

Entrevista: Emiliano López. Director Nacional de Talento Humano y Conocimiento

“Queremos que los actores del sistema sean parte de la agenda”

El funcionario analiza el impacto del proyecto de Ley del Sistema Nacional de Residencias y sostiene que “busca ampliar derechos, generar ecuanimidad y calidad en el acceso”. La importancia de un amplio consenso y el plan para formar el recurso humano que el país necesita.

Págs. 6 y 7



El Ministerio de Salud incorpora al CENAS como entidad evaluadora

Pág. 5

Se extiende hasta diciembre de 2023 la vigencia del “Programa FESCAS -Componente I”

Pág. 3

Proyecto de Ley del Sistema Nacional de Residencias

Pág. 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

Cuidar al recurso humano: un consenso necesario

Argentina tiene un valioso recurso humano, profesionales altamente capacitados, una fuerza de trabajo comprometida con la atención de la salud de la población y una vocación que parece a prueba de bajos salarios y magros ingresos. Hasta el 2020 la tasa de médicos en el país era de 3,88 cada mil habitantes, un número similar al de los países centrales.

Si bien la carrera de Medicina sigue siendo una de las más elegidas por los estudiantes, sabemos que la vocación no alcanza. Lo sabemos porque, como venimos advirtiendo desde estas páginas, los cargos en las residencias en especialidades críticas quedan vacantes. Porque la oferta laboral se concentra en las grandes urbes, lo que provoca una mala distribución de los médicos en el país, generando una mayor brecha de desigualdad. Por caso, un estudio reciente determinó que el 72% de médicos especialistas en Atención Primaria de Salud (APS) en la Argentina se concentra en cuatro jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe.

Finalmente lo sabemos porque desde FEMECON venimos alzando la voz y realizando acciones en defensa del trabajo médico y en reclamo de justas retribuciones para un sector cuyos ingresos nunca pudieron alcanzar los índices inflacionarios.

Este año electoral puso en agenda el recurso humano en salud con el proyecto de Ley Nacional de Residencias en temario de sesiones extraordinarias en el Congreso de la Nación. Un proyecto que llega con un amplio consenso de todas las jurisdicciones, sociedades científicas y colectivos de residentes y que tiene como objetivo mejorar las condiciones laborales. En el marco normativo general, la ley busca volver a entusiasmar a las nuevas generaciones y a la vez, diseñar el recurso humano necesario para brindar una salud equitativa y de calidad.

Celebramos esta iniciativa pero necesitamos que ese mismo consenso se traslade a la discusión sobre la importancia de cuidar a los médicos en todos sus ámbitos: calidad en la formación, seguridad en el lugar de trabajo y retribuciones dignas, acordes al enorme e indispensable trabajo que realizan.

No será un año fácil. Los médicos necesitamos el compromiso de todo el arco político para fortalecer un sector que desde hace tiempo tiene encendidas todas las alertas.

ENTIDADES INTEGRANTES



Se extiende hasta diciembre de 2023 la vigencia del “Programa FESCAS - Componente I”

Los establecimientos de salud deberán inscribirse en el Programa FESCAS (Fortalecimiento del Equipo de Salud en Calidad y Seguridad) - Componente I en forma mensual para poder acceder al beneficio. La implementación de este componente está prevista desde su publicación en el Boletín Oficial hasta diciembre de 2023, informaron desde la cartera de salud nacional.

En este sentido, se planificó la concreción de una nueva etapa que concentre sus objetivos en el desarrollo de calidad y la seguridad en los establecimientos de salud, como correlato de los hitos previos, estableciendo como eje principal un Plan de Mejora de cada establecimiento.

Con el objeto de dinamizar y efectivizar el procedimiento que se llevó a cabo exitosamente durante 2022, el Ministerio dictó las pautas y cronogramas de implementación correspondientes a los periodos de enero y febrero de 2023 determinando los cortes y demás pautas para el período mencionado, como también cualquier otra condición que resulte necesaria

ria para la liquidación, generación de los archivos de preselección y demás procesos vinculados al pago del beneficio del período enero y febrero de 2023.

