

- ❖ 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  
Teléfono/Fax: 4121-7100 líneas rotativas  
cadime@cadime.com.ar  
www.cadime.com.ar



número 13  
**agosto**  
2013



MÁS DE TRES DÉCADAS  
CON LA SALUD

❖ **¿QUÉ INTERESES IMPIDEN  
REFORMAR EL DECRETO  
BONAERENSE 3280/90 ?**

❖ **ACTUALIZACIÓN DE ARANCELES:  
PERMANENTE RECLAMO DE CA.DI.ME.**

❖ **CA.DI.ME. INGRESÓ EN EL FORO  
CONSULTIVO DEL MERCOSUR**

❖ **DOCUMENTO PARA DEBATIR EL  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

# ¿Qué intereses ocultos frenan al diagnóstico médico bonaerense la posibilidad de ofertar servicios integrados de atención para favorecer a los pacientes y optimizar los costos?

Durante largo tiempo nuestra Cámara ha insistido ante las autoridades de la Provincia de Buenos Aires en la necesidad de reformar el Decreto 3280/90, por el cual se limita el funcionamiento de los establecimientos de diagnóstico médico según la rama y tratamiento.

Esta demarcación férreamente restrictiva, ha impedido por más de 20 años en todo el territorio bonaerense la instalación de centros polivalentes (laboratorio clínico con diagnóstico por imágenes), contradiciendo así el concepto moderno del sistema de salud, que tiende a ofrecer centros integrales a fin de facilitar la atención de los pacientes implementando servicios rápidos, combinados y eficientes; y a la vez optimizar los costos operativos.

En las distintas oportunidades en que reiteramos la modificación de dicho Decreto para actualizarlo también acorde con los avances en materia de calidad asistencial y comodidad y seguridad para el paciente, destacamos otros aspectos no menos importantes de los Centros Polivalentes como el de operar en una economía de escala y el dar mejor respuesta al avance tecnológico. Este último hace que diversos procedimientos sean diagnósticos y terapéuticos simultáneamente.

Nuestros reiterados reclamos, también públicos, a favor de la integración horizontal de los servicios que posibilitan los centros polivalentes y en contra de la modalidad de segmentación por especialidad, extrañamente no han tenido respuesta aún pese a todas las ventajas destacadas.

En nuestra propuesta no hemos olvidado tampoco, dicho sea de paso, la necesidad de establecer por la vía normativa la fiscalización y renovación periódica de las habilitaciones, la incorporación de algunas formas organizacionales nuevas (Hospital de Día, Internación Domiciliaria, etc.), la compatibilización con la legislación vigente en materia de Residuos Patológicos, y una reformulación de la complejidad de los servicios de Radiaciones Ionizantes.

Asimismo, sostenemos que la exigencia de la titularidad a nombre de un profesional no se relaciona con la garantía de calidad y la seguridad de las prestaciones, sino con cuestiones vinculadas a prácticas de reserva de mercado, ajenas al interés de los usuarios del sistema.

Ante todo ello se impone el interrogante de ¿por qué se mantiene una norma hoy absolutamente desactualizada y no se dan respuestas concretas a los pedidos que hemos formulado insistentemente para que se autoricen habilitaciones de instituciones de diagnóstico médico integradas?

¿Por qué se ignoran las propuestas en este sentido si, incluso, están fundamentadas en las opiniones favorables que manifiestan los pacientes que concurren a los distintos servicios de diagnóstico en la Provincia de Buenos Aires?

Recordamos que CA.DI.ME. promovió una encuesta en segmentos poblacionales de dicha Provincia por la cual el 94% de los entrevistados desconocía la prohibición a los centros de diagnóstico de hacer análisis clínicos, y que el 81% consideró más conveniente hacer los estudios en un mismo lugar.

En consecuencia, no queda otra cosa que preguntarse si existen algunos oscuros intereses que se están moviendo para trabar lisa y llanamente la reforma del Decreto 3280/90.

En definitiva, de una cosa no quedan dudas: la imposibilidad en la Provincia de Buenos Aires de que funcionen centros de diagnóstico polivalentes afecta al desenvolvimiento y consolidación de las pymes prestadoras, y por consecuentemente se favorece el proceso de concentración prestacional.

Finalmente, una vez más nos ponemos a disposición para continuar el dialogo y el intercambio de ideas en procura de fortalecer la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, aportando de esa manera modificaciones reales en la calidad de los servicios que recibe nuestra Comunidad.

*La Comisión Directiva*



# Staff

## Mesa Directiva de CA.DI.ME.:

**Presidente:** Sr. Guillermo Gómez Galizia.  
**Vicepresidentes:** Dr. Martín Iturraspe. Dr. Horacio Soriano. Dr. Gustavo Schikendantz.  
**Secretario:** Sr. José Laurenzio.  
**Prosecretario:** Dr. Fernando Peralta.  
**Tesorero:** Dr. Enrique Moreau.  
**Protesorero:** Sr. Eduardo Fernández.

**Director General:** Dr. Hernán A. Grecco.

**Colaboran en este número:** Lic. Juan Altuna; Dr. Martín Morgenstern; Dr. Rolando Morgensterin; Lic. Oscar Casado; Dr. Hernán Grecco; Lic. Lorena Maté; Doctor Javier Vilosio. Información Estadística: Area Técnica de CA.DI.ME. Diseño: Braian Stel.

## Director General Revista CADIME:

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 Capacitación:** IFESAL. Lic. Susana Gutzstztat. **Área Marketing:** Lic. José Chojrin. **Área Comunicaciones:** Lic. Oscar A. Casado. **Área Diseño:** Braian Stel. **Relaciones Institucionales:** Roxana Segatori. **Coordinación General de Gestión:** Lic. Lorena Maté.

**Registro Propiedad Intelectual:** en trámite. Revista CADIME 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, C1068AAB, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
 Tel./Fax: (011) 4121-7100  
 E-mail: cadime@cadime.com.ar

# Índice



**página 5:** CA.DI.ME. ingresó como miembro al Foro Consultivo Económico y Social del Mercosur.



**página 6:** Apoyo a una Ley Federal de Salud.



**página 7:** Comenzó a sesionar la Comisión de Salud del Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires.



**página 7:** Actualización de aranceles. Permanente reclamo de CA.DI.ME.



**página 8:** "Los determinantes sociales de la salud vienen antes para proteger de las enfermedades".



**página 9:** Fuerte impulso a la Diálisis Peritoneal.



**página 11:** Proteger y apoyar la iniciativa nacional en el sector privado de la salud.



**página 12:** Los médicos en relación de dependencia tienen su convenio colectivo.



**página 14:** Optimizar la cantidad y calidad del testeo oportuno del VIH.



**página 15:** Es urgente limitar y regular la Intermediación en el sector salud.



**página 16:** Para asegurar Calidad.



**página 16:** Congreso Internacional Diagnóstico Por Imágenes. Participación de CADIME.



**página 17:** Convocatoria a debatir el Sistema Nacional de Salud.



**página 21:** Alianza estratégica para el desarrollo Productivo y Tecnológico empresarial.



**página 22:** Amplio enfoque de temas de la salud en el programa televisivo "Diagnóstico & Debate".



**página 26:** Claves en Evaluación de Tecnología Sanitaria. Gasto y calidad en salud.



**página 29:** Comercio Exterior: nuevo servicio de consultoría y asesoramiento.



**página 30:** Actualización de los índices de precios y costos de producción en diagnóstico por imágenes y laboratorio de análisis clínicos.



# CA.DI.ME. ingresó como miembro al Foro Consultivo Económico y Social del Mercosur

En su reunión plenaria del pasado 10 de junio de 2013, el Foro Consultivo Económico y Social del Mercosur aprobó el ingreso de CA.DI.ME como Miembro del mismo.



En su reunión plenaria del pasado 10 de junio de 2013, el Foro Consultivo Económico y Social del Mercosur aprobó el ingreso de CA.DI.ME como Miembro del mismo.

***Desde la Cámara destacamos la trascendente importancia institucional de esta decisión, dada la enorme influencia del proceso de integración regional en el desenvolvimiento de la economía de la Argentina, y por ende su impacto en el sector de la salud.***

El Foro Consultivo Económico-Social del MERCOSUR (FCES), es el órgano de representación de los sectores económicos y sociales de los Estados partes del MERCOSUR, e integra su estructura institucional, de acuerdo a lo establecido por el Protocolo de Ouro Preto [Archivo PDF]

A través del FCES la sociedad civil de los cuatro países que componen a MERCOSUR (210.485.000 habitantes) puede expresarse sobre diversas materias que reflejen la preocupación y aspiraciones de los sectores que lo integran: representaciones de los empresarios, trabajadores y trabajadoras y sectores diversos.

Su sesión constitutiva se llevó a cabo en Buenos Aires el 31 de mayo de 1996, oportunidad en la que se aprobó su reglamento interno, homologado pocos días después, el 21 de junio de dicho año, por medio de la Resolución N° 68/96 del Grupo Mercado Común (GMC).

Los principales cometidos del FCES son:

Pronunciarse dentro del ámbito de su competencia, emitiendo recomendaciones, sea por iniciativa propia o sobre consultas que, acompañando información suficiente, realicen el GMC y demás órganos del MERCOSUR. Dichas recomendaciones

pueden referirse tanto a cuestiones internas del MERCOSUR, como a la relación de éste con otros países, organismos internacionales y otros procesos de integración.

Cooperar activamente para promover el progreso económico y social del MERCOSUR, orientado a la creación de un mercado común y su cohesión económica y social.

Dar seguimiento, analizar y evaluar el impacto social y económico derivado de las políticas destinadas al proceso de integración y las diversas etapas de su implantación, sea a nivel sectorial, nacional, regional o internacional.

Proponer normas y políticas económicas y sociales en materia de integración.

Realizar investigaciones, estudios, seminarios o eventos de naturaleza similar sobre cuestiones económicas y sociales de relevancia para el MERCOSUR.

Establecer relaciones y realizar consultas con instituciones nacionales o internacionales públicas o privadas, cuando sea conveniente o necesario para el cumplimiento de sus objetivos.

Contribuir a una mayor participación de las sociedades en el proceso de integración regional, promoviendo la real integración en el MERCOSUR y difundiendo su dimensión económico-social.

Tratar cualquier otra cuestión que tenga relación con el proceso de integración.

# Apoyo a una Ley Federal de Salud

Debe conducir a la integración del sistema de salud, la equidad en el acceso y la calidad de los servicios, según propuso CA.DI.ME ante el COFELESA.

La *Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico*, en carácter de invitada especial, viene participando en las reuniones mensuales del *Consejo Federal Legislativo de Salud*, que integran los titulares de las comisiones de salud de las legislaturas provinciales y del parlamento nacional.

En la última reunión del mismo, la XVIII sesión ordinaria, junto a representantes de otras organizaciones sectoriales del sector salud, CA.DI.ME. abordó el tema central fijado para la ocasión, y que fue el de avanzar en la redacción de un proyecto de **Ley Federal de Salud**.

En esta oportunidad, la Cámara no sólo manifestó su coincidencia con la necesidad de sancionar una **Ley Federal de Salud**, sino que también detalló los contenidos centrales que la misma debiera incluir y que posibiliten mejorar las condiciones de equidad en el acceso, la extensión de la garantía de calidad de sus servicios, y la eficiente articulación entre diferentes modelos de financiamiento y prestación.

Por ello para CA.DI.ME. las palabras claves de nuestro sistema de salud debieran ser: *integración, equidad, calidad y eficiencia*.

Y los contenidos fundamentales que sugiere son:

*1. La organización y financiamiento de una red de atención estatal-privada, bajo el modelo de un Sistema Nacional Integrado (financiado con fondos nacionales, jurisdiccionales, privados y de la seguridad social).*

*2. La estrategia de atención primaria de la salud, enfatizando en los objetivos de extensión de cobertura, accesibilidad, asequibilidad y énfasis en las prácticas preventivas, integrando para ello la totalidad de las estructuras asistenciales disponibles, estatales y privadas,*

*adecuadamente categorizadas y bajo programas de garantía de calidad.*

*3. Dicho Sistema debería asegurar la universalización de la cobertura, y preservar la capacidad de elección de los usuarios.*

*4. El Estado Nacional sería garante en subsidio y bajo condiciones de recupero de las prestaciones a cargo de las jurisdicciones, la Seguridad Social y las empresas privadas.*

*5. El reordenamiento de la oferta en función de las necesidades detectadas, la demanda social y la racional utilización de los recursos tecnológicos (medicamentos, recursos diagnósticos, terapéuticos, etc.) estableciendo capacidad técnica y normativa nacional única.*

*6. La promoción de programas de investigación y desarrollo para la sustitución de importaciones en salud, y el desarrollo de industria farmacéutica nacional.*

*7. La integración de la totalidad de las jurisdicciones, con sus peculiaridades regionales.*

*8. Articular la formación de profesionales y técnicos con los objetivos del Proyecto y la instrumentación del Sistema.*

*9. La participación efectiva de los subsectores y grupos sociales representativos en la conducción y el monitoreo del Sistema (Estado, actividad privada y sociedad civil).*

El COFELESA decidió constituir una Comisión bicameral para recepcionar los distintos anteproyectos de Ley enviados por las legislaturas provinciales y las organizaciones públicas y privadas interesadas en la temática. Y se sugirió como modelo a inspirarse las leyes de México, España y Perú.

