

Entrevista: Marcelo García Dieguez - Centro de Estudios en Educación de Profesionales de la Salud (CEEPs) de la Universidad Nacional del Sur

Jornada sobre Salud Digital en FEMECON

“No tenemos el médico que necesitamos en el lugar que necesitamos”

En diálogo con Femecon Informa, García Dieguez detalla la situación actual de los médicos en nuestro país. La necesidad de revisar la carrera hospitalaria, el modelo de graduación y residencias en salud y la importancia de la integración de los subsectores.

Págs. 6 y 7



Sistemas de salud y nuevas tecnologías



La Calidad en Salud como argumento integrador

En el marco del Simposio de Calidad enfocado en Atención Primaria de la Salud, referentes extranjeros y nacionales disertaron sobre la construcción de un primer nivel de atención. Seguridad en medicamentos, enfoque sistémico y el factor humano.

Pág. 5

Cómo impacta la transformación digital en salud en la atención médica. Revolución 4.0 y las herramientas para mejorar la gestión.

Págs. 3 y 4



FEMECON INFORMA

Director

Dr. Roberto Scarsi

Jefe de Redacción

Dr. Abelardo Di Ludovico

Redacción General

María José Ralli

Redactora

Camila Balbín

Diseño Gráfico

Verónica Spitznagel

Informamos a los colegas
nuestra página de internet
y dirección de e-mail:

www.femecon.com

secretaria@femecon.org.ar

para publicar en Femecon informa:
femeconinforma@femecon.org.ar

Consejo Directivo / FEMECON

Presidente: Dr. Roberto Scarsi

Vicepresidente: Dr. René Vidal

Secretario General: Dr. Edmundo Filippo

Pro Secretario: Dr. Carlos Grebín

Tesorero: Dr. Marcelo Maucci

Pro Tesorero: Dr. Alberto Gómez

Secretaria Gremial: Dra. Marta Franco

Secretario de Actas: Dr. Julio Panini

Vocal 1: Dr. Adrian Balbín

Vocal 2: Dr. Augusto Fulgenzi

Vocal 3: Dra. Rosario Vidal Próspero

Vocal 4: Dr. Silvio Temnik

Vocal 5: Dr. Anibal Funes

Vocal 6: Dr. Celso Lazo Amaya

Vocal 7: Dr. Walter Zaldúa

Comisión Revisora de Cuentas

Miembros Titulares

1. Dr. Abelardo Di Ludovico

2. Dr. Héctor Sainz

Miembros Suplentes

1. Dr. Roberto Gadea

2. Dr. Claudio Berra

Tribunal de Honor

Miembros Titulares

1. Dra. Clara Glas

2. Dr. Pedro Deambrogio

3. Dr. Omar Medano

Miembros Suplentes

1. Dr. Enrique Quiroga

2. Dr. Daniel Koffman

Editorial

2

Sigamos el ejemplo

Pasó diciembre y el año terminó de un modo especial. Con gran alegría tras haber ganado el campeonato mundial de fútbol, la mayor parte de la comunidad mostró una postal de unidad, se lanzó a las calles embanderada en los mismos colores y por unas horas, todo pareció posible.

El trabajo de la Selección nacional en la cancha y fuera de ella, de algún modo traspasó los márgenes de una competencia deportiva y demostró que trabajar arduamente por un mismo objetivo, todos juntos y en forma perseverante, tiene su recompensa.

De pronto valores como solidaridad, constancia, amor, responsabilidad, trabajo en equipo, honestidad y sacrificio, se enaltecieron y a todos nos gusta mirarnos en ese espejo. Porque podemos creer que somos artífices de nuestro propio destino.

Este año que se inicia, tenemos la posibilidad de mirar de nuevo el horizonte. Podemos tomar el ejemplo que nos dejó la Selección, rescatar los valores que los llevó a la gloria, exigir a nuestra dirigencia que esté a la altura del desafío y sumarnos todos a este camino de unidad y convicción, para sacar el país adelante.

ENTIDADES INTEGRANTES



Sistemas de salud y nuevas tecnologías

Cómo impacta la transformación digital en salud en la atención médica. Revolución 4.0 y las herramientas para mejorar la gestión.

Organizada por FEMECON se llevó a cabo la Jornada “Transformación digital en salud: el impacto de la incorporación de las nuevas tecnologías sobre los sistemas de salud”, a cargo de Luis Servino, presidente del Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social.

Del encuentro participaron dirigentes de las entidades que componen la Federación Médica del Conurbano, personal jerárquico y representantes del sector.

“La implementación de sistemas, la intervención del mundo de las comunicaciones y la informática en nuestro quehacer cotidiano potencia el crecimiento” sostuvo el presidente de FEMECON Roberto Scarsi, y resaltó el encuentro como una oportunidad para compartir herramientas para contribuir a que los dirigentes médicos “puedan adoptar mecanismos que el mundo impone, en este contexto de globalización y modernidad que marca el tiempo y el ritmo”.

“A quienes nos toca gestionar servicios, los elementos de gestión para el financiamiento se fueron incorporando y multiplicando, por eso es importante sumar instrumentos para la gestión de la práctica médica, desde la más elemental, adoptando los nuevos formatos, que pandemia de por medio, se potenciaron”, sostuvo. Y agregó: “Hay un nuevo paradigma si hablamos de

Salud Digital, tenemos que adoptar las herramientas en beneficio de nuestro propio trabajo”.

Revolución 4.0

“Estamos transitando la Revolución 4.0, la cuarta Revolución Industrial, donde las nuevas tecnologías potencian todos los resultados” sintetizó Luis Servino y se refirió a la “aparición de la robótica, la inteligencia artificial, las tecnologías cognitivas, la nanotecnología y el internet de las cosas” como una revolución “que no ocurre en poco tiempo y tarda años en taparnos esta ola”. Servino subrayó la importancia de adoptar herramientas para la gestión y la relevancia de los datos “para la toma de decisiones” en todos los ámbitos, desde las obras sociales hasta los organismos públicos de gobierno.

En relación a la Telemedicina, el especialista dijo que se trata de “una herramienta que hay que saber usar para lo que corresponde”. Servino advirtió que así como la Telemedicina “aporta soluciones, también suma muchos interrogantes” como la deshumanización de la atención médica, la reglamentación del ejercicio profesional, la seguridad de la información obtenida en la consulta, la precarización del trabajo profesional y la aparición de conflic-



De izq. a der. Jorge Coronel, Luis Scervino y Roberto Scarsi.

tos gremiales.