El Programa de FESCAS fue implementado como un subsidio para el sostenimiento del empleo y la oferta de servicios de salud en el ámbito de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Este programa representa la puesta en marcha de la reorientación progresiva de las transferencias vinculadas a criterios de crisis económica y emergencia sanitaria, para las empresas del sector salud, hacia el objetivo específico que busca potenciar las políticas sustantivas determinadas en el Plan Nacional de Calidad en Salud 2021/24.

El Componente I se implementó como continuidad de la asignación dineraria individual a abonar a los trabajadores y las trabajadoras, a cuenta del pago de las remuneraciones a cargo de los empleadores

y las empleadoras orientadas a la calidad y seguridad en la atención sanitaria.

En los ocho meses de ejecución, de mayo a diciembre de 2022 alcanzó mensualmente en promedio a 1360 establecimientos de salud privados de la República Argentina. Datos del Ministerio revelan que mensualmente reciben este beneficio aproximadamente 81.700 trabajadores de establecimientos de salud que representan aproximadamente el 25 % del total de los trabajadores de la salud del sector privado.

En el marco de la implementación del Componente I del Programa FESCAS se realizaron capacitaciones en calidad y seguridad de la atención que alcanzaron a más de 22.000 trabajadores de estos equipos de salud. Asimismo, se implementaron herramientas vinculadas a la autoevaluación institucional y a la implementación de encuestas de percepción de clima organizacional, como instrumentos que favorecen el desarrollo de la calidad y la seguridad en el sistema de salud.

El nuevo proyecto de Ley del Sistema Nacional de Residencias, en el temario de sesiones extraordinarias

La iniciativa busca avanzar en una concepción de los trabajadores como sujetos de derechos con nuevas estrategias sanitarias de formación e inserción laboral para mejorar la disponibilidad, el acceso, la distribución, la capacitación y el desempeño.

Impulsado por el Ministerio de Salud de la Nación y abordado en el marco de los encuentros del Consejo Federal de Salud (COFESA) con las carteras sanitarias de las 24 jurisdicciones, y junto también con el Ministerio de Educación de la Nación y las universidades nacionales, el Gobierno incluyó el nuevo proyecto de Ley del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud dentro del temario de la convocatoria a sesiones extraordinarias del Congreso de la Nación, que se extenderá hasta el 28 de febrero.

Independientemente de las leyes y reglamentos jurisdiccionales, todavía sigue vigente la Ley 22.127 para el Sistema Nacional de Residencias sancionada por la Dictadura en 1979, bajo una realidad, contexto y necesidades socioculturales que no corresponden a los problemas sanitarios actuales, ni al compromiso democrático alcanzado desde hace casi ya 40 años.

Esta norma, sostuvieron desde la cartera sanitaria, “contiene definiciones que han permitido sostener un funcionamiento coercitivo y despojado de derechos laborales, académicos y por supuesto sin lugar para denuncias sobre violencias y/o aspectos relativos a la diversidad, inclusión y género”. Además, la ley vigente establece la figu-



ra de “beca anual” favoreciendo la precarización laboral y el abuso de excesivas horas de trabajo poniendo en riesgo la salud de los profesionales y los usuarios del sistema. En la misma línea, la antigua normativa permite el acceso a las residencias únicamente a graduados que tengan no más de cinco años de recibidos, mientras que la nueva ley elimina esta limitación.

Los 10 puntos centrales del nuevo Proyecto de Ley:

1. Deroga una ley de la dictadura.
2. Tiene como finalidad proporcionar formación humanís-

tica, profesional, científica y técnica en el más alto nivel, en servicio, para contribuir a la preservación del estado de salud, autonomía y bienestar de las personas y comunidades en las cuales viven, mediante la formación de personas responsables, respetuosas, con conciencia ética y solidaria, reflexivas, críticas, competentes en sus prácticas y capaces de mejorar la calidad de vida de las personas, aportando valor al tejido sistémico del campo de la salud.

3. Incorpora derechos y condiciones laborales dignas, horas máximas de guardias y descansos obligatorios, remuneración sujeta a normas laborales vigentes (licencias, normas de liquidación etc.), perspectiva de género y diversidad.