# Comenzó a sesionar la Comisión de Salud del Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires



La Comisión de Salud del *Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires*, dio comienzo a sus actividades el pasado 5 de junio. La reunión fue presidida por el titular del Consejo, **Dr. Sergio Abrevaya** y por el relator de la comisión, y consejero representante del Sindicato Único de Trabajadores del Estado de la Ciudad de Buenos Aires (SUTECBA), **José Luis Pirraglia**.

La comisión es parte de una de las diez comisiones temáticas que el Consejo Económico y Social dispuso para trabajar en lo que será su definición del perfil socio- productivo de la Ciudad de Buenos Aires para los próximos 20 años.

Con una nutrida convocatoria de representantes de los distintos sectores de la salud de la ciudad entre los que se encontraba el Presidente de CA.DI.ME **Guillermo Gómez Galizia**, Sergio Abrevaya pronunció

las palabras de apertura agradeciendo el interés y la participación de los presentes y brindó un panorama del origen y de las actividades que realiza el Consejo Económico y Social.

Por su parte, José Luis Pirraglia se manifestó satisfecho por la amplia convocatoria y expresó su deseo de pensar a la Ciudad de Buenos Aires como la "*Capital de la salud del Mercosur*".

Tras la exposición de cada uno de los presentes, donde quedaron de manifiesto los diagnósticos y las distintas dificultades a las que se enfrenta el sector de la salud pública y privada de la ciudad, la Comisión asumió el compromiso de darle periodicidad a las reuniones para construir una agenda de debate, considerando ampliar la convocatoria a aquellos agentes vinculados a la salud que no se hallaban representados en esta primera instancia.

## Actualización de aranceles Permanente reclamo de CA.DI.ME.

Una nueva presentación formalizó nuestra entidad ante la Superintendencia de Servicios de Salud, solicitando la urgente actualización de los aranceles ante el **dilatado y progresivo proceso de depreciación y consecuente desfinanciamiento** que padecen las empresas.

Se destacó el pronunciado retraso, que se explica por la diferencia entre los costos operativos e insumos y el valor que se perciben por las distintas prestaciones, del orden de un 40 y un 44% según los cálculos del Área Técnica de la Cámara.

Esto es, mientras los costos de producción para el sector registraron un incremento superior a tres veces entre el 2005 y el 2012, contrariamente los aranceles sólo duplicaron su valor en este período.

También se solicitó la **urgente convocatoria del Consejo Permanente de Concertación con la expresa participación de las entidades representativas de los prestadores y la consecuente determinación de los aranceles mínimos obligatorios, previstos por la Ley 26.682 de regulación de prepagos, y su similar para las obras sociales (Ley 23.661).**



# “Los determinantes sociales de la salud vienen antes para proteger de las enfermedades”

La problemática de las enfermedades crónicas.

Diálogo con el representante de la OPS en Argentina Dr. Pier Paolo Balladelli.

El representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Argentina, Guatemala y Colombia, **Dr. Pier Paolo Balladelli**, participó del Programa televisivo *Diagnostico & Debate*.

En esa oportunidad en primer lugar destacó que el trabajo de la OPS con los gobiernos de los países es muy fuerte, y que en ellos se observan las distancias o brechas entre grupos de la población que tienen un acceso relativamente fácil a lo que es la salud y al tratamiento cuando se enferman, y otros que tiene mucho rezago. Y agregó que “por ese rezago tienen un sufrimiento individual, pero también produce una desaceleración en el desarrollo económico a nivel de los países. Cuando hablamos de grandes espacios de la población sin acceso a la salud, eso necesariamente se refleja en el desarrollo de los países.”

“En América Latina en particular –continuó– vemos inequidades existentes que son diferencias injustificadas, injustas, entre los grupos poblacionales, o sea los migrantes, los indígenas, los afrodescendientes y que viven en la pobreza. Ellos con respecto al promedio de la población vemos que hay mucha distancia entre los que gozan de un bienestar efectivo, determinando que los grupos rezagados aporten poco al desarrollo económico y social porque están ocupados en sobrevivir día a día”.

“Son poblaciones –enfaticó– que tienen menos protección frente al derecho a la salud, a su acceso a los servicios de salud efectivos; por lo que estamos entonces ante poblaciones más enfermas y que más posibilidades tienen de desarrollar epidemias o contraer enfermedades.”

Al respecto puntualizó que la OPS en sus programas y plan estratégico para los próximos cinco años, “insiste en los determinantes sociales, en las condiciones del entorno como la vivienda, la ocupación, la educación formal, la posibilidad de vivir en un medioambiente que

tiene las condiciones idóneas para gozar de la buena salud.

“Son los determinantes de la buena salud –agregó– y se los ve como más importantes que los servicios médicos, porque vienen antes para proteger la salud”. Y comentó que a ello se suma el trabajo intersectorial que se propicia para que a nivel municipal, provincial y nacional se traduzcan estos objetivos en planes concretos.

En otro momento del diálogo con el Dr. Balladelli, éste aludió a la problemática de las enfermedades no transmisibles; todo lo que son las enfermedades crónicas que se consideran como la fuente primaria de enfermedades y también de muerte de las poblaciones y no sólo como una particularidad de los países ricos sino también de países de ingresos bajos y medios.

Manifestó sobre las enfermedades que se llaman crónicas y que están más difundidas en las poblaciones como la hipertensión, las enfermedades del corazón, de los pulmones, la diabetes, son las que además están aumentando el costo de la atención médica, en especial la renovación y desarrollo de la tecnología que se aplica para el tratamiento de las mismas.

Destacó que la OMS difunde y aconseja en los distintos países campañas de prevención y cuidado de estas enfermedades crónicas, llama así “porque se desarrollan muy lentamente a lo largo de los años.”

Al ser interrogado sobre acciones concretas de la OPS/OMS en favor de la prevención de estas enfermedades y en particular sobre la hipertensión, el Dr. Balladelli destacó que en la Argentina las campañas informativas a nivel de la población sobre los riesgos de la enfermedad se instrumentan mediante acuerdos de la OPS con el Ministerio de Salud de la Nación y gobiernos provinciales. Y además citó los acuerdos con las industrias de la alimentación para que se disminuyan la cantidad de sal en los productos que se elaboran.



# Fuerte impulso a la Diálisis Peritoneal

Acuerdo de CA.DI.ME y la Fundación DPT con el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas CONICET. Las estrategias para el acceso al tratamiento con Diálisis Peritoneal en la Insuficiencia Renal. Instrumentación de la Diplomatura en Enfermería en Diálisis Peritoneal.

## Diplomatura de Enfermería en Diálisis Peritoneal



**ORGANIZA: INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS "DR. ALFREDO LANARI" - UBA  
OSPSA, FATSA Y CADIME OTORGAN MEDIAS BECAS. CUPOS LIMITADOS**

La *Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico*, como actor y protagonista del sector salud en la Argentina, y la *Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina (DPT)*, reconocen que la salud es un derecho inalienable del ciudadano, que la Constitución Argentina establece y que manda al Estado proteger.

En base a estas convicciones, y dado que son mínimos los avances en nuestro país sobre investigación, seguimiento y desarrollo de esta prestación, CA.DI.ME. ha detectado la necesidad de difundir en el país la prestación de *Diálisis Peritoneal*, entendiendo a la misma como de inicio en el tratamiento de la gran mayoría de pacientes con insuficiencia renal. Es la primera indicación por excelencia por ser menos agresiva, menos costosa e igual o de mejor eficiencia que la Hemodiálisis y ofrecer una mejor Calidad de Vida. Además no necesita consumo de agua tratada, ni de costosos filtros importados y es menos generadora de residuos patológicos.

La Cámara persigue lograr la correcta capacitación del profesional y el paciente, brindando la posibilidad de crecimiento y desarrollo PYME, la oportunidad de armado de protocolos de atención médica, de enfermería, técnicos y de auxiliares y la fabricación con mejoramiento y superación en Argentina de equipos cicladores de Diálisis Peritoneal y sus insumos.

En este sentido, CA.DI.ME junto a la *Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad*

*Argentina*, la *Obra Social del Personal de la Sanidad Argentina* y el *Instituto Lanari*, han instrumentado una Diplomatura en Enfermería en Diálisis Peritoneal, destinada a la capacitación del personal profesional de enfermería en los cuidados requeridos para esta especialidad. Tanto CA.DI.ME como FATSA Y OSPSA otorgan becas para facilitar el acceso a esta Diplomatura.

La Cámara cuenta además como aliado estratégico con la *Fundación DPT*, con su experiencia en llevar adelante iniciativas que sirvan de interfase entre el ámbito académico y el ámbito empresarial, abocada a la formación, investigación, extensión universitaria, transferencia de conocimientos y servicios de asistencia técnica en materia de desarrollo tecnológico, la economía social y el desarrollo productivo local, en base al eje central de "gestión".

Por otro lado, a partir de las innumerables iniciativas del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación, orientando la ciencia, la tecnología y la innovación al fortalecimiento de un nuevo modelo productivo que genere mayor inclusión social y mejore la competitividad de la economía Argentina, bajo el paradigma del conocimiento como eje del desarrollo, y en el marco del *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas -CONICET*, a través de su Dirección de Vinculación Tecnológica, la Cámara ha constituido un Grupo de Trabajo integrado por profesionales de gran prestigio en la especialidad, entre los que figuran los investigadores



Dres Elvira Arrizurieta y Roberto Barone, del Instituto de investigaciones Medicas Dr. Alfredo Lanari.

Este Grupo desarrolló un Documento (ver recuadro) que recorre la historia de la diálisis peritoneal, su estado actual en la Argentina y el mundo, las estrategias para su acceso, legislación vigente y aspectos para la formación del Nefrólogo y profesionales actuantes, entre otros considerandos cumplidos en esta primera etapa.

Finalmente, para revertir la tendencia actual de prevalencia de la Hemodiálisis es necesario implementar estrategias apropiadas de reembolso para Diálisis Peritoneal, de manera tal de aumentar las inversiones en el entrenamiento de jóvenes becarios nefrólogos y en programas de educación para pacientes y enfermeras especializadas.

Para alcanzar estos objetivos debe invertirse en investigación y entrenamiento de personal relacionado con la Diálisis Peritoneal, para tener proyección estratégica y poder cumplir con este anhelado paradigma, estando al nivel de los mejores estándares de tendencia mundial.

### 10 MAXIMAS PARA COMENZAR CON DIALISIS PERITONEAL

⚡ La DP preserva la función renal residual. El 50% entra en diálisis vía urgencia. Ofrece resultados óptimos en los primeros años de diálisis. Y es el inicio por excelencia.

⚡ El derecho a la **información del paciente** y el consentimiento informado esencial en la elección del tratamiento sustitutivo renal. En España la encuestadora Decide Research&Marketing informa que solo el 21% de los pacientes recibió información completa sobre DP domiciliaria, un 50% ignora el procedimiento y el resto refiere información inadecuada. Del total el 60% no recibió ni folleto o documento explicativo.

⚡ El 10 % de los argentinos padece una Enfermedad Renal. Uno de cada 10 no lo sabe.

⚡ 4-Mejor **Calidad de Vida**, Libertad, Autonomía, Independencia e Intimidad. Puede viajar a distancia (vacaciones).

⚡ Menor costo para mejor resultado y menor cantidad de medicamentos a prescribir e ingerir (eritropoyetina, vitamina D, hierro, Ca, etc.). Ahorro sustancial en el proceso.

⚡ **Riesgo nulo de transmisión sanguínea de VIH y/o Hepatitis B y C y/o Contaminación masiva.**

⚡ La DP condiciona mejor para la espera y trasplante renal. Da ventajas clínicas y funcionales.

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

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

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

PROYECTO DE LEY DE CA.DI.ME.

# Proteger y apoyar la iniciativa nacional en el sector privado de la salud



Como lo ha señalado CA.DI.ME. en reiteradas oportunidades, con la desregulación económica impuesta en los años noventa, el sector salud se convirtió en un mercado más, generando una fuerte concentración financiera y prestacional en pocos y grandes actores y una acentuada extranjerización que perduran hasta nuestros días. Como consecuencia también causó el desarme de importante tejido de pymes prestadoras en todo el territorio nacional.

Ante este escenario, la Cámara impulsa la sanción de un proyecto de Ley *con el objeto proteger la iniciativa nacional en el campo de la salud*. CA.DI.ME. entiende “ que es necesario establecer condiciones que protejan, y preserven la vitalidad del sector privado nacional en salud, frente a la amenaza que supone para miles de empresas la irrupción de capital extranjero, y la consecuente concentración de poder económico, que no sólo no reduce los costos del sistema (como podría suponerse) sino que además amenaza directamente la subsistencia de empresas nacionales, cuando dicha concentración se expresa en los procesos de negociación arancelaria.”

