fórmulas de gestión que desburocraticen, que permitan modelos más dinámicos y generen autonomía de gestión en los establecimientos. No suponen la participación del sector privado sino la incorporación de fórmulas de gestión privada. Su fundamento es una fórmula jurídica que lo permita.

En la desregulación de la provisión se combinan modelos de implicación empresarial profesional que incentivan a los profesionales del sector público a organizarse bajo

fórmulas jurídicas empresariales y “vender” sus servicios al sector público que garantiza su compra.

La provisión privada o mixta supone conformar una red de provisión con los recursos disponibles públicos y privados. Requiere de entornos con separación de funciones y capacidad de compra de servicios por la autoridad sanitaria, si además quiere generar un cierto grado de competencia por los recursos se deben modular los sistemas de pago e integrar la libre elección del usuario. Sus principales ventajas se centran en limitar la inversión pública en infraestructura y en disponer de modelos de gestión empresarial. Los requerimientos y los inconvenientes son en general los mismos que los planteados en los modelos de cesión de gestión y PPP de bata blanca.

Incorporar al sector privado en la gestión del aseguramiento, ya que se considera, teóricamente, que la existencia de múltiples aseguradoras y múltiples proveedores incentiva la eficiencia y la calidad. Es muy importante establecer en qué se fundamenta la competencia: prestaciones, precio o calidad. Necesita de un elevado grado de elección de los usuarios y de mecanismos de control y supervisión (regulación)."

Hacia el final de su videoconferencia, el Dr. Luis Segu Tolsa repasó con los presentes sus conclusiones, “Un sistema sanitario se define por su cobertura, sus fuentes de financiación, su cartera de prestación y criterios de acceso. Sistema sanitario público es aquel que cubre a prácticamente toda la población, se financia con fondos públicos y se accede más a criterios de necesidad. No se define en base a la propiedad ni a los mecanismos de gestión de los prestadores. La mejor defensa de un sistema sanitario público y la garantía de sus jugadores es la eficiencia para que sea sostenible, y para ello los modelos públicos deben evolucionar hacia entornos regulatorios sólidos, incentivos a la eficiencia y que permitan no tener miedo a que se incorpore el sector privado en la prestación de servicios privados con capacidad de gestión. La participación del sector privado no desvirtúa un sistema público, y los prestadores públicos han de evolucionar también a la incorporación de elementos de gestión privada para que puedan competir también con el sector privado que se incorpora en el sector público”.



Propuestas políticas para una política de Estado

La Atención Primaria de la salud, la integración público-privada y las reformas al sistema de salud argentino

El segundo panel de la Asamblea contó con profesionales que disertaron sobre los temas que hacen a la reforma del sistema de salud desde una política de Estado.

PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD

La Diputada Nacional **Nancy Susana González** abrió su exposición refiriéndose a los programas Nacionales de Atención Primaria de la salud, y experiencias locales realizadas en la Municipalidad de Puerto Madryn (Chubut), desde los años 90. Manifestó que “A partir del año 2003, se inició con este Gobierno una reinversión en salud, una vuelta a la orientación de la atención primaria”.

Luego comentó respecto de los diversos programas en funcionamiento. En relación al Programa Remediar refirió que se cuenta con 6.500 centros de salud en todo el país, en los cuales se distribuyeron más de un 1.077.000 botiquines, y aproximadamente 252 millones de tratamientos gratuitos. El Programa Médicos Comunitarios, por su parte, otorga becas a los médicos que trabajan con el primer nivel de atención. Mencionó también el marco impuesto por el Programa Nacional de Municipios y Comunidades saludables, y experiencias realizadas en la ciudad de Puerto Madryn, “cuando llevamos el centro de salud al barrio, de la misma manera llevamos a la Secretaría de Acción Social al barrio. Al lado de cada centro de salud pusimos lo que llamamos un “centro de gestión barrial”. En ese centro de gestión barrial interactuaban los trabajadores sociales y los trabajadores sanitarios y salían a trabajar al barrio. A estos trabajadores sociales y a estos trabajadores comunitarios les habíamos asignado quince familias”. Finalmente se refirió a la experiencia de haber podido gestionar comedores comunitarios, logrando que los chicos puedan alimentarse en familia.