4. Establece condiciones innovadoras para el aprendizaje de las nuevas subjetividades, incorporando la salud digital y simulación.

5. Redefine la figura de jefa/e o instructora/or por la de tutora/or y coordinadora/or, con un perfil específico para formar profesionales éticos, que puedan abordar la complejidad, la interdisciplina y un trabajo comunitario con foco en la atención primaria de la salud.

6. Impulsa y fortalece la evaluación de calidad de las residencias.

7. Favorece el trabajo junto a las universidades, facilitando la integración de la formación de grado y posgrado.

8. Crea la Red de Referentes Jurisdiccionales para el Sistema Nacional de Residencias con un rol activo de monitoreo y reajuste del sistema.

9. Crea el Observatorio del Sistema Nacional de Residencias, gestionado e integrado por residentes de todo el país.

10. Impulsa la sistematización de registros y usos de sistemas de información para la mejora en la toma de decisiones.

El pasado 16 de enero, fue publicada en el Boletín Oficial, la Disposición 3/2023 de la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la cual se incorpora al Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS), como entidad evaluadora del Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa de la Calidad en Salud.

A su vez, se reconocieron los procesos de acreditación realizados en el Programa de Acreditación de Calidad en Salud (PACS) del CENAS, que serán registrados e identificados en el Registro Federal de Establecimientos en Salud (REFES).

Dicho reconocimiento se realizó en el marco del Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud (SINECAS) llevado adelante por la cartera de salud nacional. Dentro del mismo se contempla el Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa para la autorización y reconocimiento de las instituciones que desarrollen procesos de evaluación externa.

Los requisitos básicos que deben cumplir las entidades para ser incorporadas a dicho registro son: ser una entidad legalmente constituida sin fines de lucro, con personería jurídica constituida en la República Argentina; disponer de medios para cubrir las responsabilidades legales emergentes de sus actividades; poseer y utilizar Manuales de Evaluación con estándares que respeten el alcance y las condiciones mínimas establecidas por el Ministerio de Salud; garantizar la accesibilidad desde el punto de vista económico al proceso de acreditación a los establecimientos de salud; poseer auditores o evaluadores debidamente capacitados y con cursos de actualización periódicos e incorporar una declaración de conflicto de intereses de los evaluadores y miembros de la entidad evaluadora que estén involucrados en el proceso de evaluación.

En este sentido, el equipo técnico del SINECAS realizó el análisis pertinente y en su informe de evaluación aseguró que el CENAS cumple con los requisitos estructurales, administrativos, de organización y gestión, los requisitos establecidos sobre el proceso de evaluación, la revisión del manual de procedimiento y la nómina de evaluadores para ser incorporado al Registro Nacional de Entidades de Evaluación Externa. Dicho reconocimiento tiene una vigencia de tres años y debe ser renovado con los mismos requerimientos con un mínimo de treinta días previo a su vencimiento. Por último, la disposición aclara que todo cambio en los mecanismos de acreditación deberá ser informado.

El Ministerio de Salud de la Nación incorporó vacunas bivariantes a la estrategia nacional de inmunización contra la COVID-19 con el objetivo de seguir avanzando en la respuesta a la pandemia. Las vacunas que se suman son la Comirnaty Bivalente del laboratorio Pfizer/BioNTech y la vacuna Spikevax Bivalente del laboratorio Moderna. Ambas protegen contra la variante original y Omicron BA.4-5.

Los últimos días de enero se comenzaron a distribuir en las diferentes jurisdicciones las primeras 901.440 dosis de la vacuna bivalente de Pfizer, a las que se sumarán 1.100.160 más. A su vez, la cartera de salud nacional anunció que en febrero llegarán tres millones de dosis de la vacuna bivalente del laboratorio Moderna.

En el caso de la vacuna bivalente del laboratorio Pfizer está autorizada para su uso en población general de 12 años o más, mientras que la vacuna bivalente de Moderna se encuentra autorizada para su uso en población general a partir de los 6 años en adelante. Según el Ministerio de Salud, las vacunas cumplen adecuados estándares de seguridad y eficacia. Al tiempo que aseguran que las vacunas bivariantes se pueden recibir el mismo día con cualquier otra vacuna y pueden ser aplicadas a mujeres embarazadas.