En el caso de la Historia Clínica digital, señaló que es imprescindible “resolver el tema de la ciberseguridad para que la gente tenga acceso donde quiera que esté y la necesite”. “Si bien estas tecnologías implican mayor costo, sin duda vamos a ganar en calidad de la atención y en un mejor gerenciamento”, añadió.

En cuanto a las nuevas tecnologías, Luis Scervino sostuvo que “cada vez invertimos más pero no se modifica mucho la expect-

“Hay un nuevo paradigma de Salud Digital; tenemos que adoptar mecanismos que imponen la globalización y la modernidad, como son los instrumentos para la gestión”.
Roberto Scarsi.

“La consulta presencial genera empatía y confianza; la Telemedicina facilita el acceso pero despersionaliza la atención”. Jorge Coronel.

tativa de vida. Sin embargo, hay un gran impacto en el gasto de los recursos con un alto grado de ineficiencia” e insistió: “No nos podemos quedar afuera de las nuevas tecnologías, pero hay que darles el valor que tienen dentro del marco de salud. El eje es el médico y el paciente en el consultorio”.

Tecnología y trabajo médico

Jorge Coronel, presidente de COMRA analizó el impacto de la salud digital en el gremio médico y explicó: “tenemos un código de ética, si bien fue hecho hace muchos años, se volvió a actualizar e incluye un apartado sobre atención del paciente a través de instrumentos como la Telemedicina”. Y advirtió que desde la Asociación Médica Mundial sostienen que la consulta debe ser presencial y que la relación médico-paciente “tiene que ser un patrimonio intangible de la atención médica”. “La consulta presencial genera empatía y confianza. La Telemedicina facilita el acceso pero despersionaliza la atención”, resumió Coronel y sostuvo: “tendremos que actualizar el código para congeñar la atención y hasta dónde tiene que llegar este tipo de teleconsulta, que es donde se genera el conflicto” al tiempo que señaló que “siempre la primera consulta tiene



que ser presencial, para conocer al paciente y las limitaciones que tenemos nosotros como profesionales para realizar este tipo de atención”.

Jorge Iapichino, tesorero de COMRA agregó que “la Teleconsulta es un instrumento, pero no se puede reemplazar la consulta presencial. Los médicos abusamos de estas herramientas, pero algo que puede ser útil, que permite salvar las distancias, no se puede aplicar en todos los casos”.

A la hora del intercambio, los presentes coincidieron en que durante la pandemia, la telemedicina “ayudó y mucho” a las consultas, sin embargo, si no está gestionada

como corresponde, puede dar lugar a la litigiosidad. “Hay que reglamentar a nivel nacional porque uno de los aspectos que disparó la litigiosidad fue la despersionalización del acto médico” insistió Iapichino y llamó a “tratar de que la tecnología a través de la Telemedicina, colabore con la personalización del acto médico”.

También hubo coincidencia en la necesidad de valorar el trabajo médico y profesional “poniendo a las tecnologías en el lugar que les corresponde” y los presentes destacaron que el objetivo es “trabajar en la atención médica, la buena formación de los profesionales y en el cobro de dignos honorarios”.



“Estamos transitando la Revolución 4.0, la cuarta Revolución Industrial, donde las nuevas tecnologías potencian todos los resultados”. Luis Scervino.

La Calidad en Salud como argumento integrador

El pasado 2 de diciembre se celebró el primer Simposio de Calidad enfocado en Atención Primaria de la Salud organizado por el Área de Calidad de Atención y Seguridad del Paciente de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Referentes extranjeros y nacionales disertaron sobre la construcción de un primer nivel de atención y se ofrecieron talleres relacionados con seguridad en medicamentos, enfoque sistémico y factores humanos, entre otros.

La Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica -CIDCAM- estuvo presente y Pablo Binaghi y Carlos Peruzzetto, presidente y secretario respectivamente de la entidad, abordaron el tema “La Autoevaluación y Certificación de Procesos como herramientas integradoras del Sistema de Salud”. Los directivos hicieron un repaso por la caja de herramientas con las que cuenta la CIDCAM desde hace 20 años para trabajar Calidad con las organizaciones bajo programa, como el manual de Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad (APEC) y la Certificación de Procesos.

Si bien en Calidad es mucho lo que se avanzó en estas dos décadas, subrayaron que “aún hoy hay escasa adherencia” y plantearon el interrogante de “cómo seguir”.

Según la OMS, una acción tiene Calidad cuando cuenta con alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos disponibles, mínimo riesgo y alto grado de

satisfacción del paciente y un impacto final en la salud, tanto para el paciente como en la comunidad. Hoy, cuando la Calidad es un tema que está en agenda, se habla de Sistemas Integrados de Salud con la Calidad como argumento clave integrador. “La Calidad en Salud es, a nuestro juicio, el argumento integrador por excelencia, que supera toda parcialidad, para el logro de un Sistema de Salud equitativo, eficiente y seguro”, siempre y cuando, dijo Binaghi, “es abordada mediante una gestión conjunta y consensuada, sumando los esfuerzos y experiencias de todos los sectores que lo conforman, ya sea estatales o privados”.

Visión macro de la calidad

También disertó Javier Vilosio, director de CADIME, sobre una visión macro de la calidad en el Sistema de Atención Primaria. “Cuando hablamos de calidad hablamos de servicios adecuados, para obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo, con el componente fundamental de la satisfacción del paciente y su familia”, aseguró. “Cuando evaluamos servicios de salud lo realizamos en función de las necesidades de la población, al acceso, a las variaciones en la práctica médica, al análisis de efectividad, eficacia y seguridad y a la idoneidad y aceptabilidad de las intervenciones sanitarias” indicó el experto y destacó que este análisis acerca de la estructura, los procesos y resultados debe necesariamente aplicarse a la gestión y planifi-



cación de los servicios de salud a diferentes niveles.

Integración del sistema de salud

A su vez, Juan Martín Etcheverry y Diego Torino de COSAPRO -Consejo de Salud Provincial- expusieron sobre la interacción en el sistema de salud y destacaron la importancia de avanzar en ese camino. “Tenemos un sistema con muchas fortalezas que no estamos aprovechando”, precisaron. El COSAPRO une a los 135 municipios de la Provincia de Buenos Aires, a través de sus Secretarios de Salud, con el IOMA y el Ministerio de Salud provincial y “se encuentra trabajando en pos de ayudar a mejorar la calidad en todos los procesos de trabajo, sobre todo en la estrategia de la Atención Primaria de Salud”, indi-

có Etcheverry. Al tiempo que aseguró que un rol central del Consejo es la formación de las personas que trabajan en el campo de la salud: “pudimos integrar a partir del proceso de capacitación y esto fue el primer paso para construir una agenda post pandemia con el compromiso de los municipios para priorizar y avanzar”. A su vez, mencionaron la Carta por un Sistema de Salud Integrado y Fortalecido donde 110 municipios acordaron un texto que apuesta hacia la integración y plantea la necesidad de trabajar en la mejora del sistema de salud. “Queremos abrir la discusión a las organizaciones de salud en el territorio de la Provincia de Buenos Aires para que cada uno de los pasos que demos esté sostenido por una concreta participación”, afirmaron.