NUEVO PARADIGMA DE SALUD EN MISIONES

Por su parte, el Ministro de salud Pública de Misiones, **Dr. José Daniel Guccione**, señaló que en su provincia se



Dr. José Daniel Guccione, Ministro de salud Pública de la Provincia de Misiones

trabajó sobre cuatro modelos planteados en la Ley provincial de salud: modelo de atención, gestión, calidad y financiamiento.

El modelo de atención se basó en la prevención y en la promoción, priorizando la salud y no la enfermedad. Se desarrolló “Misiones te cuida”, una flota de camiones de asistencia sanitaria que complementan las acciones de aquellos municipios que no cuentan con la tecnología suficiente para cubrir necesidades básicas. También se refirió al Programa de Descentralización de la Gestión en APS, y el Plan Provincial Mamá, de asignación universal a la mujer embarazada.

También se refirió al desempeño de los Promotores de salud, que funcionan como nexo entre la comunidad y la red sanitaria provincial. “Se formaron 3.000 promotores, varios de los cuales cursan una Tecnicatura en Atención Primaria, a través de la Universidad Nacional de Misiones. Hay un promotor de salud cada 800 personas en zonas rurales, y uno cada 1.500 personas en zonas urbanas”, destacó. Como ejemplo de articulación, se utilizó la información del RUSMI para el Plan Techo, que erradicó todos los techos de cartón.

En 2000 existían 290 Centros de Atención Primaria en la Provincia y hoy hay 329.

Los fondos del Plan Nacer se distribuyen totalmente entre los hospitales y a los Centros de salud, a través de unidades de gestión. En cuanto a los pueblos originarios, se crearon los anteriormente mencionados Promotores de salud de las comunidades aborígenes y se descentralizó todo lo relacionado con su atención.

Asimismo destacó que “la mortalidad infantil disminuyó casi 10 puntos desde 2003 a la fecha, al igual que la mortalidad materna”. Resaltó la creación del Consejo Provincial de salud, con participación de federaciones de clínicas y sanatorios y otras relacionadas con la salud. También del Seguro Provincial de salud, que se administra a través de la Obra Social Provincial.

El Ministro Guccione finalizó mencionando que “El país necesita tener una ley de salud. Pienso que es el momento de marcar la cancha y, desde este sector, decir cuál es la salud que queremos para el pueblo argentino”.

LA EXPERIENCIA EN ROSARIO

Respecto de la actualidad del sector en Rosario, se expresó el **Dr. Leonardo Caruana**, Subsecretario de salud Pública de la Municipalidad de esa ciudad, que cuenta con 20 años de continuidad política.

El Subsecretario mencionó que existen algunas líneas estratégicas de cooperación y convenio con el sector privado, particularmente en camas críticas o tecnología que el sector público no tiene. La ciudad está dividida en 6 distritos, y en cada distrito existe un “minimunicipio”, donde se concentra todo lo referido a las políticas sociales.

El proceso de descentralización implica mayor coordinación de las actividades de las distintas áreas del municipio: salud, promoción social, cultura, servicios públicos, organización de estructuras comunitarias, redefinición de políticas públicas, y construcción de ciudadanía.

El 30 por ciento del presupuesto del Gobierno municipal



Dr. Leonardo Caruana. Subsecretario de salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Rosario

se destina al sector salud. Aproximadamente 600 millones de pesos. Si se suma lo asignado a políticas sociales, este presupuesto aumenta un 50 por ciento.

La atención primaria de la salud no tiene que ver con un primer nivel de atención, con un modo de atender o con una etapa de la atención de la población. Tampoco con una sola característica, donde a veces aparece la cuestión de la enfermedad separada de las cuestiones preventivas. La atención primaria es una estrategia comprehensiva que atraviesa todos los niveles de atención del sistema.