En cuanto al inicio de la aplicación, la cartera de salud indicó que será a partir de las próximas semanas de acuerdo a los planes estratégicos de cada una de las jurisdicciones. De esta forma, coexistirá la aplicación de dosis monovalentes, que quedan en stock en las provincias, y las dosis bivalentes. Las vacunas bivariantes se utilizarán para iniciar o completar esquemas primarios como para la aplicación de dosis de refuerzo y se administrará la vacuna que se encuentre disponible



en el momento de la vacunación, según las edades autorizadas.

La recomendación del Ministerio de Salud a la población es que quien haya recibido su última dosis hace más de cuatro meses, debe recibir un refuerzo. Es muy relevante tener la cobertura de vacunación porque aún hay transmisión comunitaria del coronavirus en el país. La evidencia científica ha demostrado que la estrategia de aplicación de refuerzos es fundamental para mantener los niveles de anticuerpos y su efectividad en el tiempo, sobre todo en términos de evitar internaciones, complicaciones y muertes por la enfermedad. Por este motivo, se enfatiza además la importancia de reforzar la protección en las personas mayores de 50 años y otros grupos etarios con condiciones de riesgo.

Para acceder a los lineamientos técnicos de la vacuna COMIRNATY BIVARIANTE, Original/Omicron BA.4-5 (Vacuna COVID-19 ARNm, Pfizer-BioNTech):

“El proyecto de Ley Nacional de Residencias busca ampliar derechos, generar ecuanimidad y calidad en el acceso”

En sesiones extraordinarias se debatirá la iniciativa, producto de un amplio consenso federal y con la participación del colectivo de residentes, universidades públicas y sociedades científicas. El plan para formar el recurso humano que el país necesita.

Médico clínico especializado en gestión pública y con un posgrado en Educación Médica, Emiliano López es docente adscripto de la UBA y se incorporó al Ministerio de Salud de la Nación en 2015 con el programa Cibersalud. En el 2020 fue convocado por la actual gestión y hoy dirige la Dirección de Talento Humano y Conocimiento, área que depende de la Secretaría de Calidad de la cartera sanitaria nacional.

-La formación del recurso humano en salud es un tema sensible que preocupa a todo el sector. ¿Cuál es la responsabilidad del área a su cargo y sus principales objetivos?

La responsabilidad primaria es establecer las pautas de formación de la fuerza de trabajo en salud, profesionales y no profesionales del equipo. Básicamente, tenemos como principal compromiso establecer mecanismos de formación que fortalezcan la formación de grado, con énfasis en el sistema nacional de Residencias, que es un modo de formación de posgrado. Si bien en la medicina la carrera de grado es habilitante, para poder ser especialista es necesario hacerlo a través de varios mecanismos. La ley de Ejercicio Profesional establece que son cinco los mecanismos y uno de ellos es la residencia. Y consideramos que

es el mejor modo de alcanzar una especialidad.

-¿A través de qué mecanismos llevan a cabo esta política de formación?

Desde esta dirección realizamos el examen de residencias y tenemos un sistema de evaluación de las mismas. También contamos con un Observatorio Federal de Talento Humano en salud que procesa la información y los datos para saber dónde estamos parados. En forma resumida, establecemos y planificamos pautas de formación de la fuerza de trabajo en Salud que el país necesita definir para diseñar políticas y analizar cómo se distribuye en el país según las necesidades y qué recurso humano se precisa; eso es planificar el talento humano.

-¿Ya se venía realizando este trabajo? ¿La pandemia visibilizó esta problemática?

La pandemia incrementó las brechas y nos permitió darnos cuenta qué nos faltaba en ciertos lugares por un lado, y por otro, generó una tensión y un estrés de los profesionales. Y donde hay faltantes se profundizó. La pandemia fue, sin lugar a dudas, el puntapié inicial para poner en agenda al recurso humano. Anteriormente había programas y proyectos. A partir de ahora queremos un plan de



acción y por eso estamos trabajando en un Plan Nacional de Talento Humano en Salud que no existía y que ordena las acciones que se venían llevando a cabo hace tiempo, pero con planificación.