Entrevista: Marcelo García Dieguez - Centro de Estudios en Educación de Profesionales de la Salud (CEEPPrS) de la Universidad Nacional del Sur

“No tenemos el médico que necesitamos en el lugar que necesitamos”

En diálogo con Femecon Informa, Marcelo García Dieguez detalla la situación actual de los médicos en nuestro país. La necesidad de revisar la carrera hospitalaria, el modelo de graduación y residencias en salud y la importancia de la integración de los subsectores.



“Tenemos que empezar a revisar las carreras hospitalarias pensando en modelos de trabajo con horarios más extendidos para reducir el pluriempleo. En Argentina cuando hablamos de multiempleo, estamos por encima de tres empleos por médico”.

¿Cuál es la situación de los médicos en nuestro país?

Argentina tiene cerca de cien mil médicos y se gradúan alrededor de cinco mil por año. Uno creería que con la cantidad de médicos que hay en el país tendríamos una cobertura en general bastante razonable. Sin embargo, esto es desde una mirada simplista de la situación, porque cuando empezamos a analizar lo primero que se observa es que la distribución geográfica y de especialidades de los médicos no necesariamente cubre todas las necesidades que tenemos. Es decir, no tenemos el médico que necesitamos en el lugar que necesitamos. Hay algunas especialidades que están con muchos problemas, con migración de la especialidad, porque no hay satisfacción de los profesionales, como por ejemplo, pediatría, medicina general y cuidados críticos. Además, cuando miramos la distribución de las distintas especialidades en las provincias, encontramos una muy buena cobertura en Ciudad Autónoma de Buenos Aires pero esto no se da igual en todas las provincias.

En este contexto, ¿Es posible lograr una distribución de los profesionales?

La distribución de los profesionales es difícil de lograr, por ejemplo, a un profesional que hace 20 años trabaja en la misma especialidad decirle que tiene que cambiar es imposible. La medicina es una profesión liberal y nosotros podemos tratar de poner el faro para que vayan a determinado lugar, pero la elección es del profesional. La redistribución de los profesionales necesita de una política activa que tiene efectividad parcialmente. Si tomamos medicina familiar, por ejemplo, tenemos un déficit de cerca de 1500 médicos para poder brindar una cobertura territorial aceptable. Si empiezo a brindar incentivos y capacito a médicos de familia, de esa forma quizás haya algunos profesionales que se vuelquen a la especialidad. Sin embargo, seguramente no sean todos los que necesitamos. Por otro lado, en términos de la formación uno podría pensar que es cuestión de esperar porque si hay graduados que pueden cubrir las residencias en algún mo-

mento se va a acomodar, pero tampoco es posible porque en Argentina el título es habilitante con lo cual cuando se gradúan pueden ejercer sin hacer residencia. De esta manera, nos están quedando el 30% de las residencias sin cubrir.

En su opinión, ¿Por qué no se cubren todos los cupos de residencias?

Tenemos un número de oferta de residencias que supera el número de graduados. Por lo cual, sería sencillo que todos nuestros graduados hicieran residencia y si uno manejara los cupos de residencia podría direccionar el recurso humano a lo que uno necesita. Hay diferentes factores por los cuales no se cubren los cupos. Si uno mira la oferta de la residencia, si bien hay una tendencia a promover especialidades que se encuentran en situación crítica, la realidad es que todavía el peso del resto de las especialidades sigue siendo importante. Por ejemplo, en países como España, Canadá e Inglaterra cerca del 30%



de los cargos de residencia se destina a la medicina familiar o general, mientras que en Argentina no llegan al 20%. Es decir, si bien hay mucha oferta de cargos de medicina general, todavía estamos por debajo de lo necesario. El segundo problema es que como no es obligatorio, nosotros aumentamos los cargos en estas especialidades pero no conseguimos más profesionales. A su vez, los estímulos para tomar determinadas especialidades en algunas áreas existen pero son insuficientes. Se puede estimular a un profesional ofreciéndole un mejor salario si hace la residencia en un lugar alejado o si la hace en una especialidad priorizada, pero es muy difícil si cuando termina la residencia su trabajo no tiene el mismo tipo de estímulo o no tiene un futuro garantizado. Otro factor es el salario, por qué un profesional elegiría una especialidad para ingresar al sistema público por un ingreso que va a ser treinta veces menor al que tendría si hace otra especialidad. En la medida en que nosotros no ordenemos cambios en el sistema de salud donde los sectores públicos y privados estén

más vinculados en términos de ingreso, debemos proteger algunas especialidades como la pediatría, la medicina general y familiar y los cuidados críticos no sólo en términos económicos sino en la modalidad de trabajo.

¿Por qué hay regiones donde faltan médicos?

El 60% de los profesionales cuando termina de formarse quiere trabajar en el lugar en que se formó, ya sea en la facultad o la residencia. La mayor parte de las universidades que forman médicos se encuentran en la Ciudad de Buenos Aires y en el conurbano. Al igual que las residencias que en su mayoría se encuentran en CABA y en la provincia de Buenos Aires. Entonces cuando terminan de formarse es muy difícil que quieran irse a otro lugar, lo más probable es que se queden donde hicieron la residencia porque es seguro que la oferta laboral más rápida les llegue ahí. Con lo cual, cuando uno pretende que los profesionales vayan a trabajar a lugares más alejados además de ofrecer un buen salario se debe ofrecer formación y de-

“En Argentina el título es habilitante, con lo cual cuando los médicos se gradúan pueden ejercer sin hacer residencia. De esta manera, nos están quedando el 30% de las residencias sin cubrir”.

sarrollo profesional continuo con una red de contención.

¿Hay soluciones posibles?