Los valores en los que se sustenta el sistema son la equidad, accesibilidad, universalidad, gratuidad y el protagonismo de la comunidad.

Desde hace aproximadamente tres años existe un Consorcio, donde se discuten las directrices centrales de lo sanitario en la ciudad de Rosario y en la Región Sur de la provincia de Santa Fe. Los especialistas en el sistema funcionan como apoyo a los equipos médicos integrados por clínicos, generalistas, pediatras y tocoginecólogos.

Caruana finalizó agregando que “también se han reformulado las guardias, como dispositivo de admisión”.

PANEL

Dr. José Daniel Guccione. Ministro de salud Pública de la Provincia de Misiones

Dr. Leonardo Caruana. Subsecretario de salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Rosario

Dip. Nancy Susana González. Integrante de la Comisión de Acción Social y salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación

Dr. Mario Dalto. Equipo de salud del Doctor Ricardo Alfonsín.

Coordinación: **Dra Silvia Caballero**, Subsecretaria de Control Sanitario del Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.

LA PROPUESTA DE SALUD DE LA UCR

El **Dr. Mario Dalto**, miembro del equipo de salud de la Unión Cívica Radical se refirió a la propuesta de su partido para el sector para los próximos años 2011-2015.

Dalto afirmó que se puede tener un sistema de salud respetando la diversidad e, incluso, los intereses políticos, económicos y corporativos. “Sin embargo no se puede asumir ese desafío, sin depender del gobernante de turno”, remarcó.

Los recursos humanos deben orientarse a un modelo de salud consensuado. La visión es la de un sistema con universalidad, integración vertical, con un único financiador, con administración y gestión descentralizada, que cubra todo el territorio, con padrón único de beneficiarios. Tener un único modelo de gestión, organización y funcionalidad, y un único sistema informático. La misión es nivelar las oportunidades, la accesibilidad, la integración, la continuidad de la atención, adecuada en calidad y en cantidad, independientemente de la condición de género, nivel socioeconómico o región demográfica.

La propuesta que expone Dalto es “lograr un Acuerdo de Equidad e Inclusión Sanitaria, como expresión del consenso político-social, a 20 años”. El Programa Nacional de Cuidados Familiares y Comunitarios en salud, destinado a las personas que sólo tienen cobertura pública, se financiará desde el Estado nacional y será acordado con las provincias y municipios. Se transferirán 40 pesos por mes por habitante para desarrollarlo.

Es imprescindible un cambio sistémico: la integración de los servicios de salud a partir de la estrategia de atención primaria, la medicina familiar o general, un modelo centrado en la persona, en su familia, ambiente y circunstancias. Los Centros de Cuidados Familiares y Comunitarios, contarán con agentes socio-sanitarios y ambientales.

La historia clínica electrónica, la receta electrónica y la tarjeta personal de identificación componen un sistema informático único que vinculará la gestión administrativa, contable y prestacional del lugar en un único sistema in-

formático, dentro de una red que tiene que extenderse a los otros niveles de atención. Se establecerá un Seguro de Enfermedades de Alto Costo y Prestaciones Especiales. Se creará también un Órgano Nacional de Evaluación y Normalización de Tecnología en el campo médico.

Finalizando su exposición, Dalto remarcó que para cumplir estos objetivos, “deberá crearse un órgano nacional de evaluación y normatización de tecnologías en el campo médico y se fortalecerá la investigación en tecnología médica y el desarrollo de la producción pública de medicamentos, fundamentalmente los ligados a la biotecnología”.



Dra. Silvia Caballero - Subsecretaria de Control Sanitario del Gobierno de la provincia de Buenos Aires

SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA TRABAJADORES DE PRESTADORES SOCIOS



El tomador del seguro es CA.DI.ME y el grupo asegurado son los empleados de los prestadores asociados.

Conforme a la Ley existe obligatoriedad de pagar una indemnización en los siguientes casos:

1. MUERTE DE UN EMPLEADO POR CUALQUIER CAUSA
2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA

El monto a cubrir depende del sueldo bruto y de la antigüedad de cada empleado.