-Está en el temario de sesiones extraordinarias del Congreso el proyecto de Ley Nacional de Residencias. ¿Qué los llevó a impulsar una nueva reglamentación? Hubo un evento que marcó el problema y tuvo que ver con las adjudicaciones de los cupos de residencia. La luz roja nos la evidenció el hospital Ludovica de La Plata, donde de 24 cupos disponibles se adjudican solo cuatro. A esto se suman las condiciones económicas con retribuciones desajustadas en términos inflacionarios y todo fue generando un malestar.

“Es importante que desde todos los sectores involucrados se traccione para que la ley se trate y avance. Y más allá de esto, queremos que los actores del sistema sean parte de la agenda, no solo cuando existen los problemas sino cuando hay posibilidad de que sean parte de las soluciones”

Entonces nos sentamos para pensar qué estaba pasando con las residencias en los últimos años. El Observatorio nos revela que son elegidas cada vez menos aunque siempre tuvieron una mística y así comenzamos por establecer un contacto fluido, sistemático y periódico con la Asamblea Nacional de Residentes y la Comisión Nacional de Residentes de Medicina General y Familiar.

-¿Cuál fue el diagnóstico?

Surgieron tres grandes problemas: en primer lugar lo remunerativo que no alcanza, teniendo en cuenta además que es un sistema con exclusividad; en segundo lugar las condiciones laborales, el clima de trabajo, maltrato, un sistema jerárquico autoritario. El tercer punto, las condiciones formativas: en muchos lugares adolecen de supervisión, evaluación y formación sistematizada. Estos tres problemas son estructurales.

-¿Qué cambios prevé el proyecto de Ley frente a estos problemas estructurales?

En principio, una de las normativas de origen que tiene que ver con la actual Ley 221127 fue escrita en 1979 en el contexto de un país bajo una dictadura. Y si uno hace semiología del texto encuentra significados y significantes que sienta bases para que sean trabajadores precarizados. Y además expresa términos como “someterse”, “acatar”, tiene palabras muy simbólicas y prácticas que se fueron naturalizando, que se asemejan al servicio militar.

Este proyecto, del cual nos sentimos muy orgullosos y satisfechos, no fue escrito en un escritorio ni de manera unilateral e inconsulta, sino que es producto de una construcción de las voces de los principales interesados, que son los residentes. Lo fuimos elaborando en base a líneas priorizadas, hicimos borradores, se los pasamos, volvió a nosotros. Lo pusimos en común con las universidades públicas, el Foro Argentino de Facultades de Escuelas Públicas de Medicina, con las sociedades científicas y sobre todo con ministros y ministras del Consejo de Salud Federal (COFESA).

“Estamos trabajando en un Plan Nacional de Talento Humano en Salud para planificar pautas de formación de la fuerza de trabajo en Salud que el país necesita”

-Es producto entonces de un gran consenso...

Sí, totalmente. Las diferencias son muchas veces de implementación. Cuando se amplían derechos, muchas veces chocan con estructuras establecidas que defienden un modo de funcionamiento. Ahora tenemos que pensar en guardias de 12 horas entonces surge la pregunta: ¿tenemos la cantidad de médicos suficientes? Y sí, lo que hay que hacer es un rediseño de la organización y todo cambio pone en crisis las estructuras anteriores, pero es algo que es necesario. La ley vigente permite que un residente sea contratado, sea monotributista con contrato anual, sin derechos. La nueva ley tiene como propósito fundamental ampliar derechos.

-Una vez que se apruebe, ¿cómo será su implementación?

La ley es un marco legal normativo que tiene fuerza para que se ejecute, pero luego hay que bajar a un reglamento, que se tiene que cumplir. Y aquí quiero destacar que, a pedido de los residentes, hemos creado el Observatorio Federal de Residencias del Sistema de Salud, constituido por ellos mismos y son los que tienen que militar esta ley y verificar que se cumpla.