En el corto plazo, tenemos que empezar a revisar las carreras hospitalarias pensando en modelos de trabajo con horarios más extendidos para reducir el pluriempleo. En Argentina cuando hablamos de multiempleo estamos por encima de tres empleos por médico. Podemos comenzar a trabajar en la articulación de subsectores en aspectos que tienen que ver con la atención primaria. A su vez, debemos buscar una forma de matrícula atenuada para nuestros graduados, que empuje a realizar la residencia y revisar la cantidad de cupos de residencia y cómo los distribuimos. Además, hay que plantear estímulos económicos donde corresponda, tal vez en lugar de seguir creando más cupos que no se completan tomar esos recursos para distribuirlos hacia donde se necesitan. Por último, hay que pensar mucho más allá de poner dinero, hay que cambiar la expectativa de la gente.

¿Qué impacto cree que tendrá la creación de la comisión interministerial de Salud y Educación que busca fortalecer la calidad de formación de los equipos de salud?

Me parece que es clave. En el nivel universitario la discusión debe darse a nivel nacional, el mundo de la educación y sobre todo el mundo de la formación en salud tienen que arrimarse. Nuestra residencia debe estar vinculada con la universidad como formación de posgrado. Trabajar articuladamente es una buena iniciativa para acercar esos dos mundos: el de la salud porque sabe lo que necesita, qué tipo y cuántos profesionales necesita, y el de educación porque sabe de las cuestiones que tienen que ver con cómo adquirir las competencias de forma adecuada.

Organizada por el Grupo PAIS -Pacto Argentino por la Inclusión en Salud- se llevaron a cabo en el Círculo de Legisladores de la Nación las II Jornadas de Salud Pública. En el acto de apertura, su presidente Carlos Vassallo Sella, señaló que la entidad asumió un compromiso “con la Argentina y con las personas por las cuales trabajamos representando a los excluidos en salud que muchas veces no tienen voz”, al tiempo que sostuvo que “al pensar la cobertura efectiva y de calidad en el país verificamos que en realidad estamos frente a una completa inequidad y desigualdad con un grave problema de fragmentación”.



De izq. a der.: Adolfo Rubinstein, Carlos Vassallo y Nicolás Kreplak

Más tarde disertaron Evangelina Martich, de la Universidad Carlos III de Madrid, y Daniel López Acuña, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, quienes brindaron su visión sobre los sistemas sanitarios de la región después de la pandemia de covid-19. Entre las lecciones aprendidas mencionó que “el estado tuvo un rol fundamental a la hora de responder y en lo que respecta a la salud se ha ido respondiendo a la crisis pero siempre fuimos atrás del virus” y dijo: “sería importante ante futuras emergencias sanitarias, anticiparnos y no ir detrás del problema”. En lo que respecta a los desafíos enumeró la necesidad de un fortalecimiento de la atención primaria, el avance hacia la calidad en la atención hacia un acceso equitativo a los servicios y repensar sobre los recursos humanos en salud. López Acuña añadió que “la pandemia ha dejado mu-

chas enseñanzas pero no siempre hemos tenido la capacidad de incorporarlas a la toma de decisiones y a la adopción de medidas con la suficiente rapidez” y destacó la importancia de extraer aquellas lecciones que permitan una mejor capacidad de actuación.

Contrapunto

El cierre de la jornada fue el “Debate político para los temas de las propuestas sanitarias para elección presidencial 2023” y contó con la disertación del exsecretario de Salud de la Nación Adolfo Rubinstein y Nicolás Kreplak, ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires . “Cuatro años de gestión son insuficientes para cualquier proceso de reforma que se pueda establecer por eso son importantes los consensos” dijo Kreplak y sostuvo

que “las reformas en políticas públicas son indispensables pero tienen que ser profundas”.

“Antes de discutir las características técnicas tenemos que discutir qué rol tiene la salud en una sociedad como la nuestra” agregó y adelantó que “tiene que ser una reforma que genere mayor derecho a la salud, un derecho que iguale, que genera mejores condiciones de vida”. Kreplak explicó que la discusión de la reforma tiene tres ejes: la gobernanza -la función rectora y la capacidad de construir gobierno en salud con capacidad de toma de decisiones-, el sistema de información y los sistemas de atención.

“El Estado tiene que tener más capacidad de gobierno, tiene que haber mesas de

trabajo, consenso y análisis” dijo y advirtió que es necesario invertir en digitalización y sistemas de información sanitaria y garantizar a la vez la seguridad y el uso de la información. Además, sostuvo que la reforma hospitalaria en la provincia debe hacerse con hospitales de cuidados progresivos. “Hoy son pocos eficientes con lógica medicalista dentro de la internación y no tenemos centralizada la atención de los servicios con cuidados progresivos” sostuvo.

Por su parte, Adolfo Rubinstein dijo que “es complejo manejar políticas sanitarias a nivel integral, los instrumentos del ministerio de Salud nacional son limitados y es un problema que hay que abordar” y reflexionó que “el rol de rectoría tiene que ser mucho más protagónico para poder articular políticas nacionales”.

“En Juntos por el Cambio estamos trabajando para definir cuáles van a ser los ejes programáticos y estratégicos de la reforma”, adelantó y detalló que el primero es la salud universal, “la cobertura universal efectiva”. “La atención no es la misma según el territorio donde uno vive y se desarrolla y la estrategia tiene que acortar desigualdades” dijo.

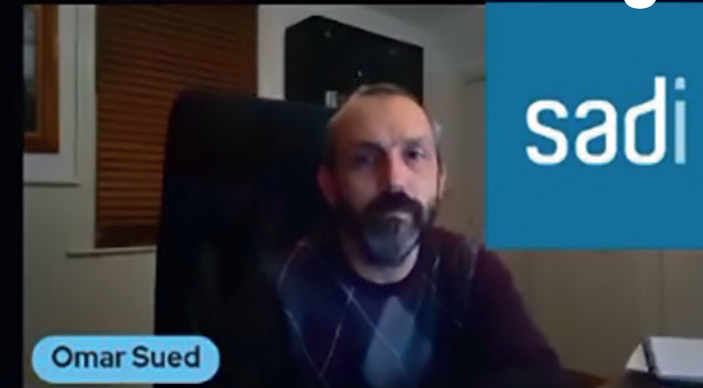
Rubinstein también advirtió que la planificación de su espacio político incluye una estrategia de salud familiar con proyectos provinciales escalables, la transformación digital y una política de medicamentos y nuevas tecnologías.

VIH: la importancia de la prevención

Según el último Boletín sobre el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del Ministerio de Salud de la Nación, se estima que en Argentina son más de 140 mil las personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). A su vez, se informa que el 13% de las personas que viven con VIH no lo sabe, mientras que el 30% de los pacientes que acceden a un diagnóstico lo hace de manera tardía. Por ello, la Sociedad Internacional de SIDA (IAS) en conjunto con la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) buscan informar sobre la prevalencia de esta enfermedad con el objetivo de aumentar la disponibilidad de los servicios para el tratamiento, las pruebas y la prevención del VIH.