Señala la Cámara que esta preocupación también ha sido atendida en otras naciones. En Brasil, por

ejemplo, el marco normativo establece una serie de **prohibiciones y restricciones** a la presencia de capital extranjero en diversas áreas, entre ellas la Asistencia sanitaria.

No resulta extraño que en el caso de Brasil, la asistencia sanitaria se ubique en el primer lugar de las actividades restringidas al capital extranjero. Su importancia más allá de una reserva de mercado, asume el **carácter estratégico** que la atención sanitaria y las industrias vinculadas, representan para la independencia y desarrollo sustentable de una nación. Al respecto del ejemplo citado es adecuado señalar también el principio **de integración legislativa que seguramente será consensuado en la órbita del SGT 11 del MERCOSUR.**

La monopolización de las actividades económicas por parte de grandes grupos, es un problema que afrontan también los países desarrollados. En una gran mayoría de países, existen leyes específicas de defensa de la competencia y mecanismos de control de inversiones para evitar concentraciones y fusiones, como se ha visto las acciones son más estrictas si estas pueden afectar a sectores estratégicos claves.



# Los médicos en relación de dependencia tienen su convenio colectivo

Lo firmaron CA.DI.ME y la Asociación de Médicos de la Actividad Privada, con vigencia para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tiene entre sus objetivos proteger a las empresas prestadoras ante la responsabilidad derivada del trabajo no registrado.



En entrevista con Consultor de Salud, el Doctor Gerardo Guelman, Asesor de la Cámara de Instituciones de Diagnostico Medico e integrante de la Comisión Paritaria con AMAP, comenta los alcances de este Convenio Colectivo y sus implicancias para las empresas del sector.

## ***Cual ha sido el objetivo de CA.DI.ME. al firmar este Convenio?***

Siguiendo con la línea de trabajo y asesoramiento que **CA.DI.ME.** brinda a sus socios en materia laboral, y ante numerosos casos de pedido de asesoramiento de empresas por demandas de profesionales no registrados, insistimos en que la jurisprudencia ha determinado que todo profesional que brinda sus servicios a una empresa como parte principal de su prestación, siguiendo órdenes e instrucciones, en el lugar de trabajo del principal, con un horario y descansos predeterminados, y en definitiva en un vínculo subordinado, es sin dudas un trabajador dependiente y por cuenta ajena con todas sus implicancias. La determinación de la naturaleza jurídica de la relación se basa en los hechos acreditados por las partes como prueba en el conflicto judicial.

Así, se ha determinado como trabajadores en relación de dependencia a los profesionales de la medicina, bioquímicos, 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. Estas situaciones son tipificadas como una registración anómala, castigada con multas y recargos de las leyes que persiguen y castigan el "trabajo no registrado".

En este sentido, desde **CA.DI.ME.** entendemos que este Convenio Colectivo viene a funcionar como un gran ordenador de la actividad de la empresa en relación a los profesionales médicos que trabajen en ella en relación de dependencia, no promoviendo el trabajo "en negro" de estos profesionales, que a la larga ponen en riesgo a las empresas prestadoras.

No hay que olvidar que el trabajo no registrado genera responsabilidad de los dueños y autoridades de la empresa, comprometiéndolos con sus bienes y patrimonio personal, por haber actuado en forma dolosa encubriendo un vínculo laboral con figuras falsas o fraudulentas.

Se trata en definitiva, de adoptar como empleador las medidas necesarias para evitar estas situaciones y establecer en su caso una estrategia de regularización.



### **A partir de cuando está vigente este Convenio Colectivo y a quienes comprende?**

Se homologó mediante Resolución 1446/2011 del Ministerio de Trabajo de la Nación, con vigencia a partir del mes de julio de 2011. Comprende a los médicos que trabajen en relación de dependencia en prestadores de diagnóstico y tratamiento médico sin internación de la Ciudad de Buenos Aires. Específicamente en Laboratorios de Análisis Clínicos; de Anatomía Patológica; Consultorios Radiológicos; de Ecografía; de Medicina Nuclear; Centros de Tomografía Computada; de Radioterapia y Acelerador Lineal; de Resonancia Magnética; Institutos de Oftalmología; Odontología; Diálisis; Kinesiología; Consultorios Médicos; Centros Polivalentes; Vacunatorios; Hospitales de Día y en general toda organización sin internación cuya finalidad sea la recuperación, conservación y/o preservación de la salud.

Es importante destacar cuales son las exclusiones previstas por este CCT, entre las que se encuentran los médicos que ocupen cargos de conducción - Gerente, Sub-Gerente, Director, Director Asociado, Administrador, Subadministrador de Establecimientos asistenciales y cargos equivalentes a los mismos, cualquiera fuese su denominación-; los médicos que ejerzan su actividad como trabajadores autónomos, vinculados por una relación de locación de servicios; los que presten servicios en consultorios externos por un lapso semanal inferior a 18 (dieciocho) horas o médicos que presten servicios como médicos de planta por un lapso semanal inferior a 12 (doce) horas y los que ejerzan su actividad como trabajadores autónomos, vinculados a través de una relación de locación de servicios, que permanezcan fuera del establecimiento (guardia pasiva, conectados por algún medio de comunicación, y que acudan al mismo en el caso de una urgencia o emergencia.

### **En particular, que médicos están incluidos?**

El Convenio incluye los siguientes puestos de trabajo: Medico de Guardia Activa, Medico Coordinador General de las Guardias; Medico de Planta, Medico de Planta del Servicio de Radiología, Medico de Planta de Servicio de Tomografía Computada, Medico de Planta de Servicio de Resonancia Magnética, Medico de Planta de Servicio de Ecografía, Medico de Planta de Servicio de Laboratorio; Medico de Consultorio Externo y Medico de Auditoria Medica.

### **Cuál es la jornada laboral que se prevé?**

Dada la especificidad del universo de profesionales que alcanza este CCT, se estableció que la jornada semanal completa del médico es de 24 horas semanales, a todos los efectos legales. Se admite la realización de una jornada semanal normal y habitual

superior a las 24 horas y hasta un máximo de 48 horas. En este caso, las horas trabajadas en exceso de la jornada de 24 horas y hasta las 48 horas no serán abonadas como horas extras. La guardia se realizará en jornadas de veinticuatro (24) horas corridas y de doce (12) horas, según modalidades de cada empresa. Además se admite la contratación de médicos con jornada semanal reducida, la que no podrá ser inferior a 12 (doce) horas semanales, cuyos haberes serán proporcionales a las horas trabajadas.

### **En relación a la remuneración, como se calcula y cuál es la actualmente vigente?**

El sueldo básico de los médicos comprendidos en esta convención es mensual y surge de multiplicar el valor establecido por hora médica por la cantidad de horas de trabajo que compone la jornada habitual de trabajo del profesional en la semana. Actualmente, el valor de la hora médica es de \$66, con vigencia a partir del 1/3/13. A este valor se le debe sumar un complemento sobre básico de \$7 con carácter de no remunerativo – con excepción de aportes y contribuciones a la obra social – hasta el 30/6/13. Ya se están iniciando las negociaciones paritarias dado el vencimiento del Acuerdo actual.

### **Precisamente, que otros adicionales sobre el valor básico están previstos?**

Podemos mencionar los siguientes: Por Jornada Continua 20%; Por Antigüedad: 1% del sueldo básico por cada año de servicio en la misma empresa; Por Trabajo Nocturno: 20% y por Guardería: una suma no remunerativa equivalente a diez horas según el valor hora fijado en esta convención.

### **Este sector está constituido por numerosas pequeñas y medianas empresas. Se ha previsto alguna normativa especial para ellas?**

Si, es para destacar que en este caso, la empleadora podrá disponer el pago del sueldo anual complementario, para todo el personal comprendido en este convenio, hasta en tres cuotas anuales. Además en el caso que se cuente con delegados, el permiso horario se limitará a seis horas cada dos semanas para el conjunto de delegados de esa empresa y por último se limitan las licencias con goce de sueldo.

### **Las empresas, adonde pueden consultar por cualquier inquietud que tengan en relación a la aplicación concreta del Convenio 635/11?**

Para consultas, podrán hacerlo a través de [cctcadimeamap@cadime.com.ar](mailto:cctcadimeamap@cadime.com.ar) o Telefónicamente al 41217100.



DIAGNÓSTICO &amp; DEBATE / DR. CARLOS FALISTOCCO

# Optimizar la cantidad y calidad del testeo oportuno del VIH

El desafío de disminuir los diagnósticos tardíos y el rol trascendente del equipo de salud en él.



Dr. Carlos Falistocco

El **Dr. Carlos Falistocco**, pediatra e infectólogo, es el Director Ejecutivo de *SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual* del Ministerio de Salud de la Nación. Durante la entrevista realizada el Programa televisivo “*Diagnóstico & Debate*” que auspicia CA.DI.ME., destacó que hoy si bien la enfermedad no es curable, la infección es controlable.

“Se puede prevenir –dijo- y una vez diagnosticada es controlada con medios muy simples. En este momento con una o dos pastillas diarias se controla.”

Agregó que nuestro país tiene desde hace años “un programa que ofrece universalmente todos los recursos que se requieren para el diagnóstico y tratamiento, porque cuenta con una ley que exige al estado, las obras sociales y la medicina privada a hacerse cargo de todo el diagnóstico, tratamiento, las drogas y de las enfermedades que acompañan al VIH.”

Enfatizó, además, que “en Argentina hay aproximadamente 120.000 personas infectadas, pero de ellas el 40% desconocen que están infectadas. Probablemente es porque no sientan en riesgo y porque el personal de salud que los atiende tampoco piense en el riesgo de esas personas o no se animen a pedirles el test de diagnóstico.”

Comentó que la mayoría de las veces el infectado no presenta síntomas en los primeros años, y que después cuando caen las defensas –hablamos de 5 a 10 años- aparecen las enfermedades oportunistas que acompañan a VIH. “Hay, entonces, un periodo asintomático que hace que la persona si no se siente en riesgo no piensa en hacerse un análisis.”

Más adelante, luego de referirse a los sectores de la población más vulnerables (homosexuales, drogadictos) subrayó que “las estadísticas demuestran que en Argentina más del 90% de las mujeres y más del 50% de los hombres se infectan por relaciones heterosexuales, con lo cual la población heterosexual ha pasado a ser una población que puede estar en riesgo de infectarse.”

Destacó además otro aspecto importante, como es que el 20% de los diagnósticos con VIH de los últimos años, corresponden a personas que “tienen más de 45 años, pues piensan que como es una enfermedad de jóvenes consideran que no pueden estar infectados; o el médico que tiene un paciente de 50 o 60 años que va a controlarse la presión arterial ni siquiera piensa en preguntarse si quiere hacerse un análisis, con lo cual *estamos perdiendo la ocasión de diagnosticarlo oportunamente*”.

En este sentido el **Dr. Falistocco** puso énfasis en la necesidad de concientizar sobre la importancia de un diagnóstico temprano, que la persona puede acceder a un tratamiento rápido, gratuito, y llevar una vida absolutamente normal; “incluso a una embarazada explicarle que si se le hace un análisis su hijo puede nacer sano”. ***Y, por otra parte que el sistema de salud ofrezca el análisis de VIH y siempre que el mismo sea informado, aún cuando la persona concurra al médico por otra tipo de consulta.***

Agregó que “***es importante también que nos concienticemos como equipo de salud teniendo en cuenta que ofrecerle el análisis del VIH a las personas va a ser muy beneficioso, porque cuando antes se diagnostique la infección antes van a acceder al tratamiento.***”



RELEVAMIENTO DE GERENCIADORAS

# Es urgente limitar y regular la Intermediación en el sector salud

Se exige aplicar la normativa vigente para evitar los continuos perjuicios que ocasionan a los prestadores y al financiamiento del sistema de salud.



La Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico, ha manifestado reiteradamente su preocupación ante el perverso fenómeno de la intermediación que viene afectando a este subsector de la atención médica.

Esta realidad se genera, primeramente, porque algunas instituciones financiadoras del sistema contratan con empresas intermediarias, aumentando así la concentración económica; continúa con la expulsión del mercado de muchos pequeños y medianos prestadores del diagnóstico médico; y termina entre los que aún sobreviven con una negociación desfavorable e inequitativa con las denominadas “gerenciadoras”.

A ello le suman no pocos casos en que los prestadores resultan perjudicados por parte de los intermediarios, sin que los financiadores asuman responsabilidad alguna, incumpliendo disposiciones expresas contempladas por la Resolución 194/01 de la Superintendencia de Servicios de Salud: acreditación previa de pago a prestadores, constitución de garantías, etc.