SOLICITE INFORMACION Y CONSULTE REQUISITOS AL
TE. 5235-7200 o por mail a: cadime@cadime.com.ar

LOS PROFESIONALES Y LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA

Recordamos a los prestadores que la jurisprudencia considera como trabajadores en relación de dependencia a los profesionales de la medicina, abogados, contadores, ingenieros, biólogos, farmacéuticos, odontólogos, kinesiólogos y otros. Todas las figuras utilizadas para encubrir el vínculo como la locación de servicios, la facturación de honorarios, y la locación de obra, o la interposición de figuras societarias, han sido calificadas por la justicia laboral y por la AFIP de figuras acciones o “cubiertas” en fraude de la legislación laboral.

No solo estamos frente a un modelo difícil de defender, sino que además, el mismo es tipificado como una registración anómala, castigada con multas y

recargos de las leyes que persiguen y castigan el “trabajo no registrado”.

Se trata en definitiva de adoptar, como empleador, las medidas necesarias para evitar las figuras falsas o fraudulentas, que generan responsabilidad directa de los empresarios, comprometiéndolos con sus bienes y patrimonio personal por haber actuado en forma dolosa.

En esas circunstancias, la instrumentación de convenios colectivos aplicables a diferentes sectores de profesionales, como por ejemplo los médicos, actúan como mecanismos ordenadores a fines de evitar juicios a las empresas y generar una estrategia de regularización.

Mayor información en www.cadime.com.ar

CURSO LEY DERECHOS DEL PACIENTE

El 6 de octubre de 2011, en la sede de CADIME, se realizó un nuevo evento de capacitación en el marco de las acciones del Instituto Federal de Capacitación, destinado a los prestadores vinculados a la Cámara.

En esta oportunidad, la temática estuvo relacionada con los cambios legislativos. La disertación, a cargo de la abogada Dra. Miquela Pico, se centró en la **Ley de Derechos del Paciente**.

Se plantearon los alcances de la legislación sanitaria, esclareciendo sobre qué aspectos se legisla cuando de la salud se trata.

Se focalizó luego en la Ley 26.529 que determina cuáles son los derechos esenciales del paciente y cuáles son las obligaciones de los profesionales del equipo de salud. En este encuadre, se trataron especialmente los temas referidos al *consentimiento informado* y a la *historia clínica*.

Los prestadores participantes se sintieron muy satisfechos con este encuentro; pudieron plantear sus dudas e inquietudes y solicitaron la organización de un próximo encuentro a fin de seguir trabajando sobre estos temas.

NUEVO GRUPO DE TRABAJO PARA EL ÁREA DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

El pasado jueves 20 de Octubre se realizó en nuestra Sede, la reunión del grupo de trabajo del Área de Atención a la Discapacidad. En primer lugar se compartieron precisiones respecto del posicionamiento y el accionar de CADIME en defensa de las pymes del sector salud, y el desarrollo de actividades gremiales, de capacitación y apoyo a la gestión de sus socios.

En una segunda instancia se fueron delineando algunas características propias del sector: la amplitud de la problemática involucrada, la complejidad del marco

normativo, los especiales requerimientos del recurso humano (absolutamente intensivos), la particular presión impuesta por la problemática y la dinámica de las familias afectadas.

Finalmente, se acordó trabajar desde la Cámara en la búsqueda de soluciones concretas a cada una de las problemáticas específicas de la actividad.