Desde la IAS, Omar Sued aseguró que los países de la región deben concentrar sus esfuerzos en eliminar las barreras de acceso a las pruebas de VIH, enfocarse en los facilitadores como son las ONG y las asociaciones civiles y establecer los paquetes de intervención recomendados para cada una de las poblaciones clave. A su vez, precisó “si tenemos un horizonte claro para multiplicar la cantidad de pruebas vamos a reducir nuestra tasas de diagnóstico tardío, realizar tratamientos oportunos y bajar la carga viral comunitaria” y agregó: “si además protegemos a los más expuestos con la PrEP (profilaxis preexposición) vamos a reducir la exposición, el riesgo y las nuevas infecciones”. Sued aseguró que “si uno se dedica a la medicina, en cualquier centro de salud, debe saber informar dónde ir para que el paciente pueda acceder a una atención oportuna en lo que respecta al VIH”.

Por su parte, María Marta Greco, representando a la SADI, indicó que “la respuesta debe ser integral” y dijo que “el



estigma y la discriminación siguen siendo una barrera para el acceso a los servicios de salud”. Al tiempo que destacó al testeo como un hito clave y fundamental que “le permite a las personas acceder a la medicina y a los servicios de prevención” e indicó: “hay que ampliar los programas de PrEP porque es una herramienta que ha demostrado su eficacia y apenas está comenzando a expandirse en la región”.

El estigma asociado al VIH

Romina Mauas, miembro de la Comisión de SIDA e ITS de la SADI, indicó que las estrategias de prevención del VIH están interrelacionadas con el estigma y la discriminación. En ese sentido, afirmó que “tanto los profesionales de la salud como las personas que viven con VIH debemos capacitarnos más

en la forma de vincularnos y en la forma de evaluar el riesgo”.

En Argentina se llevó adelante un índice de estigma en el año 2021 donde se estimó que la discriminación por el estado serológico positivo sigue siendo un hecho considerable en el país. Además, se registró que la divulgación del estado serológico es el ítem en que se observan mayores indicios de estigma y que existe un retraso en el inicio del tratamiento como consecuencia de la discriminación. En este punto, Mauas indicó que “esto es para reflexionar” e insistió en la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud. “Las intervenciones de reducción del estigma para los profesionales deben hacer más que transmitir conocimientos, deben reconocer y abordar los aspectos culturales y emocionales”, concluyó.

Calidad: medir mejora los resultados en Salud

Desde QuEST LAC, la red latinoamericana para el desarrollo de Evidencia de Calidad en Latinoamérica y el Caribe, se realizó una revisión sistemática de las medidas de calidad de la atención en la región. Se observó que las investigaciones sobre la calidad han aumentado en los últimos cinco años y ha incrementado el número de artículos que se interesan por medir la calidad en salud.

“El objetivo de la revisión era comprender cómo se mide la calidad de la atención sanitaria desde la perspectiva del paciente, comparar los instrumentos utilizados, identificar los subdominios de calidad más valorados y evaluar el interés de la región para compartir aprendizajes y perspectivas para la reforma del sistema de salud”, aseguró Laura Espinoza Pajuelo, una de las investigadoras del estudio. El análisis comenzó hace 10 años y se evaluaron artículos que han estudiado la calidad de la atención sanitaria en diferentes niveles. La mayoría de las investigaciones tomaron fuentes secundarias para recopilar los datos, el 95% de los estudios eran transversales y la mayoría se publicaron en los últimos cinco años.



En cuanto a las encuestas sobre calidad en salud en la región, la mayoría surgió en un momento del tiempo y sólo ocho están en curso de forma periódica. Un dato interesante que surgió a partir de la revisión es que “estas encuestas podrían ser aplicadas de forma periódica para continuar evaluando y comparando la calidad a lo largo del

tiempo”, dijo Espinoza Pajuelo. De esta forma, la calidad se está midiendo más, sin embargo, se mide por única vez y sólo en algunos casos se mide frecuentemente para poder realizar una comparación.

En lo que respecta a los dominios de calidad evaluados, la satisfacción es lo más co-

múnmente estudiado, seguido por la comunicación clara, el tiempo de espera, la atención basada en la evidencia y la efectividad. En general, las investigaciones miden aspectos estructurales y muy pocas miden los procesos. Como conclusión de la revisión, se sostuvo que aunque la satisfacción es una de las mediciones más populares utilizadas para evaluar calidad de los sistemas de salud, no abarca la amplia gama de aspectos que definen la atención de alta calidad. Según la investigadora, “es importante tener en cuenta las expectativas de salud porque si hay bajas expectativas en general hay una alta satisfacción en la atención”.

Los países de la región están midiendo la calidad de los sistemas de salud, sin embargo, según la red latinoamericana estas mediciones se deben realizar de forma sistemática, regular, exhaustiva y con la participación de los tomadores de decisiones para permitir la comparación de los resultados entre los diferentes años y países. Por último, se destaca la importancia del uso de la información recolectada a través de los diversos instrumentos para la promoción de políticas públicas que impacten en buenos resultados de salud.

Perspectivas sobre el Sistema de Salud argentino

Organizado por CUBRA -Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina- se llevó a cabo la charla "Sistema de Salud Argentino; Distintas Perspectivas", que contó con la participación de autoridades del Ministerio de Salud de la Nación y actores de la salud de los distintos estamentos, tanto públicos, como privados, con el objetivo de compartir perspectivas entre quienes tienen capacidad de gestión y decisión.

Uno de los invitados fue Javier Turienzo, de la Dirección de Integración de Sistemas de Salud de la cartera sanitaria nacional quien dijo: "hablamos de una construcción federal, pero cuando hablamos de integración se habla de unificación y lejos de esto, planteamos tratar de mejorar la coordinación entre los distintos subsectores del sistema sanitario". Turienzo afirmó que apuntan a "que sea una mayor integración y mejor desempeño" pero advirtió que "nos juega en contra la segmentación y fragmentación, no se hace un uso eficiente de los recursos, lo que genera inequidad en el acceso". Para el funcionario "hay inequidad por ineficiencia, entre otras cosas, por la superposición de coberturas, deficiencias en el recupero de costos, sobre todo en el subsector público, un recurso que se pierde al dar atención a subsectores de la seguridad social y empresas de medicina prepaga".