**En consecuencia, se impone evitar perjuicios al sistema con repercusión en los beneficiarios del mismo, transparentando los fondos que se abonan a las “gerenciadoras”, las comisiones de las mismas y cuánto dinero llega realmente a los prestadores en concepto de aranceles prestacionales.**

**Su 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 diagnostico medico.**

**De otra manera, sin avanzar en la resolución de esta problemática, se continuará profundizando el escenario crítico en que se desenvuelven los prestadores, debido a la falta de aranceles basados en los costos de producción de las prácticas y el pronunciado desfinanciamiento de nuestras actividades que ello genera.**

*Si Usted es prestador integrante de una Red/Gerenciadora/Intermediaria, que le presta servicios a un financiador, y sufre irregularidades, infórmelo a la UNIDAD DE CONTRALOR DE LA INTERMEDIACION EN SALUD de CADIME, indicando los datos de los contratantes para poder accionar en consecuencia.*

**ACCEDA A [www.cadime.com.ar](http://www.cadime.com.ar)  
HAGALO EN FORMA ANONIMA Y  
CONFIDENCIAL**



PROGRAMA CA.DI.ME.- ITAES

## Para asegurar Calidad

Desde el año 1999 CA.DI.ME. y el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud – ITAES- vienen desarrollando actividades tendientes a la mejora continua de la calidad y seguridad en la atención de la salud. Recientemente, ambas instituciones, actualizaron el acuerdo de colaboración, ratificando este compromiso.

La *acreditación* es un proceso de evaluación externa de estructura, procesos y resultados, voluntario, confidencial y periódico para determinar si una institución cumple con los estándares de seguridad y calidad de la atención.

No mide complejidad, ni equipamiento, si no que se cumpla con los criterios de calidad para el servicio que se brinda, por lo que es útil para todos los establecimientos independientemente de su complejidad.

La *acreditación* no es un fin en sí mismo sino que es un medio para modificar el modelo de trabajo y funcionamiento tradicional a través de la capacitación y los programas de mejora continua, promoviendo un cambio cultural orientado

a la calidad, seguridad y respeto de los derechos del paciente. Beneficia a las instituciones pues permite revisar su actuación de acuerdo estándares conocidos, para luego poder planificar e implementar las mejoras que permitan demostrar los logros de calidad de su organización.

El Manual de Acreditación está disponible en el portal de CA.DI.ME. [www.cadime.com.ar](http://www.cadime.com.ar) y es necesario asegurarse que quien pida ser evaluado lo conozca, ya que la acreditación no tiene características fiscalizadoras, sino docentes.

Por otra parte, ambas instituciones acordaron el *Programa de Mejora Continua para laboratorios de análisis clínicos*, con el objetivo de que puedan comenzar a transitar el camino de la mejora continua utilizando la metodología de adecuación a estándares de calidad y puedan acercarse paulatinamente a la acreditación.

Dicho programa incluye tres etapas: *Autoevaluación asistida. Evaluación externa y Acreditación.*

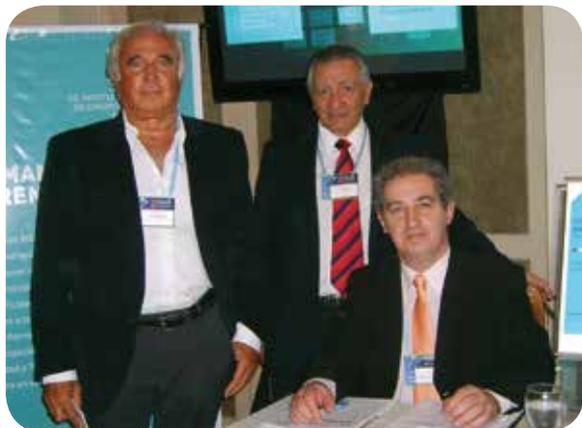
## CONGRESO INTERNACIONAL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES. PARTICIPACIÓN DE CADIME.

La Cámara de Instituciones de Diagnostico Medico – CA.DI.ME, participo activamente en el XII Congreso Internacional de Diagnostico por Imágenes, que se efectuó el 20/21 y 22 de Junio en la Ciudad de San Miguel de Tucumán.

La Cámara conto con un Stand (Numero 15), y difundió activamente sus acciones gremiales y de servicios. Representaron a la Institución el Doctor Iturraspe

– Vicepresidente -, Jose Laurenio – Secretario-, Fernando Peralta – Prosecretario-, y el Doctor Luis Moreau en su carácter de Titular de la Comisión de Diagnostico por Imágenes de la Cámara.

Es para destacar que CA.DI.ME cuenta con importantes socios de la especialidad en esta Ciudad del NOA.



Dr. Iturraspe – Vicepresidente, Fernando Peralta – Prosecretario, Sergio Berezan – Promotor Asesor.



Jose Laurenio – Secretario, Sergio Berezan – Promotor Asesor.

# CONVOCATORIA A DEBATIR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**CA.DI.ME. sostiene que la atención sanitaria en el país demanda reformas estructurales que aseguren la universalidad, el acceso, la equidad y la calidad. Subraya, además, que dos de sus condiciones más relevantes a considerar son la fragmentación y segmentación de las prestaciones asistenciales. Asimismo estima que las modificaciones que se propongan deben ser resultado de una discusión social amplia y profunda. Por tal motivo convoca a debatir sobre el Sistema Nacional de Salud a los principales referentes de los sectores componentes, y a usuarios, expertos, autoridades políticas, ONG, entidades académicas y educativas que estén involucradas en el mismo. Como aporte a dicha discusión, CA.DI.ME. elaboró un documento con propuestas y que a continuación transcribimos.**

## 1. POR QUÉ LA REFORMA

Para el Observatorio Europeo de Sistemas de Salud, algunos de los mejores sistemas sanitarios del mundo son considerados sistemas en transición. La noción de transición supone que todos ellos son perfectibles, y que deberán mejorar aún más en función de cambios previsibles como son los de orden demográfico y epidemiológico, así como atravesar crisis socioeconómicas y financieras que representan desafíos para conservar los logros alcanzados.

De igual forma a nivel mundial y en distintos espacios internacionales, la cobertura sanitaria universal es todavía un objetivo a cumplir. En la reciente 66ª Asamblea mundial de la OMS el tema fue nuevamente motivo de debate.

El énfasis puesto por diversas organizaciones internacionales respecto del peso de los determinantes sociales de la salud, y el hecho evidente de una cada vez más significativa inequidad en la distribución de la riqueza, configuran una nueva mirada sobre la calidad y la efectividad de los sistemas de salud de las naciones.

Es un hecho reconocido que la organización de la atención sanitaria en Argentina también requiere modificaciones estructurales que nos permitan asegurar la universalidad, el acceso, la equidad y la calidad de nuestro sistema. Nuestra organización sanitaria acumula

hoy numerosas líneas de tensión que amenazan con quebrantar más gravemente aún su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población. Fundamentalmente en vista de los cambios epidemiológicos y sociales propios del desarrollo económico y sus consecuencias sobre la demografía, los estilos de vida, y el acceso de las personas a la atención que necesitan.

Debemos repensar, entonces, la forma de organizar y gestionar la enorme capacidad sanitaria que hemos construido los argentinos desde mediados del siglo XX. Porque la realidad ha cambiado.

Estas modificaciones, por su profundidad y su relevancia deben ser producto de una discusión social amplia.

Deben integrarse al concepto de política de Estado, y preservarse de los vaivenes de eventuales administraciones de gobierno, para consolidar un eje sustancial para el desarrollo económico y social de los argentinos.

Nuestro sistema de Salud, entendido como la sumatoria de los recursos, capacidades y actividades de propiedad estatal y privada, se define primariamente por dos condiciones: la fragmentación y la segmentación de sus prestaciones asistenciales.

Nuestra modalidad organizacional está conformada por una gestión desarticulada e independiente entre los diferentes grupos financiadores,

privados y estatales.

El sistema de atención resultante carece de políticas integrales e integradas, carece de redes asistenciales que se articulen según las necesidades de salud. La asignación de recursos no es óptima y se vincula más a la disponibilidad de caja que a las necesidades sanitarias, e inclusive, los aportes realizados por las personas. Todo lo cual afecta la calidad y la efectividad del sistema.

La conformación del modelo organizacional involucra no sólo a los sectores gubernamentales, la seguridad social y al heterogéneo grupo de prestadores privados, sino que compromete, en primer lugar a la ciudadanía misma, y también a organizaciones y empresas vinculadas al desarrollo académico, tecnológico, la producción y provisión de insumos y servicios, y especialmente a las instituciones educativas, responsables de la formación de profesionales y técnicos.

Así es que en nuestro país es muy distinta la posibilidad de acceder a la atención médica de calidad según los lugares de residencia, capacidad de pago o limitaciones impuestas por la accesibilidad administrativa.

Resolver estas cuestiones requiere un complejo proceso de consensos que involucran tanto la elaboración técnica de alternativas organizacionales como la gestación de un proceso de legitimización social de las reformas. Una verdadera

puesta en agenda de la reforma sanitaria.

El sector privado puede, y debe, contribuir a este proceso de debate técnico y movilización social, fortaleciendo la potestad y obligación del Estado (en todos sus niveles) en la conducción, regulación y control del sistema sanitario, pero también sumando su capacidad instalada y sus recursos humanos, tecnológicos y de gestión a la conformación de un sistema de salud integrador.

Por todo ello CA.DI.ME. convoca a todos los exponentes de los sectores involucrados en el Sistema Nacional de Salud.

## 2. ALGUNOS DATOS DEL SECTOR:

**Los prestadores PYMES cumplen un rol social central en la estrategia de la APS** al facilitar el acceso geográfico a la atención de la salud, extender la cobertura y la equidad prestacional. Asimismo también incide en la racionalización de recursos sanitarios en un mismo espacio programático. Estos servicios en red son los que contienen el 80% de la demanda asistencial sanitaria. Asimismo cumple un rol fundamental en la reconversión del gasto priorizando una salud de la prevención a una de la enfermedad.

**Gasto en Salud:** Según datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales del Ministerio de Economía, reflejan que durante el año 2009 los Municipios en todo el país asignaron para la atención pública de la salud \$3.996 millones (0,35 % del PIB), las Provincias incluyendo CABA \$20.045 millones (1,35 % del PIB) y la Nación \$5.378 (0,47 % del PIB). Por su parte, el Sistema de Obras Sociales (Nacionales y Provinciales) asignó \$31.385 millones (2,74 % del PIB) y el INSSJyP \$10.347 (0,90 % del PIB). En conjunto esta erogación pública y de la Seguridad Social representó \$71.152 millones. Es decir, un 6,21% del PIB, que si se adicionan aproximadamente \$23.000 millones (2,04 % del PIB), en concepto de gastos directos de bolsillo (medicamentos, pago directo de servicios, etc.) y aproximadamente \$9.700 millones (0,85 % del PIB), en concepto de gastos en seguros privados, prepagas, etc., se

encuentra entonces con que el sector ha representado en el 2009 un **9,1% del PIB** es decir una inversión y gasto total para el área de **\$ 104.250 millones**.

Si por el efecto de precios y cantidades, se asumiera además que durante el año 2010 esto se ha incrementado más allá del crecimiento global de la economía, llegando por ejemplo a alcanzar un **9,3 % del PIB**, entonces la totalidad de inversión y gasto en salud podría haber llegado a los **\$ 134.200 millones**.

**Respecto a la salud y su relación con la productividad empresarial y el desarrollo socioeconómico**, hay estudios suficientes que respaldan que existen beneficios directos resultantes de la inversión en seguridad y salud en el trabajo en términos microeconómicos, con resultados que ofrecen una relación de rendimiento de la prevención de 2,2. En la práctica, esto **significa que por cada peso que las empresas invierten por empleado cada año en la prevención en el lugar de trabajo, las empresas pueden esperar un rendimiento económico potencial de \$2,20**. Los resultados avalan el argumento microeconómico para que las empresas inviertan en prevención médica" (Asociación Internacional de la Seguridad Social, Ginebra 2011).

Un Sistema Nacional Integrado (SNI) significa, efectivamente, articular y controlar el empleo de recursos y el desempeño de sus distintos componentes. Dichas funciones deben estar a cargo de un organismo federal, encabezado por la Nación, y con amplia participación de los diversos subsectores vinculados.

**Oferta de servicios públicos y privados:** Los registros del Sistema Integrado de Información Sanitaria

Argentina (SISA) perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, indican que en la actualidad existe un registro de 18.959 establecimientos de salud y un total de 525.275 profesionales de la salud.

Si se consideran los establecimientos por origen de financiamiento, se observa que el 49% de ellos (9.329) pertenecen al subsector público y el 51% restante al subsector privado (9.630).

Según el Ministerio de Salud de la Nación, hasta Marzo de 2012 existen en el país un total de 183.890 camas, de las cuales el 47% son de titularidad Estatal, y el 53% privadas. Las mismas se reparten en 4.370 instituciones, de las cuales el 68% son de titularidad privada. Las instituciones públicas son en promedio del doble de tamaño (en camas) que las privadas: 62 contra 33 camas por institución. En cuanto a establecimientos sin internación, se reportan 14.567, de los cuales el 41% (7.850) son públicos y el 27% (5.206) son privados. Analizando el conjunto de establecimientos sin internación se advierte que el 98% de los establecimientos públicos son clasificados como de "diagnóstico y tratamiento", mientras que en el subsector privado se distribuyen: 47,4% (10.963) diagnóstico y tratamiento; 31,2% (2.093) de diagnóstico solamente; 12,6% (854) de tratamiento y 8,8% (657) de "complementarios".