Para participar, comuníquese por email a discapacidad@cadime.com.ar

CADIME en Tandil

El 10/11/2011, con la colaboración regional del Centro de Diagnóstico por Imágenes Tandil y el auspicio de la Agremiación Médica de Tandil, CADIME e Ifesal organizaron un evento de capacitación para los prestadores de la región

Se dictó el curso NOCIONES INTRODUCTORIAS EN ECONOMÍA DE LA SALUD, "Conceptos económicos aplicados al contexto sanitario", destinado a: Empresarios, gerentes, directores, profesionales del ámbito de la salud. Entre otras temáticas se abordaron: Economía positiva y normativa, Teoría económica, política económica y economía aplicada, Los conceptos económicos aplicados al Sector Sanitario. Introducción al Problema de las mediciones en Salud, Definiciones de la salud y su "valor". La evaluación económica de la inversión en salud. La cantidad y calidad de vida, La salud una matriz multifactorial o el

resultante de una conjunción de factores, La correlación entre salud y desarrollo económico, El gasto médico excesivo: contraste de diferencias conceptuales. Comportamientos rentísticos como sesgo en la asignación de recursos, La distribución de los servicios de salud: definiciones de un problema estructural. Equidad versus igualdad en distribución. ¿Cómo y por qué debe ser interpretada una justa distribución? Diserto el Dr. Martín A. Morgenstern, Dr. en Economía (UBA); MBA y Ciencias (CCU) e integrante del Area Técnica de CADIME. Mayor información en la próxima edición.

ASESORAMIENTO LABORAL ESPECÍFICO CONVENIO COLECTIVO 108/75

La Cámara de Instituciones Diagnóstico Médico, cuenta con Área específica para el asesoramiento en materia laboral.

Con seguridad, en forma diaria, los empresarios de la salud se enfrentan a innumerables problemáticas con la correcta aplicación e interpretación del Convenio Colectivo del sector, el 108/75. Varias de las regulaciones previstas por dicho con-

venio, 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, francs, vacaciones y licencias especiales entre otras.

Ante cualquier inquietud, no deje de efectuar la consulta a:
TE. 5235-7200 (de 10 a 18 hs) Fax. (011) 5246-9711 o por mail a: cadime@cadime.com.ar

CÁMARA DE INSTITUCIONES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Compromiso Gremial y Estrategia Institucional en Diagnóstico y Tratamiento Médico

Servicios y Productos Corporativos

Asesoramiento Laboral específico del Convenio Colectivo 108/75.

Área específica integrada por profesionales expertos.

Programa de Acreditación ITAES – CA.DI.ME.:

Para Laboratorios de Análisis Clínicos y Establecimientos de Diagnóstico por Imágenes

Instituto Federal de la Salud:

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

Sistema informático de liquidación de salarios:

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

Sistema de Asignación de Turnos:

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

Inscripción Simplificada al Registro Nacional de Bases de datos:

Importante 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.

Nomenclador Arancelario de prácticas de Diagnóstico Médico

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

Publicaciones y Documentos:

Revista CA.DI.ME.: Información actualizada del acontecer sectorial.

Manual de Radioprotección: Material desarrollado en forma conjunta por CA.DI.ME., ARN y CNA, referido a la seguridad radiológica en las aplicaciones médicas de las radiaciones ionizantes.

Manual de Residuos Peligrosos: Promueve la difusión de la problemática de la contaminación ambiental, la toma de conciencia y la generación de un cambio actitudinal en todo personal que se desempeña en el sector salud

Manual de Bioseguridad: Aporte para crear condiciones y actitudes de seguridad, a fin de evitar el riesgo biológico propio de la actividad. Su contenido es sumamente amplio: Legislación, artículos técnicos, recomendaciones, etc.

Fascículos Publicados: De Calidad. De Seguridad Operativa.

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

Unidad de Contralor de la Intermediación en Salud:

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

Premio CA.DI.ME. de Salud:

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

Compra venta de equipos usados de diagnóstico por imágenes:

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

¿Quién es Quién?

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

Sistema de Prevención de Riesgos del Trabajo

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

Seguros de Praxis Médica y Servicios de Administración de Riesgos.

Alianza estratégica con La Mutual.



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

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

**COMPROMISO GREMIAL Y ESTRATEGIA INSTITUCIONAL
DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO.**



EL DIAGNÓSTICO MÉDICO ES LA CLAVE DE LA PREVENCIÓN EN SALUD

**CÁMARA DE INSTITUCIONES
DE DIAGNÓSTICO MÉDICO**

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