Javier Turienzo también se refirió a "las fallas del mercado de la salud" y lo calificó como "imperfecto", y detalló la inexistencia de soberanía del consumidor, la asimetría en la información, la distinción entre necesidad y demanda, la demanda inducida por el profesional, el cambio tecnológico constante que no reduce costos y los precios vinculados a la disposición de fondos.

A modo de conclusión, señaló la relevancia de la Atención Primaria de la Salud "que garantiza a las personas una atención integral de calidad lo más cerca posible de sus lugares habituales" y resaltó dos políticas públicas desti-

nadas a achicar brechas a través de herramientas informáticas: la Plataforma de Hospital Digital, que brinda la posibilidad de acceder a una consulta médica de forma virtual, disponible en los tres subsectores "que permitirá brindar acceso, calidad y equidad". Y la APP Visitar, "una plataforma de relevamiento para agentes sanitarios que permite contar con información para la toma de decisiones de políticas sanitarias".

Otro de los disertantes fue el presidente de COSSPRA, Fernando Avellaneda, quien dijo que "somos un país federal donde el derecho a la salud está garantizado en la Constitución y la pandemia mostró que nuestro sistema sanitario, con todo lo crítico que podemos ser, ha demostrado resultados finales similares a aquellos países como España o Inglaterra". Avellaneda puso en contexto el trabajo de las OSP durante los últimos años y destacó el rol de la seguridad social provincial en todo el territorio nacional por el volumen de beneficiarios y de prestadores. También se refirió al PMO y sostuvo que "debería tener fuerza de ley para obligarnos a todos a cumplir esa canasta básica de prestaciones, que no lo es tanto. "Una ley que establezca qué cobertura necesitan los argentinos", añadió.

Asimismo, habló del impacto de los medicamentos de alto precio sobre el sistema sanitario, destacó que "se lleva el 75 por ciento del costo total" y resaltó el trabajo que realiza la CONETEC que "cumple un rol de agencia aunque no lo tiene y propone herramientas para abordar esta problemática". En cuanto al gasto en discapacidad, Avellaneda remarcó que "las OSP no solo atienden la rehabilitación, sino también el transporte" y advirtió que "hay irracionalidad en el gasto".

Como conclusión, el presidente de COSSPRA insistió en el rol fundamental de cada uno de los actores que forman



Fernando Avellaneda, presidente de COSSPRA

parte del sistema de salud y, en vistas a un futuro sistema sanitario integrado dijo. "Somos federales y tendremos que trabajar en un modelo sanitario que tenga en cuenta nuestras realidades sociales, sanitarias y económicas. Pero también nuestra cultura".



La Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC) cerró el año con un encuentro donde realizó un balance del trabajo desarrollado en 2022 y presentó el Plan Estratégico para 2023.

En la CONETEC está representado todo el sistema de salud, financiadores de todos los subsistemas y asociaciones de pacientes y su función es realizar evaluaciones e informes y emitir recomendaciones a la autoridad sanitaria sobre la incorporación, formas de uso, financiamiento y políticas de cobertura de las tecnologías sanitarias.

En esas evaluaciones, recomendaciones e informes, que son públicos y de libre consulta, la comisión tiene en cuenta criterios de calidad, seguridad, efectividad, eficiencia y equidad, bajo dimensiones éticas, médicas,

económicas y sociales.

“En este contexto complicado a nivel mundial, donde los costos de las tecnologías aumentan, es fundamental contar con elementos objetivos para tomar decisiones y hacer una buena asignación de los recursos. Por eso, el trabajo que lleva adelante esta comisión, con la elaboración de documentos técnicos y recomendaciones, es de gran importancia para nosotros y nos ha permitido generar mayor equidad en el acceso en base a evidencia clara”, dijo la jefa de Gabinete del Ministerio de Salud de la Nación, Sonia Tarragona.

Por su parte, el supervisor de la CONETEC Manuel Donato, detalló los cinco puntos de trabajo en relación al balance anual que incluyeron la conformación del equipo

de trabajo, la participación en ponencias y congresos, y las capacitaciones, colaboraciones y publicaciones de la comisión concretadas en 2022 y expuso acerca del trabajo que se lleva adelante en el desarrollo del Proyecto del Plan Argentino Integral en Servicios de Salud (PAISS), una iniciativa que tiene como objetivo establecer un conjunto de beneficios en salud alineado con las prioridades sanitarias del país y que contribuirá a la mejora del acceso para toda la población.

De la jornada participaron la directora de Medicamentos Especiales y Alto Precio, Natalia Messina, y representantes de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), obras sociales nacionales (OSN), obras sociales provinciales (COSSPRA), entidades de medicina prepaga (EMP) y asociaciones de pacientes.

“Evaluación de tecnologías sanitarias” y “seguridad del paciente”, dos temas claves que avanzan en Diputados

13

Se realizó en la Cámara baja una nueva reunión informativa, con la presencia de especialistas del sistema de salud.

La Comisión de Acción Social y Salud Pública se reunió para volver a analizar estos temas que consideran claves. Esteban Lifschitz, director científico de Hiris Care valoró la creación de una entidad que realice la evaluación de tecnologías sanitarias en la Argentina. “Agencia, instituto, una administración que permita tomar mejores decisiones sobre la cobertura de las tecnologías en general”, remarcó. “Básicamente lo que permitiría una agencia es tomar mejores decisiones de cobertura. Para que todo aquello que a priori se definió que puede ser comercializado, haya una instancia posterior que determine en qué casos se justifica que esa tecnología deba ser financiada por el sistema de salud”, explicó Lifschitz y destacó que “la evaluación de tecnologías sanitarias intenta reducir la incertidumbre a la hora de tomar esas decisiones de cobertura y tratar que no se incorporen al mercado muchas tecnologías que están flojas de papeles”.

Lifschitz recordó también que la evaluación de tecnología no es económica, “sino un proceso técnico que intenta determinar si un determinado medicamento en relación con otro que ya está disponible merece ser incluido también en la cobertura”. “Lo nuevo, lamentablemente, no siempre es mejor, pero siempre es más caro” enfatizó y subrayó la importancia de poder tener una agencia que defina cuáles son las enferme-

dades prioritarias y cuáles son los resultados de salud que importan.

A continuación expuso Enio García, jefe de asesores del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, quien destacó que ya existen agencias en otros países y la existencia de una nos permitirá “ponernos a tono con los otros países de la región”.

García puso además énfasis en una reforma sanitaria, la necesidad de una integración del sistema de salud y de “la necesidad de acciones normativas que vayan ordenando esa fragmentación que tenemos en el sistema de salud. Una de esas propuestas es la organización de la carrera laboral”.