## 3. EN CA.DI.ME. CREEMOS QUE:

**1. Es necesaria la organización de una red de atención estatal-privada, bajo el modelo de un Sistema Nacional Integrado, financiado con fondos nacionales, jurisdiccionales, privados y de la seguridad social.**

El llamado subsector público es en realidad un conjunto de organizaciones de diversa complejidad más o menos articuladas dentro de su ámbito jurisdiccional (municipal o provincial), y en general comparten severas deficiencias en la articulación operativa, ya sea por insuficiencias en la programación de las redes de referencia y contrareferencia, rigidez de las normas administrativas entre diferentes dependencias, u

obstáculos impuestos en la propia cultura institucional.

Un palmario ejemplo de ello lo constituyen los numerosos conflictos interjurisdiccionales en áreas geográficas limítrofes, tanto entre hospitales públicos como para la cobertura de beneficiarios de obras sociales provinciales.

Es conocido también el carácter de prestador de última instancia, propio del sector público, que frecuentemente se hace cargo de coberturas no brindadas en la realidad por otros financiadores, especialmente las obras sociales.

En el sector de las Obras Sociales es bien conocido el concepto de solidaridad segmentada, que también impone restricciones severas, y distintas según la afiliación, al acceso a servicios asistenciales en forma oportuna.

El INSSJP constituye a grandes rasgos una mega obra social, que por su poder de compra tiene capacidad formadora de precios y generadora de normativas. Su accionar es independiente del conjunto del sistema nacional de obras sociales y el sub sector público.

El sector privado, por su parte, está constituido por una miríada de organizaciones de muy diversas características, relacionadas en algunos casos con los efectores del sector oficial en forma más o menos formal complementando la oferta de servicios a beneficiarios de ese sector, particularmente en materia de aparatología diagnóstica y/o terapéutica. Esta diversidad incluye organizaciones asistenciales que cubren toda la gama de complejidad disponible en el país, con alta concentración en los centros urbanos, pero a la vez una amplia cobertura en el territorio nacional.

También lo integran entidades financiadoras y aseguradoras de distinto origen y finalidad societaria.

En su conjunto el sector constituye un segmento particularmente relevante de la economía nacional: característicamente intensivo en la utilización de mano de obra calificada,

y movilizador de un importante conjunto de actividades e industrias destinadas a proveerle servicios e insumos.

Cumple un rol económico esencial, pues al proteger y mejorar la salud de las personas contribuye a aumentar la productividad económica y el bienestar social, siendo esto fundamental para el desarrollo sostenido y la reducción de la pobreza.

Un Sistema Nacional Integrado (SNI) significa, efectivamente, articular y controlar el empleo de recursos y el desempeño de sus distintos componentes. Dichas funciones deben estar a cargo de un organismo federal, encabezado por la Nación, y con amplia participación de los diversos subsectores vinculados.

Son componentes de SNI la red de establecimientos asistenciales públicos de todas las jurisdicciones, las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y los prestadores de capital privado, con o sin fines de lucro.

**2. Sigue siendo central la estrategia de atención primaria de la salud, enfatizando en los objetivos de extensión de cobertura, accesibilidad, asequibilidad y énfasis en las prácticas preventivas, integrando para ello la totalidad de las estructuras asistenciales disponibles, estatales y privadas, adecuadamente categorizadas y bajo programas de garantía de calidad.** La consolidación de la estrategia de APS sigue siendo materia pendiente en la Argentina. Aunque existen numerosas experiencias en distinto grado de desarrollo, no hemos modificado las reglas de juego organizacionales y modalidades de gestión que permitan abordar desde un enfoque conceptual distinto la prestación sanitaria: centrada en las personas y no en los pacientes, en la salud y no en la enfermedad, en la comunidad y no en el caso.

Desarrollar este cambio requiere no solo del enunciado de la voluntad política, sino también del involucramiento profundo de las instituciones formadoras de profesionales y técnicos para la salud, y la transformación del modelo

prestador a través de un cambio en las reglas del financiamiento: qué se paga (prioridades, canasta de prestaciones aseguradas, seleccionadas considerando su costo-efectividad) y cómo (incentivos para promover la atención preventiva y detección temprana, etc.).

**El Estado Nacional debe asegurar los supuestos de la cobertura universal a través de garantizar el financiamiento, bajo condiciones de recupero al efecto del sistema responsable del pago; ya sea este jurisdiccional, de la seguridad social o de la medicina prepaga.**

Es evidente, entonces, que tanto la formación del personal requerido, como la definición del modelo prestador y las reglas del financiamiento deben alinearse tras una política nacional de salud.

**3. El Sistema Nacional Integrado debería asegurar la universalización de la cobertura, y preservar la capacidad de elección de los usuarios.**

El objeto central de la construcción de un sistema integrado es que todos los argentinos, independientemente de su situación socioeconómica, el ámbito jurisdiccional, el origen o el destino de su aporte para la salud, su historia o su lugar de residencia accedan a un conjunto de prestaciones sanitarias garantizadas, en cantidad y calidad, preservando su capacidad de elección de los prestadores preferidos.

Dicha universalización de la cobertura podrá expresarse a través de programas de cobertura de carácter regional, en atención a las peculiaridades propias de la extensión de nuestro país.

Un requisito para la concreción de este objetivo es la integración nacional de sistemas electrónicos

de información clínica, que respalden la libre circulación de los argentinos por los distintos efectores del sistema integrado.

**4. El Estado Nacional debería ser garante en subsidio y bajo condiciones de recupero de las prestaciones a cargo de las jurisdicciones, la Seguridad Social y las empresas de salud privadas.**

El Estado Nacional no sólo debe asumir su carácter rector del sistema en los aspectos normativos, de coordinación y autoridad sanitaria, sino que debe asegurar los supuestos de la cobertura universal a través de garantizar el financiamiento, bajo condiciones de recupero al efecto del sistema responsable del pago; ya sea este jurisdiccional, de la seguridad social o de la medicina prepaga.

Obviamente, para ello se requiere de un ordenamiento operativo efectivo y eficiente, vinculando los sistemas de información clínico y los de gestión financiera.

**5. Es necesario el reordenamiento de la oferta prestacional en función de las necesidades detectadas, la demanda social y la racional utilización de los recursos tecnológicos (medicamentos, recursos diagnósticos, terapéuticos, etc.) estableciendo capacidad técnica y normativa nacional única.**

La efectiva integración de las redes de atención estatales-privadas requiere la racionalización del desarrollo de infraestructura y la incorporación de equipamientos y tecnología de alto costo.

La tecnología innecesaria, redundante o poco probada aumenta los costos del sistema y no aporta a la calidad de los servicios que las personas reciben.

Es imprescindible desarrollar una capacidad nacional para la evaluación de tecnologías, y transparentar la discusión de las modalidades de incorporación de las mismas a la cobertura del sistema nacional integrado, a través de un organismo público de carácter federal con alta calificación científica y tecnológica.

La calidad de la reforma sanitaria que podamos construir los argentinos dependerá menos de un conjunto de técnicos iluminados que de la calidad del proceso de debate social a través del cual todos los distintos sectores interesados puedan concretar los acuerdos necesarios.

**6. La promoción de programas de investigación y desarrollo para la sustitución de importaciones en salud, y el desarrollo de industria farmacéutica nacional deben formar parte de una política nacional.**

Hemos señalado que el sector salud requiere gran cantidad de insumos de diverso tipo que en gran parte se importan. El desarrollo de la capacidad de producción nacional de los mismos aportaría sustancialmente al desarrollo de la economía nacional por la vía de la balanza comercial, el mercado laboral, el desarrollo de capital humano y la disminución de los costos del sistema.

**7. Deben integrarse la totalidad de las jurisdicciones, con sus peculiaridades regionales.**

No es posible concebir un sistema nacional sin la plena integración al mismo de la totalidad de las jurisdicciones. La responsabilidad sobre la prestación de servicios sanitarios no ha sido delegada por las jurisdicciones a la nación, por lo tanto se requiere encontrar el consenso necesario para la herramienta jurídica que permita dicha integración. Con seguridad ese debate no podrá darse sin las referencias a cuestiones centrales del federalismo, pendientes entre nosotros desde la reforma constitucional de 1994.

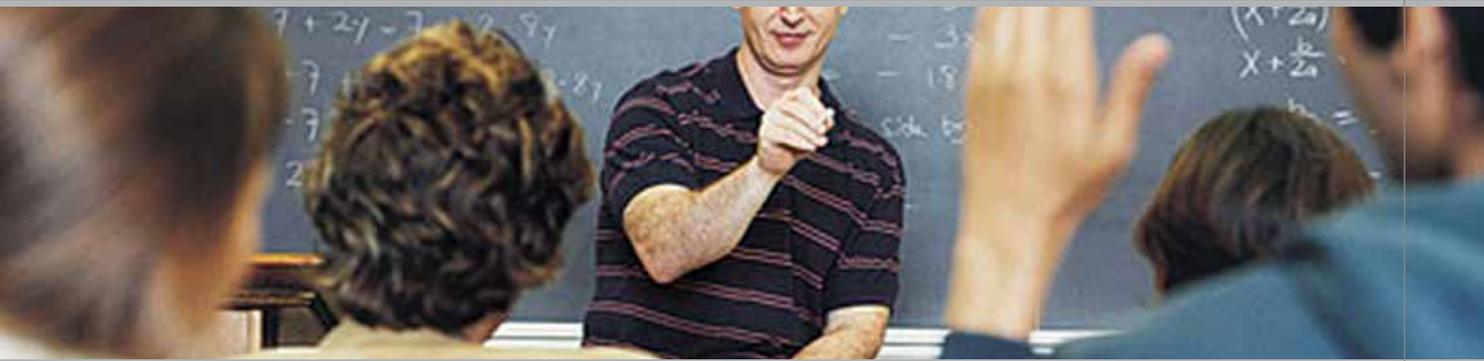
**8. Debe articularse la formación de profesionales y técnicos con los objetivos de la política nacional de salud y la instrumentación del Sistema propuesto.**

La universidad debe ser un actor relevante del desarrollo de la política nacional de salud, tanto porque debería ordenarse y reorientarse la oferta de profesionales y técnicos (lo cual implica reformular carreras y programas de formación), como por su rol en el desarrollo de la investigación científica, tanto básica como aplicada, íntimamente vinculadas a la calidad, efectividad y economía del sector.

**9. Es imprescindible la participación efectiva de los subsectores y grupos sociales representativos en la conducción y el monitoreo del Sistema (Estado, actividad privada y sociedad civil).**

La calidad de la reforma sanitaria que podamos construir los argentinos dependerá menos de un conjunto de técnicos iluminados que de la calidad del proceso de debate social a través del cual todos los distintos sectores interesados puedan concretar los acuerdos necesarios. La puesta en agenda del problema de la salud en Argentina no puede agotarse en la obtención de algunas reivindicaciones puntuales o coyunturales de tal o cual sector, sino que, dada su trascendencia y el carácter intergeneracional de las consecuencias de muchas de las decisiones que deben tomarse (especialmente en el financiamiento pero también en el desarrollo de un nuevo modelo asistencial y de gestión), requiere pensar en un proyecto de Nación, a mediano y largo plazo.

# Alianza estratégica para el desarrollo Productivo y Tecnológico empresarial



Esta entidad académica está concebida para abocarse a **la formación, investigación, extensión universitaria, transferencia de conocimientos y servicios de asistencia técnica en materia de desarrollo tecnológico, la economía social y el desarrollo productivo local, en base al eje central de "gestión"**

Para estos fines la **Fundación DPT** administra programa asociativos y de cooperación bajo la forma de la formación de profesionales, expertos y técnicos, de la investigación aplicada y de la transferencia de conocimientos al ámbito productivo mediante: carreras (diplomaturas y postgrados) y cursos especializados, talleres de trabajo, foros institucionales, pasantías e intercambios, programas de investigación, proyectos de asistencia técnica, misiones institucionales, coloquios y reuniones académicas, servicios tecnológicos, acuerdos internacionales, centros

especializados de apoyo, redes tecno-económicas, consorcios de cooperación empresaria, proyectos territoriales y otras actividades.

Patrocinado por diversas entidades empresarias representativas de las pequeñas y medianas empresas y acompañada por instituciones de la sociedad civil y del ámbito académico, el emprendimiento **DPT** está llamado a constituirse en un referente nacional y regional.

A través de su desarrollo, pretende posicionarse como **actor institucional comprometido en el liderazgo de los desafíos que plantea la sociedad de la información y del conocimiento** en el escenario global y de los problemas que presenta la gestión organizacional e institucional de cuestiones claves de la Argentina.