“Cuando discutimos la integración del sistema de salud, hablamos de tres puntos, gobierno, modelo de atención y cuidado y la cuestión de los sistemas de información”, sostuvo el jefe de asesores bonaerense. “Tiene que haber mesas, instancias para que se puedan tomar esas decisiones de la manera posible” dijo y agregó que “si tenemos una agencia que en primera instancia pueda plantear analizar la tecnología y la necesidad no solo de la cuestión económica, sino de cómo usamos esta tecnología, eso va a abonar en términos de calidad”.

Por su parte Hugo Magonza, director general del CEMIC, planteó que “lo que tenemos es un problema de rectoría” y precisó que “la agencia es solo una herramienta de un



plan nacional de salud. Si no tiene una rectoría, es un caos”.

Magonza ejemplificó que en los últimos tres años, el gasto en medicamentos creció un 50%. “Los números que acompañan al financiamiento en el sistema público privado de la seguridad social no acompañaron el crecimiento. Y la plata salió básicamente de los trabajadores del sistema de salud”. En cuanto a la innovación tecnológica, Magonza planteó que “todo medicamento o tratamiento innovador, al entrar al sistema, es monopólico. Tiene que haber un organismo que lidie con esta situación”.

Seguridad del paciente

La diputada Mónica Fein presentó el segundo tema puesto en discusión: el proyecto de Seguridad del Paciente, que impulsa el diputado Fabio Quetglas.

Claudio Antonio Ortiz, subsecretario de Calidad, Regulación y Fiscalización del

Ministerio de Salud de la Nación, se refirió a la necesidad de “darle marco a la seguridad del paciente”. “La seguridad de los pacientes forma parte de la calidad de la atención en la salud”, señaló y remarcó que “es una condición o valor imprescindible el trabajo en calidad y seguridad, que permite pensarlo con un enfoque sistémico al sistema de salud”. Por su parte María Teresita Ithurburu, directora nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud dijo que la seguridad de la atención no es un hecho aislado y entonces la ley no debe aparecer como una temática aislada tampoco. “Si hablamos de leyes transversales, esta temática integra a todo el sistema: el público y el privado”, señaló. Al hablar de seguridad de la atención, dijo: “consideramos que es un término abarcador, porque no solo alude a la seguridad del paciente si no a los equipos de salud”.

El CENAS firmó un convenio con CADIME



El pasado jueves 22 de diciembre, el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud -CENAS- formalizó la firma de un convenio marco de colaboración con la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico -CADIME.-

El mismo prevé la realización de actividades de capacitación y preparación para el inicio del trabajo en calidad y la seguridad del paciente, en entidades prestadoras del sector de diagnóstico y tratamiento médico de todo el país.

La reunión se llevó a cabo en la sede institucional de CADIME ubicada en la ciudad

de Buenos Aires, y estuvieron presentes el Presidente de la entidad, Guillermo Eduardo Gómez Galizia; José Héctor Laurenzio, Secretario; Hernán Alberto Grecco, Director General; y Rolando Morgensterin, miembro del Área Técnica. Por el CENAS participaron. Rubén Torres, Director de Planeamiento; Enrique Cimino, Director Ejecutivo; y Enrique Tonelli, Director de Asuntos Jurídicos.

Mediante estos acuerdos, el CENAS continúa liderando el desarrollo de estrategias de calidad específicas dirigidas a los integrantes de las distintas áreas de los equipos de salud y de la comunidad usuaria de la red de establecimientos.

CIDCAM entregó el certificado de Calidad al primer efector de salud municipal de la Pcia. de Buenos Aires

14



El Hospital Municipal Dr. Manuel B. Cabrera de la localidad de Pringles es el primer establecimiento de salud municipal de la provincia de Buenos Aires en alcanzar la certificación de Calidad, que fue otorgado por la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Atención Médica (CIDCAM) tras completar el Programa de Autoevaluación Participativa Estructurada para la calidad (APEC) y definir el Plan Estratégico para la Calidad y la Certificación de Procesos.

Pablo Binaghi, presidente de la entidad, señaló que el reconocimiento de la CIDCAM “es en representación de las múltiples organizaciones médicas de la provincia de Buenos Aires que nuclean la entidad”, entre las que se encuentran

FEMECON y destacó “el buen trabajo realizado en el armado de procesos y un plan de trabajo, de ahora en más y por mucho tiempo”. “Esta certificación fue realizada con los más altos estándares de calidad, con la conformación de un grupo humano y de trabajo mancomunado y participativo”, agregó.

El presidente y el secretario de la entidad, Pablo Binaghi y Carlos Peruzzetto, junto a la vocal Vanesa Etcheverry, viajaron especialmente a la localidad bonaerense para hacer entrega de la certificación y fueron recibidos por el secretario de Salud local Esteban Berruet, el director del Hospital Municipal Nicolás Queti y Sofía Girotti, del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.

En la revista Mayo Clinic Proceedings de julio de 2002, 9 (2) 1409-1410 se puede leer un artículo titulado “Dr. Li Wenliang denunciante y víctima temprana del COVID 19”.

Signado por los doctores David P. Steensma del Instituto Novartis de Investigaciones Bioquímicas y el Dr. Roberto A Ryle del departamento de hematología de la Clínica Mayo de Rochester (Minnesota), narra el martirologio del Dr. Li Wenliang.

Nació en el noroeste de la República Popular China (RPC) el 12/10/1986. Hijo único de trabajadores estatales, pertenecía a la minoría étnica manchú, aproximadamente 10.5 millones de personas que habitan Manchuria. Recordemos que en ese entonces las familias de la RPC tenían prohibido tener más de 1 hijo, so pena de pagar por ello.

Estudió en la escuela Universitaria de Medicina de Wuhan y una vez recibido eligió oftalmología como especialidad. Inicialmente ejerció en Xiamen y en el 2014 se incorporó al Hospital Central de Wuhan. El 30/12/2019 el Centro de Control de Enfermedades de Wuhan alarmó sobre una nueva forma de neumonía y en Beijing se identificó, el mismo día, en un lavado bronco alveolar, un coronavirus. El Dr. Li tomó conocimiento que en el diagnóstico diferencial de una radiografía de un paciente internado en su hospital se incluía el SARS como agente etiológico. Compartió con unos pocos facultativos en una “We Chat” privada esa preocupación, advirtiendo a sus amigos que pongan a salvo sus familias. Incluyó una captura de pantalla del informe de probables diagnósticos diferenciales del paciente de marras.



El 31/12/2019 el CDC de la RPC notificó a la Organización Mundial de la Salud la aparición de varios casos de una nueva enfermedad que en enero de 2020 recibió el nombre de COVID 19 cuando ya había sido notificada en otros países.

El 3 de enero de 2020 Li fue convocado por la Oficina de Seguridad Pública de Wuhan y advertido por la policía por propagar rumores y publicar falsedades. Además, fue amenazado de enjuiciamiento si persistía en esa conducta y recibió una amonestación, sanción publicada en su blog personal de la SINA Weibo microbloggin website. El día 7 de enero de 2020 revisó a un paciente que presentaba un glaucoma de ángulo agudo, comerciante del mercado local de animales terrestres y marinos, lugar de

donde provenían los primeros casos que no presentaba síntomas respiratorios en esa instancia.

Al día siguiente comenzó con hipertermia y se le diagnosticó neumonía. Por ello alojó a su familia en un hotel para evitar el contagio, hecho que no ocurrió. Afortunadamente todos ellos se recuperaron satisfactoriamente.

El Dr. Li tuvo necesidad de internarse a fines de enero confirmándose la etiología por un diagnóstico basado en el hallazgo del ADN. Se deterioró rápidamente y en los primeros días de febrero del 2020 pasó a terapia intensiva. Intubado, ventilado y finalmente tratado por su hipoxia refractaria con membrana de oxigenación extracorpórea, falleció el 7 de febrero de 2020,

a los 33 años de edad. Millones de personas seguían su evolución.

Su esposa que estaba embarazada quedó a cargo del primer hijo de ambos.

La Corte Suprema de Justicia de la RPC publicó, en los primeros días de febrero, una declaración en la que afirmaba que el Dr. Li y otros no debieron ser reprimidos por sus dichos dado que, afortunadamente, la gente debido a esos rumores comenzó a usar barbijos, tomó medidas de sanitización y evitó el mercado de animales.

Muerto Li, la revista Fortune lo nombró en un artículo titulado “25 grandes héroes de la pandemia en el mundo”. La Organización Mundial de la Salud trató su martirio en un artículo y la escritora italiana Francesca Cavallo escribió un libro para niños titulado “Dr. Li y el Coronavirus”.

La República de Djibouti editó dos estampillas con una imagen del Dr. Li sin barbijo y otra con barbijo.

El gobierno de la RPC, lo honró como mártir, uno de los más altos honores a los que puede aspirar un ciudadano.

No es la primera vez que el gobierno chino procede ocultando la realidad.

Los más graves “olvidos” sucedieron en 1976, con el terremoto de Thangshan, donde fallecieron 240 mil personas y a fines de 2002 y principios de 2003 cuando ocultaron por meses la epidemia de SARS 1.

Desde tiempos inmemoriales la política de amedrentar o matar al mensajero conduce a pésimos resultados.

Dr. Augusto E. Fulgenzi
Vicepresidente de la Asociación de Médicos de San Martín y Tres de Febrero

FEMECON en Redes

Los invitamos a seguirnos en Redes Sociales: Instagram, Facebook, Twitter y LinkedIn. Nuevas herramientas para construir comunidad y estar informados sobre todo lo que acontece a nuestra institución en particular y el sector salud en general.



femecon_federacion.medica



Federación Médica del Conurbano



@FEMECONoficial



Federación Médica del Conurbano



¡FELICES FIESTAS!

*Que un nuevo comienzo
renueve nuestras esperanzas
y nos encuentre unidos en este camino.
Es nuestro sincero deseo.*



Federación Médica del Conurbano

Av. Belgrano 863 - Piso 6 - (C1092AAI) Cap. Fed.
Tel.: 4343-3554/3645

Asociación de Médicos de Gral. San Martín

y Tres de Febrero
Ayacucho 2366 (1650) - Gral. San Martín - Bs. As.
Tel.: 4753-9300 (lineas rotativas)

Asociación Médica de Almirante Brown

Macias 443 - (1846) - Adrogué - Bs. As.
Tel.: 4293-0857/1833

Círculo Médico de Matanza

Av. de Mayo 743 - (1704) - Ramos Mejía - Bs. As.
Tel.: 4469-6600

Círculo Médico de Lomas de Zamora

Colombres 420 (1832) Lomas de Zamora - Bs. As.
Tel.: 4244-1080/1089/9485

Círculo Médico de Morón, Hurlingham e Ituzaingó

Rep. Oriental del Uruguay 327 (1708) Morón - Bs. As.
Tel.: 4489-7500/7501/7502

Círculo Médico de San Isidro

Alsina 167 (1642) San Isidro - Bs. As.
Tel.: 4006-2300

Círculo Médico de Vicente López

D. F. Sarmiento 1755 Vicente López - Bs. As.
Tel.: 4707-4000

Agremiación Médica de Ezeiza

Pravaz 200 - Ezeiza - Bs. As.
Tel.: 4232-1036

Círculo Médico de Esteban Echeverría

Robertson 75 - Monte Grande - Bs. As.
Tel.: 4290-1910



SOMOS TUS MÉDICOS

OSMECON SALUD

Lomas de Zamora - Sáenz y Acevedo 0810-1227900

Ezeiza - Paso de la Patria 401 - 2008-7495

Lanús O. - Ministro Brin 3015 - 4241-8034

Monte Grande - Las Heras 607 - 4290-8100

Matanza - Av. De Mayo 743 - R. Mejía 4469-6600

Cañuelas - Av. Libertad 939 L. 1 - (02226)431311

Monte Grande - Las Heras 118 - 3750-376

ASOC. MÉDICA DE ALTE. BROWN ADROGUÉ

Casa Central - Mitre 1077 - 2056-1507

Burzaco - Av. Espora y Almafuerde

Tel.: 4238- 4875

Guernica - Rucci 125

Tel.: (02224) 479506 / 479477

Lanús - Margarita Weild 1193 - 4241-2912

Longchamps - Av. Hipólito Yrigoyen 18345

Tel.: 4297-3292 o 4297-3567

San Vicente - 25 de Mayo 109 -

(02225) - 483264

www.samisalud.com

Centro de atención al socio: 0-800-333-6763

Facebook: /samisalud

e-mail: atencioalsocio@samisalud.com.ar

CIRCULO MÉDICO DE LA MATANZA

Ramos Mejía: Av. de Mayo 780

Tel. 4469-6500

Para publicar en estas páginas

Av. Belgrano 863 - Piso 6 - (C1092AAI) Cap. Fed.
Tel.: 4343-3554/3645