## ALIANZAS ESTRATÉGICAS



Conocimiento



**IECS**  
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD  
CLÍNICA Y SANITARIA

Tecnología



INSTITUTO TÉCNICO PARA LA ACREDITACION  
DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Calidad

# Amplio enfoque de temas de la salud en el programa televisivo "Diagnóstico & Debate"



*Continúa con éxito el programa televisivo auspiciado por CA.DI.ME., "Diagnóstico y Debate", que se emite semanalmente por la Metro. El mismo habilita un espacio para la participación de destacados actores vinculados al quehacer de la sanidad en todos sus aspectos, inclusive los educativos; permitiendo con sus exposiciones contribuir al mejor conocimiento de los complejos y variados temas que implica el desenvolvimiento de la salud en nuestro país.*

*Desde el inicio de las emisiones han concurrido distinguidos profesionales, funcionarios y legisladores, abarcando hasta el momento una nutrida lista de puntos específicos que damos cuenta sintéticamente a continuación.*

## Prevención

*Políticas antitabaco y regulaciones alimenticias*

**Lic. Lorena Alemandi**

Lic. En terapia institucional

**Dra. Mariela Alderete**

Médica de Familia. Vicedirectora de la Fundación Interamericana del Corazón Argentina

*Prevenir es mejor que curar*

**Dra. Karin Kopitowsky**

Jefe de Servicio Medicina Familiar Hospital Italiano

**Dr. Carlos García**

Médico de Familia del Hospital Italiano

*Cuidados al inicio de clases. Vacunas. Broquitis. Autismo. Diabetes.*

**Dr. Marcos Mercado**

Pediatra

*Salud en las escuelas.*

**Dra. Alicia Lukin**

Médica pediatra. Integrante grupo de trabajo de la Sociedad Argentina de Pediatría

**Dra. María del Valle Carpineta**

Médica pediatra. Consultora Programa de Salud Escolar del Ministerio de Educación de Gobierno de la Ciudad de Bs. As.

**Dr. Guillermo González Prieto**

*¿Qué sabes del fosforo en los alimentos?*

**Dr. Armando Negri.**

Médico

*Situación del SIDA en Argentina y política de testeo.*

**Dr. Carlos Falistocco.**

Médico pediatra. Infectólogo.

Director Ejecutivo de SIDA y ETS del ministerio de Salud de la Nación

Presidente del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA de América Latina y el Caribe.

*SIDA*

**Dr. Rubén Mayorga**

Coordinador de ONUSIDA para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay

*Cómo cuidar nuestra columna. Educación Postural.*

**Dra. Claudia Iguisonis**



*Liga de lucha contra el Cáncer (LALCEC)*

**María G. Donnet de Acosta Güemes**

Presidenta de LALCEC

### Atención Primaria

*La Atención Primaria*

**Dr. Javier Vilosio**

Gerente del Área Técnica de CA.DI.ME.

*Salud bucal*

**Dra. Amalia Alfonsín**

Salud Oral: Interrelación Medicina Odontológica.

Instituto Universitario Hospital Italiano

**Dra. Graciela Rasinez Alcaraz**

Asociación Odontológica Argentina

*Atención Primaria*

**Dr. Daniel Nucher**

Secretario de Salud de la Municipalidad de Lanús

*Atención Primaria*

**Dr. Hugo Ramón Cettour**

Ministro de Salud de la Provincia de Entre Ríos

*Trabajo en el Municipio de San Fernando*

**Dr. Omar Maresca**

Municipalidad de San Fernando

### Tecnologías Sanitarias

*Evaluación de Tecnologías Sanitarias*

**Dra. Analía Amarilla**

Directora de Calidad de Servicios de Salud

del Ministerio de Salud de la Nación

**Dr. Rolando Morgensterin**

Área Técnica de CA.DI.ME.

**Federico Augustovski**

Departamento de Evaluación de Tecnologías

Sanitarias del

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria

*¿Qué es la Tecnología Sanitaria?*

**Prof. Dr. Andrés Pichón-Rivière, MD MSc Ph**

Director de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y

Evaluaciones Económicas

del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria

### Diagnóstico

*Diagnóstico por Imágenes*

**Dr. Luis Moreau**

Especialista en Radiología y Diagnóstico por Imágenes

### Medicamentos

*Quiénes crean los medicamentos. Investigación Médica*

*y cómo está en la actualidad en Argentina.*

**Dra. Clelia Magaril**

Docente de la UBA. Investigadora.. Presidente de la

Sociedad de Investigación Clínica

*Políticas de medicamentos en nuestro país.*

**Dr. Marcelo Peretta**

Secretario General del Sindicato Argentino de

Farmacéuticos y Bioquímicos.

*El Uso racional de los medicamentos*

**Dr. Claudio Ucchino**

Secretario de la Confederación Farmacéutica

Argentina

Presidente de la Sección Farmacia del Colegio de

Farmacéuticos y

Bioquímicos de la Capital Federal

*Programa de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos.*

**Dr. Jorge Zarzur**

Director Ejecutivo del Programa de Producción

Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos

Médicos del Ministerio de Salud de la Nación

### Atención Médica

*Migrañas*

**Dr. Héctor Zavala**

Neurólogo

Jefe de Cefaleas Hospital Ramos Mejía

**Dr. Daniel Echazarreta**

Presidente de la Asociación de Enfermedades

Respiratorias

*Oncología*

**Dra. Guadalupe Pallota**

Asociación Argentina de Oncología

Jefa Sección Oncología del Hospital Italiano

*Mitos, verdades y cuidados a la hora de hacerse una cirugía estética.*

**Dr. Ricardo Losardo**

Presidente de la Sociedad de Cirugía Estética de Bs.

As.

**Dr. Daniel Eduardo Castrillón**

Secretario de la Sociedad de Cirugía Estética de Bs.

As..

**Dr. Falvio Sturla**

Cirujano Plástico

*Internación Domiciliaria*

**Dr. Javier Saimovici**



Jefe de Sección de Medicina Domiciliaria del Hospital Italiano

**Dr. Juan Carlos Frascina**

Presidente de la Cámara de Empresas de Internación Domiciliaria

**Dr. Enrique Laffaire**

Director de la Empresa Domiciliaria "En Casa"

*Dolor*

**Dra. Diana Finkel**

Médica experta en dolor y cuidado paliativos del Centro de Atención

Integral del Dolor de Buenos Aires

Jefa de División Anestesiología del Hospital Ramos Mejía.CABA

*Obesidad*

Equipo interdisciplinario del Hospital Italiano:

**Lic. Elena Chinirri**

Psicóloga Social

**Dra. Irene Ventriglia**

**Dra. Tamara Lareu**

*Cuidados Paliativos*

**Dr. Nicolás Garrigue**

Médico Paliativista

Instituto Pallium Latinoamérica

**Dr. Carlos Cafferata**

Jefe de Sección de Cuidados Paliativos del Hospital Italiano

*¿Qué es la patología médica?*

**Dr. Federico Pégola**

Secretario de Desarrollo Docente de la Facultad de Medicina UBA y director de la Carrera Docente, del Departamento de Humanidades Médicas, del Instituto de Historia de la Medicina y Museos "Houssay de la Ciencia y la Tecnología" y Museo de Historia de la Medicina y de la Cirugía "V.A.Risolía". Es miembro del Directorio de Eudeba.

*Enfermedades crónicas*

**Dr. Gastón Perman**

Médico de Planta . Epidemiología Clínica. Hospital Italiano

*Enfermedades Raras.*

**Dr. Pablo Maseo**

*La rehabilitación integral de un paciente con ACV*

(Accidente

Cerebro Vascular)

**Lic. Karina Bustos**

Psicóloga

Presidenta de la Fundación de AlunCo Salud (Centro de Neurorehabilitación Integral)

*Disfunción Craneomandibular (DCM) o Trastornos Temporomandibulares (TTM)*

**Dra. Myriam Carballo**

Odontología Neuromuscular

*¿Qué es el Burnout?*

**Dra. Elsa Wolfberg**

Médica Psiquiátrica y Psicoanalista

*Envejecimiento Activo*

**Jorge Pedro Paola**

Magister en Política Social

**Dra. Claudia Jarolasky**

**Telemedicina**

*Historia clínica para el paciente ambulatorio.*

**Dr. Guillermo Schor Landam**

Presidente Fundación Iberoamericana de Telemedicina

**Medicina Familiar**

*Medicina Familiar*

**Dra. Karin Kopitowski**

Jefa de Servicio de Medicina Familiar del Hospital Italiano

**Dr. Javier Vilosio**

Ex Ministro de Salud de la Provincia de Rio Negro Gerente Área Técnica de CA:DI.ME.

*Visita al Centro Familiar y Comunitaria San Pantaleón.*

**Dra. Nancy Giraud**

Médica del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano.

Coordinadora Docente en la Maestría de Educación para Profesionales de la Salud en Instituto Universitario del Hospital Italiano.

**Políticas de Salud**

*OPS*

**Dr. Pier Paolo Baladelli**

Representante de la OMS/OPS en Argentina

*La realidad Sanitaria y el Plan Trienal de Salud.*

**Dr. Antonio Morante**

Ministro de Salud de la Provincia del Chaco

Médico Cirujano. Especialidad en Tocoginecología.



*La salud en el Municipio de Almirante Brown*

**Dr. Pablo Herrera**

Su gestión en la Secretaría de Salud del Municipio.

*Comisión de Salud Pública de la H. Cámara de Diputados*

**Dip. Dra. María Elena Chieno**

Su gestión como Titular de la Comisión.

*Plan Quinquenal de Salud*

**Dr. Néstor Enrique Heredia**

Ministro de Salud de la Provincia de Salta

*Las políticas de salud en el nivel local y la inclusión social.*

**Dr. Adrián Gayoso**

Secretario de Salud de la Municipalidad de Moreno, Provincia de Buenos Aires

*Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA)*

**Senadora Dra. Sandra Giménez**

Vicepresidenta 2ª del COFELESA

*COFELESA*

**Ing. María Elina Domínguez**

Presidenta Comisión de Salud de la H. Legislatura de Jujuy

*COFELESA*

**Dip. María Angélica Carnaghi**

Presidenta Comisión de Salud de la H. Legislatura de Neuquén

## **Economía de la Salud**

*Financiamiento de la Atención Médica y de la Seguridad Social*

**Dr. Néstor Ricardo Vázquez**

Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina. UBA

Médico, Especialista en Neurología, Auditor Médico, Administrador Sanitario, Docente Adscripto Facultad de Medicina. UBA.

*Salud y Producción.*

**Dr. Martín Morgenstern**

Especialista en Economía  
Asesor Técnico de CA.DI.ME.

*¿Cómo descontar cheques en el mercado de capitales?*

**Lic. Nicolás López**

Bolsa de Comercio de Bahía Blanca. Area Bursátil.  
Lic. En Economía. Universidad Nacional del Sur.

*Economía de la salud*

**Dr. Tomás Pippo**

Director de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación

**Dr. Martín Morgenstern**

Asesor Técnico de CA.DI.ME.

## **Educación**

*La comunicación y la salud en Argentina.*

**Dra. Mónica Petracci**

Doctora en Ciencias Sociales. UBA  
Subsecretaria de Investigación de Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

*Formación del recurso humano en Salud Pública*

**Prof. Reg. Adj. Dr. Carlos Camilo Castrillón**

Director del Departamento de Salud Pública  
.Facultad de Medicina de la UBA

*Educación Médica*

**Dr. Eduardo Durante**

Sub Jefe de Servicio de Medicina Familiar del Hospital Italiano

**Dr. Alberto Alvez de Lima**

Director de docencia del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

## **Etica**

*Etica en la Investigación Médica*

**Dr. Jaime Lazovski**

Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación

## **Gremialismo Médico**

*Sindicalismo Médico*

**Dr. Héctor Garín**

Secretario General de la Asociación de Médicos de la Actividad Privada  
Secretario de Finanzas de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal  
Especialista en Cirugía General, Ginecología y Sistema de Salud

## **VEA LOS PROGRAMAS EN:**

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



# Claves en Evaluación de Tecnología Sanitaria. Gasto y calidad en salud.



Los problemas de costos y calidad de los servicios de salud constituyen una preocupación de todos los sistemas sanitarios.

Cualquiera sea su modelo organizativo, los seguros de salud públicos y privados requieren tanto de un control de las erogaciones que, por diversas condiciones del mercado, tienden a ser infinitas, como de la calidad que en función del dinero gastado obtienen sus beneficiarios, o las personas que adquieren los seguros.

Ambas cuestiones son cruciales en términos de impacto sanitario.

Si bien se ha demostrado que, hasta cierto punto, el gasto per cápita en salud se asocia con mejores resultados en salud, todos los presupuestos (públicos y privados) tienen un límite, y además una parte muy significativa de esa tendencia permanente al incremento de los costos sanitarios depende del ritmo de incorporación de nuevas tecnologías a los servicios que se ofrecen.

Por otra parte, aunque el gasto sea alto, todos los gestores, públicos o privados, buscan mejorar la eficiencia del sistema: es decir, obtener los mejores resultados, al menor costo.

La permanente presión que ejerce sobre el sistema sanitario la incorporación de novedades tecnológicas (entendidas estas en un sentido amplio: sistemas de gestión, insumos, equipamiento diagnóstico y terapéutico, medicamentos, etc.) depende tanto del avance científico y tecnológico en diversas áreas del conocimiento de las cuales se derivan aplicaciones al sector sanitario, como de las necesidades propias del desarrollo de la industria, y también de los prestadores de servicios asistenciales (profesionales y empresas) en

busca de mejores resultados para sus pacientes, y como estrategia de diferenciación de la oferta que hacen al mercado.

Respecto de este último aspecto, el riesgo de esta “carrera por la novedad” que supone la incorporación casi automática de las innovaciones tecnológicas, puede comprometer seriamente la capacidad de financiamiento y el patrimonio de las empresas y, sin duda, la estabilidad de los financiadores, tanto públicos como privados.

Si además, buena parte de estas innovaciones no son tales, el sistema termina financiando mayores costos para obtener iguales o peores resultados en la salud.

El impacto del problema también es significativo en términos de los resultados sobre la salud de las personas.

Así es que al esquema tradicional de prevención primaria (en poblaciones sanas), secundaria (en grupos de riesgo) y terciaria (en enfermos), se suma actualmente el concepto de prevención cuaternaria: las acciones destinadas a proteger a las personas de las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Muchas de esas intervenciones se relacionan con la utilización de tecnologías cuya conveniencia, efectividad, e inclusive su seguridad, no han sido cabalmente demostradas.

## Evaluar antes de pagar

Es bien conocido que todos los sistemas de salud tienen límites en su capacidad de financiamiento, mientras que la escalada de costos propuesta por la industria en base a la incorporación de nuevas tecnología responde, entre otros aspectos, a la lógica de la necesidad de financiar los procesos de investigación y desarrollo científico y tecnológico.



En ese punto, es necesario el desarrollo y la implementación de metodologías de evaluación de las novedades tecnológicas antes de incorporarlas, por lo menos, al financiamiento público.

La metodología de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) ha sido largamente desarrollada y se aplica intensivamente en muchos países, tanto a cargo de entidades gubernamentales como por instituciones académicas independientes, que suelen responder a pedidos hechos por financiadores públicos o privados.

Un componente de la ETS es la evaluación económica de aquellas novedades que presentan evidencia de efectividad.

El requisito de la “cuarta barrera”, que ya muchos países imponen como condición para la incorporación al financiamiento y la provisión pública de determinadas tecnologías innovadoras, implica que además de seguras para las personas, eficaces y de calidad, las mismas deben ser sostenibles por el conjunto del sistema de salud. Es decir, que exista una relación adecuada entre los costos que implican para el sistema de salud, y los beneficios que aportan. Lo que en la literatura sajona se denomina: “good value for money”. El valor de lo que cuestan.

El cruce entre costo y efectividad genera cuatro posibles combinaciones: parece clara la conducta recomendada cuando se trata de tecnologías más caras y menos efectivas que lo ya existente, o más efectivas y más baratas. En un caso estaría indicado su rechazo y en el otro su aceptación.

		Efectividad	
		-	+
C o s t o	+	Menor efectividad y mayor costo	Mayor efectividad y mayor costo
	-	Menor efectividad y menor costo	Mayor efectividad y menor costo

Más compleja es la situación cuando las innovaciones son más baratas y menos efectivas, y, especialmente, cuando son más caras y más efectivas.

Cada economía nacional, o cada sistema de salud debería determinar un “punto de corte” o umbral de costo-efectividad a partir del cual las tecnologías de definan como más o menos costo efectivas.

En el caso de los países, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que cualquier tecnología sanitaria con una costo-efectividad inferior a un Producto Bruto Interno (PBI) per cápita por año de vida ajustado por calidad es muy costo-efectivo y hay que incorporarla, y si está por arriba de los tres PBI per cápita no es costo-efectivo y no se debería incorporar.

Los países, y los sistemas, deberían explicitar estas reglas de decisión, sus umbrales de costo efectividad, y las metodologías de evaluación utilizadas, su descripción, los antecedentes recogidos y los análisis realizados.

Ello reduce significativamente la discrecionalidad de los coyunturales decisores, y contribuye a la construcción de una política sobre tecnología sanitaria racional y sustentable.

### No todo es dinero

Pero la cuestión no se agota en el problema del pago o no de nuevas tecnologías. Un nuevo recurso tecnológico que se incorpore a la práctica médica tendrá un efecto sanitario y sobre el presupuesto (impacto presupuestario), pero también social, ético, organizativo y económico, en relación con la utilización apropiada y la organización de los servicios de salud para su correcta aplicación.

Las reglas de decisión de la costo-efectividad son, entonces, guías o ayuda para la toma de decisiones de quienes deben financiar (invertir), prestar servicios o regular el funcionamiento del sistema.

### Los documentos de Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS)

Se trata de documentos producto de investigaciones sistemáticas basadas fundamentalmente en la recuperación y análisis de la evidencia disponible, sobre los aspectos relativos a: eficacia, seguridad, efectividad, eficiencia, equidad, necesidad, idoneidad e impacto económico y social de tecnologías específicas.

El objetivo de estas evaluaciones es contribuir a la toma de decisiones en la práctica clínica y en la política sanitaria: como hemos señalado, un insumo central para los responsables del financiamiento de los sistemas de salud.

Aportes de CA.DI.ME. a la Evaluación de Tecnología Sanitaria en el país

*En el marco del Convenio que desde 2012 nuestra Cámara sostiene con el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) se han publicado dos documentos de evaluación de tecnologías sanitarias, que se sintetizan a continuación.*



### **Proteína C Reactiva Ultrasensible (PCRus) como marcador pronóstico de enfermedad cardiovascular**

Se trata de una globulina plasmática de origen hepático que en la fase aguda de los procesos inflamatorios puede aumentar sus valores hasta cien veces su valor basal. Los métodos clásicos para su determinación tienen limitaciones en el rango de su sensibilidad, ubicándose la mayoría de las personas sanas por debajo del mismo. Por ello se han desarrollado técnicas de alta sensibilidad, tales como la nefelometría laser y la inmunturbidimetría, para incrementar la señal detectable del marcador, denominada PCRus.

El objetivo del estudio fue evaluar la utilidad de la PCRus como factor independiente de riesgo en población asintomática y como factor pronóstico en población con enfermedad cardiovascular.

Se analizaron en total cinco revisiones sistemáticas publicadas, quince estudios de cohorte, cuatro guías de práctica clínica, tres evaluaciones de tecnología sanitaria y cuatro políticas de cobertura de otros países, referidas a población sin enfermedad coronaria conocida, población con enfermedad coronaria estable y población con síndrome coronario agudo.

Se concluyó en que existe abundante evidencia de alta calidad acerca del PCRus como marcador de riesgo en todas las poblaciones evaluadas. Sin embargo, a pesar de no existir evidencia directa sobre si la determinación de PCRus logra mejorar el pronóstico de los pacientes, existe consenso que al recategorizar el riesgo y alterar las conductas terapéuticas podría haber beneficios en el grupo de pacientes sin enfermedad coronaria conocida y con riesgo intermedio de eventos a 10 años. La evidencia existente a la fecha señalada la utilidad de la PCRus al momento de definir el tratamiento con estatinas en hombres y mujeres sin enfermedad cardiovascular de edad igual o mayor a 50 y 60 años respectivamente, en presencia de niveles de LDL < 130 mg/dl y ausencia de comorbilidades tales como la diabetes. La medición de PCR en hombres menores de 50 años y mujeres de 60 años o menos es considerada como una eventual herramienta adicional al estimar el riesgo individual de enfermedad cardiovascular a 10 años. Se desaconseja la evaluación de PCRus, tanto en sujetos asintomáticos de alto riesgo de enfermedad cardiovascular como en hombres de edad menor a 50 años y mujeres en edad igual o menor a 60 años con bajo riesgo de enfermedad cardiovascular a 10 años.

No existe consenso que avale la utilidad de adicionar la PCRus a la estratificación de riesgo en pacientes con enfermedad coronaria estable o síndrome coronario agudo.

### **Tomosíntesis digital (TDM) para el diagnóstico de patología mamaria**

La TDM es una técnica de diagnóstico por imágenes basada en una modificación de la mamografía digital. Utiliza un sistema rotacional equipado con un tubo de RX que gira a lo largo de un ángulo de entre 15° y 50°. A través del procesamiento de imágenes se obtienen cortes finos (1 mm) en diferentes planos que permiten reconstruir la mama en tres dimensiones.

El objetivo del estudio fue evaluar la evidencia disponible respecto de la eficacia, seguridad y aspectos vinculados a la política de cobertura del uso de TDM para el diagnóstico de cáncer de mama.

Se identificaron diecinueve publicaciones de estudios de corte transversal (diez referidos características operativas de TDM y mamografía para el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres con sospecha clínica o por imágenes, cuatro referidos a la lectura de las imágenes evaluando concordancia entre los radiólogos y el tamaño tumoral, y cinco evaluando la adición de TDM a mamografía convencional –dos en rastreo y dos en poblaciones con sospecha de cáncer de mama-. Además se analizaron dos evaluaciones de tecnología sanitaria, cuatro políticas de cobertura y un estudio retrospectivo multicéntrico.

#### **Toda la evidencia disponible es de moderada calidad metodológica.**

En lo referente a población con sospecha de cáncer de mama, clínica o por imágenes, los estudios sugieren que la TDM podría ser tan efectiva como la mamografía (aunque no se comparó con ecografía ni resonancia nuclear magnética).

La suma de TDM + mamografía mostró aumentar la sensibilidad, el valor predictivo negativo y el área bajo la curva, aunque en trabajos con pequeña cantidad de pacientes con sospecha de cáncer de mama, clínica o por imágenes.

No se encontraron trabajos que validaran la TDM como estudio único para el rastreo poblacional. Al respecto existen además otras barreras: los mayores costos, y los mayores niveles de irradiación.

La TDM podría eventualmente considerarse como un paso intermedio entre la mamografía diagnóstica y la biopsia en algunos casos seleccionados, aunque no hay consenso en el rol que podría caberle a la TDM en el proceso diagnóstico de pacientes que están siendo evaluadas por lesiones sospechosas.

# Comercio Exterior: nuevo servicio de consultoría y asesoramiento

Convenio de CA.DI.ME. con la Cámara Argentina de Importadores y Reacondicionadores de Equipamiento de Diagnóstico Médico por Imágenes.

La Cámara informa que ha puesto en marcha un Servicio de Asesoramiento y Consultoría en Comercio Exterior, sin cargo para sus empresas prestadoras asociadas.

Este nuevo apoyo a los socios se organizó con el objetivo de ayudarlos a enfrentar los cambios operativos dispuestos por el Decreto 2646/12 para importación de equipamientos médicos usados. La normativa, concretamente, elimina la figura del intermediario importador, y exige que la operatoria de importación de dichos bienes la lleven a cabo los usuarios directos de los mismos.

En otras palabras, gran parte de los socios de la Cámara son quienes demandan estos equipos médicos usados, y en función del cambio normativo deberán registrarse como importadores.

Registrarse como agente importador no es sencillo. Para iniciar la actividad son varios los trámites y gestiones que se deben encarar ante diferentes organismos públicos. Ante la AFIP-DGA, por ejemplo, hay que inscribirse como importador. En el Ministerio de Industria y la Secretaría de Comercio Exterior, se debe obtener el certificado de importación, y ante el INTI los informes técnicos: uno preliminar y otro final.

Para beneficio de los socios, entonces, CA.DI.ME ha habilitado una Ventanilla de consulta y asesoramiento en operatoria de importación. La misma estará a cargo del Área Técnica de la Cámara y de la **Licenciada Gisela Florio**, experta en comercio internacional, Despachante de Aduana y titular de la consultora Florio & Asociados.

A continuación se detallan las cuestiones en las que podrán ser asistidos por nuestros profesionales y técnicos, antes, durante y después de haber concretado la importación de bienes de capital usados o sus repuestos para acondicionar.

## - Asesoramiento previo a la compra/importación de bienes de capital médico usados.

Muchas veces no es necesario recurrir a la oferta importada porque hay posibilidad de adquirir los bienes en el mercado local. Pero en caso de que la opción sea importar, podrá ser asesorado sobre los

siguientes aspectos:

- 1) Identificación de los equipos y/o repuestos alcanzados por la norma.
- 2) Identificación del tratamiento tributario aplicable.
- 3) Identificación de condiciones y exigencias técnicas que deberá cumplir.
- 4) Distinción de las distintas modalidades disponibles para cumplir con el reacondicionamiento exigido por la normativa vigente.

## - Asesoramiento y gestión en el momento de comprar/importar el equipamiento médico:

- 1- Inscripción en el Registro de Importadores de la AFIP-DGA
- 2- Clasificación Arancelaria.
- 3- Presentación de DJAI (Declaración Jurada Anticipada de Importación).
- 4- Presentación de la solicitud de Certificado de Importación ante las autoridades competentes.
5. Presupuesto Importación
5. Revisión Certificado de reacondicionamiento (emitido en el exterior)
6. Informe técnico Preliminar e Informe Técnico Final (I.N.T.I) – Seguimiento-
7. Confección DD.JJ acreditación Usuario Directo

## - Asesoramiento y gestión posterior al ingreso del equipamiento médico:

GESTION AFIP: Comprobación de Destino

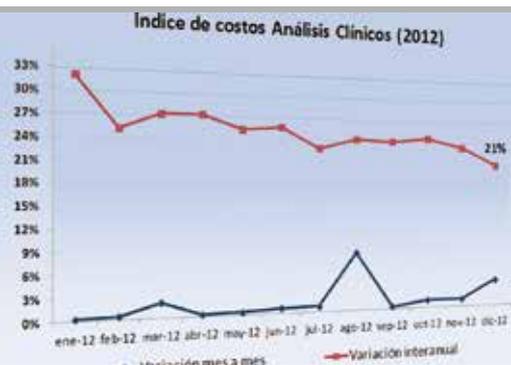
**Los interesados en importar bienes de capital médico nuevo también podrán ser asistidos y asesorados por nuestros profesionales**  
**Consultas en [comercioexterior@cadime.com.ar](mailto:comercioexterior@cadime.com.ar)**



Cálculos de CA.DI.ME.

# Actualización de los índices de precios y costos de producción en diagnóstico por imágenes y laboratorio de análisis clínicos

Se prevé para el 2013 una variación similar a la del año anterior.



Desde el año 2009 el Área Técnica de CA.DI.ME. realiza el seguimiento de costos asociados a la producción de los servicios que brindan los Centros de Diagnóstico por Imágenes (DxI) y en Laboratorios de Análisis Clínicos (LAC). Dicha tarea se logra a partir de los insumos trazadores que componen la canasta para ambos índices de costos de producción.

Este resultado estuvo explicado por distintos factores internos y externos al sector sanitario. Entre aquellos internos se encuentran, en primer lugar, las variaciones en los costos salariales del sector sanitario, que desde 2010 se concretan en forma escalonada en tres momentos del año (agosto, diciembre y febrero).

### Los costos en 2012

En segundo lugar, el rubro “insumos generales” (descartables, reactivos, etc.), presentó un comportamiento dispar entre dichos índices. En LAC la suba registrada fue de un 29% en promedio, con una variación entre 8 y 89% entre los insumos trazadores que integran el rubro. En DxI el comportamiento interno fue más estable, con una variación promedio del 17%, oscilando entre el 12 y 23% en sus diferentes insumos.

El comportamiento de los índices en el año 2012 cerró con una variación interanual del 21% para LAC y un 23% para DxI. Lo que representó un menor crecimiento en relación a lo sucedido en diciembre 2011 (32% aproximadamente en ambos índices).

Tabla 1. Índices de Costos de Producción (2009-2012)

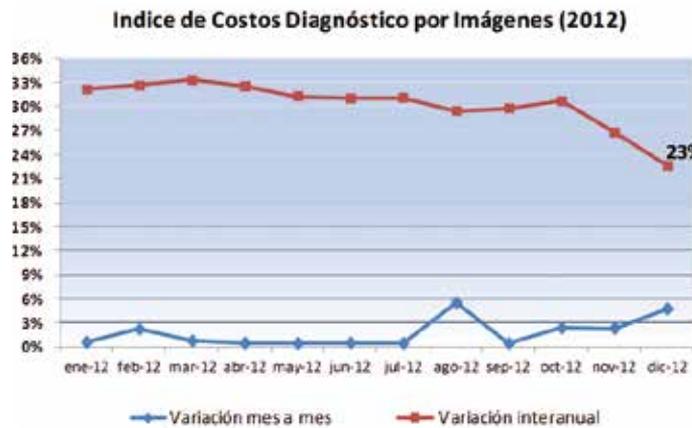
PERÍODO	VARIACIÓN INTERNANUAL	
	LAC	DxI
Dic-2009	12%	23%
Dic-2010	20%	31%
Dic-2011	32%	33%
Dic-2012	21%	23%



Fuente: Índices de costos de Producción – CA.DI.ME.



Por otra parte entre los factores exógenos que afectaron la evolución de los índices se encuentra, principalmente, el rubro “costos administrativos y financieros” con una variación de la tasa de interés a 90 días en pesos de casi un 29% en el período 2012.



Luego, el rubro “otros costos”, que incluye el costo de alquileres comerciales, se ubicó como otra de las principales causas que explican la variación de los índices, con aumento del 16% anual.

Y por último, se puede mencionar la cotización del dólar estadounidense en relación con el peso argentino, que se constituye como el costo de financiamiento del capital invertido, que creció en un 14,3% en todo el 2012, duplicando lo observado un año atrás.

**¿Como se presenta el 2013?**

El desempeño observado para los cinco primeros meses del año 2013 indica una variación en forma similar al cierre del 2012, con una variación interanual (may-2013 vs. may- 2012) del 24,5% para LAC y 22% para Dxl.

En este período las principales variaciones se presentaron en los rubros *insumos generales* (11 a 20% en LAC y 5 a 28% en Dxl). Seguidas de un aumento en el rubro “*otros costos*” de un 9% por el aumento de los *alquileres comerciales* y en tercer lugar el aumento de *la financiación de equipamiento* atado a la cotización del dólar, que en su carrera ascendente aumentó un 7,4%. También se produjo el tercer y último aumento salarial de las paritarias del año pasado pero con una menor incidencia en esta primera etapa del año.

De continuar esta tendencia en los rubros mencionados para 2013 y ante las próximas negociaciones paritarias del sector, es posible aventurar que, para lo que resta del año, se observará una variación en los costos de producción similar a la ocurrido en 2012.



# COMUNIDAD CA.DI.ME.

PARTICIPE A TRAVÉS DE NUESTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y  
ENCUENTRE LA INFORMACIÓN MÁS RELEVANTE DEL SECTOR.



## REVISTA CA.DI.ME.

INFORMACIÓN ACTUALIZADA DEL ACONTECER SECTORIAL

Nace en el año 1981.

10.000 ejemplares auditados por IVC.

Distribución gratuita en el sector de la salud.



## DIAGNÓSTICO & DEBATE TV

REFLEXIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS ASPECTOS ESENCIALES DEL  
SISTEMA DE SALUD

TV por cable, en el canal Metro (13 de Cablevisión)  
los Viernes a las 13:00 hs.



## PORTAL CA.DI.ME.

CONTENIDOS EXCLUSIVOS Y SERVICIOS  
[www.cadime.com.ar](http://www.cadime.com.ar)

Noticias, Documentos, Informes, Asesoramiento.

[www.facebook.com/cadime.salud](http://www.facebook.com/cadime.salud)



[www.twitter.com/cadimesalud](http://www.twitter.com/cadimesalud)



## SOLICITUD DE INGRESO SOCIO



Lugar y Fecha:.....

Señor Presidente:

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

.....  
Firma

.....  
Aclaración y Cargo

Nombre de la Entidad:.....

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

Otras  
(Especificar).....

Dirección:.....C.P.N..... Localidad:.....

Provincia: ..... Tel.: ..... Fax:.....

EMAIL:.....

Código de Especialidades principales que atiende:   

(ver cuadro reverso)   

Otras Especialidades:.....

Representante Titular:.....

Documento de identidad: .....

Representante alterno o Suplente: .....

Documento de Identidad:.....

CUIT:.....

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



## ESPECIALIDADES

- |                               |                                 |                              |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 01- Laboratorio               | 21- Urología                    | 41- Endoscopia               |
| 02- Laboratorio Especializado | 22- Nefrología                  | 42- Electrocardiograma       |
| 03- Rayos X                   | 23- Otorrinolaringología        | 43- Hematología              |
| 04- Ecografía                 | 24- Flebología                  | 44- Geriatría Rehab.         |
| 05- Tomografía Computada      | 25- Dermatología                | 45- Foniatria-Audiología     |
| 06- Terapia Radiante          | 26- Estética                    | 46- Kinesiología             |
| 07- Medicina Nuclear          | 27- Nutrición                   | 47- Fisiatría                |
| 08- Oftalmología              | 28- Odontología                 | 48- Traslado de Pacientes    |
| 09- Anatomía Patológica       | 29- Banco de Sangre             | 49- Diagnóstico por Imágenes |
| 10- Cardiología               | 30- Hemodinamia                 | 50- Hemofilia                |
| 11- Neumonología              | 31- Psicología                  | 51- Andrología               |
| 12- Resonancia Magnética      | 32- Reumatología                | 52- Consultorios Externos    |
| 13- Traumatología-Ortopedia   | 33- Atención Médica a Domicilio | 53- Potenciales evocados     |
| 14- Ginecología-Obstetricia   | 34- Pediatría                   | 54- Densitometría Ósea       |
| 15- Gastroenterología         | 35- Cirugía                     | 55- Infectología             |
| 16- Neurología                | 36- Genética Médica             | 56- Epilepsia                |
| 17- Medicina Laboral          | 37- Oncología                   | 57- Esclerosis Múltiple      |
| 18- Emergencias               | 38- Endocrinología              | 58- Homeopatía               |
| 19- Clínica Médica            | 39- Mamografía                  | 59- Rehabilitación           |
| 20- Alergia                   | 40- Hemodiálisis                | 60- Enfermería               |
|                               |                                 | 61- Podología                |
|                               |                                 | 62- Vacunatorio              |

RECORDAR REMITIR CON ESTA SOLICITUD COPIA DE ESTATUTO SOCIAL SI CORRESPONDE, CUIT DE LA ENTIDAD, FORMULARIO 931 (AFIP) Y ACTA DE ORGANO COMPETENTE DESIGNANDO REPRESENTANTES ANTE CA.DI.ME.

**Una vez completa la presente Solicitud deberá ser enviada por fax al 4121-7100 y este original por correo postal a CADIME, a fin de iniciar los trámites de afiliación.**

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



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 de la medicina prepaga:** Para garantizar equidad, accesibilidad al sistema y asegurar la protección del beneficiario y la de los prestadores que brinda 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 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, asóciase a CADIME y haga valer su derecho a desarrollar su actividad empresarial amparado por la Institución que defiende sus intereses.**

# COMPROMISO GREMIAL Y ESTRATEGIA INSTITUCIONAL EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO

## Servicios y Productos Corporativos de CADIME

### BENEFICIOS PARA PRESTADORES

#### :: Asesoramiento integral al prestador

Asesoramiento laboral específico del Convenio Colectivo 108/75. Consultoría financiera. Informes comerciales en salud. Unidad de contralor de la intermediación en salud. Inscripción simplificada al Registro Nacional de Bases de Datos.

#### :: Consultoría Financiera

Asistencia financiera primaria para la solicitud de financiamiento; Evaluación primaria y asistencia para el armado de una carpeta de crédito y Orientación sobre tipologías de productos financieros.

#### :: 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.

#### :: Higiene y Seguridad Laboral

Programa de prevención para las empresas de diagnóstico y tratamiento médico ambulatorio.

#### :: Servicio de asesoramiento y consultoría en comercio exterior

CADIME ha puesto en funcionamiento un Servicio de Asesoramiento y Consultoría sin cargo para sus socios en asuntos de comercio exterior.

#### :: Formación y capacitación en Recursos Humanos de salud

E-learning CADIME – UTN para formar expertos en seguridad laboral de empresas de salud. Toda la información sobre cursos y eventos referidos al sector.

#### :: Instituto Federal de la Salud

CADIME, 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.

#### :: Financiamiento mediante descuento de cheques

Acuerdo con La Bolsa de Comercio de Bahía Blanca.

#### :: Unidad de Contralor de la intermediación salud

Se debe aplicar la normativa vigente para evitar los continuos perjuicios de que son víctimas los prestadores y su impacto en el financiamiento del sistema de salud

#### :: Registración del impuesto de sellos.

Acuerdo con Bolsa de Comercio de Bahía Blanca.

#### :: Digitalización del diagnóstico por imágenes

Importantes descuentos a prestadores para adquirir tecnología de primer nivel y optimizar tiempos y costos en los procesos de diagnóstico.

#### :: ¿QUIEN ES QUIEN?

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

#### :: Acreditación de calidad

Toda la información y asesoramiento que el prestador necesita para actualizar su gestión a modernos estándares. Programa de acreditación CADIME- ITAES.

#### :: Cobertura asegurativa y de prevención

Reduzca sus costos laborales. Acceda a importantes descuentos y asesoramiento especializado en coberturas de seguros específicos para el sector.

### PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS

#### :: Revista CADIME

Toda la información importante del sector, actualizada y comentada por expertos.

#### :: Nomencladores Arancelarios de prácticas de diagnóstico médico

Desarrollados por CADIME, son un aporte concreto al debate arancelario y al acuerdo multisectorial que se promueve.

#### :: Auspicio del programa Diagnóstico & Debate TV

Con el auspicio exclusivo de CADIME, este programa de TV realiza la difusión de los temas de actualidad, concientización de las necesidades y los logros del sector salud.

#### :: Análisis y tendencias

Informes actualizados sobre la economía de la salud, con múltiples artículos de interés sobre cadena de valor, estudios de impactos de aumentos de aranceles y enfoques estratégicos para el sistema de salud, entre otros.