- ¿Cree que con esta ley se acortarán las brechas de desigualdad?

Todos somos usuarios del sistema de salud y sabemos lo que significa ser atendidos por gente cansada, agotada, mal paga. Y ni hablar si se están formando, como los residentes, que dejan todo a cambio de algo que se está agotando, y nosotros tenemos que estar a la altura de la demanda de los jóvenes, si no lo hacemos no sólo nos quedaremos sin residentes, sino también sin especialistas.

Esto en un país federal con muchas diferencias en todo sentido, genera inequidades. En definitiva la ley busca ampliar derechos, generar ecuanimidad y calidad en el acceso.

Es importante que desde todos los sectores involucrados se traccione para que la ley se trate y avance. Y más allá de esto, queremos que los actores del sistema sean parte de la agenda, no solo cuando existen los problemas sino cuando hay posibilidad de que sean parte de las soluciones. Necesitamos el apoyo de las sociedades científicas, los co-



legios médicos que tienen participación en la formación de especialistas y en la certificación. Tenemos que lograr que impulsen su formación a través de las residencias.

- ¿Se producirá ese cambio necesario para que los médicos vuelvan a valorar las residencias como espacio de formación?

El cómo transitar la residencia tiene que estar adecuado a las nuevas subjetividades y mucho tiene que ver con el uso de las tecnologías y cómo aggiornar la pedagogía. La ley también explicita innovación en educación médica, simulación, tecnologías de telesalud y salud digital. Tiene que volver a ser atractiva, porque los jóvenes no identifican lo remunerativo como único problema. También identifican que no es un hábitat que coincide con sus similitudes con el mundo en el cual viven. Por eso el aprendizaje lúdico, con acceso a redes de comunicación con comunidades de práctica amplia está en el proyecto de Ley.

Por supuesto que lo remunerativo tiene que estar saldado, no tiene que haber una discusión ahí. Las residencias tienen que ser un espacio de formación con el tiempo de tránsito necesario para adquirir competencias. El tiempo lo tendrá que determinar las capacidades, inquietudes, estímulos y situaciones. Es parte de la nueva propuesta formativa para que los jóvenes la elijan.

Es una gran apuesta, son políticas públicas que a corto plazo van a generar un verdadero cambio y queremos que sea una hoja de ruta. Que tenga apuestas estructurales, con pequeñas luces a corto plazo pero que aspire a que no volvamos atrás.

Alto costo: acuerdo de riesgo compartido para proveer terapia génica a pacientes con AME

Se realizó un acto por la firma de la Resolución 21/2023 que establece que el Estado Nacional, a través del Ministerio de Salud, se responsabiliza de la provisión de terapia génica para los pacientes con Atrofia Medular Espinal (AME), que incluye a los pacientes con esta patología que tengan indicación de la terapia Zolgensma provista por Novartis. Se trata de la primera terapia génica recombinante aprobada en el país por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) que incorpora un acuerdo de riesgo compartido, con una inversión de 15 millones de dólares.

La ministra de Salud Carla Vizzotti enfatizó que “implementar esta estrategia de acceso al tratamiento de la terapia génica para AME es un hito que nos abre la puerta para trabajar en conjunto”, y convocó a “focalizarnos y hacerlo rápido para dejarla instalada y en marcha”. En tanto, la jefa de Gabinete, Sonia Tarragona sostuvo que la cartera sanitaria “tiene una política de integración fuerte en relación al tratamiento de otras enfermedades poco frecuentes y va construyendo una estrategia muy interesante de abordaje de estas patologías que tanto impactan en el financiamiento”. Y agregó: “Estas políticas no sólo contribuyen a mejorar las cuestiones de financia-



miento, sino que además contribuyen, como autoridad sanitaria, a construir evidencia científica”.

Por su parte, la directora de Medicamentos Especiales y Alto Precio, Natalia Messina, consideró que la inversión de 15 millones de dólares por parte del Estado “garantiza el acceso al tratamiento de esta patología independientemente del tipo de cobertura con que la que cuentan las y los pacientes que cumplan con los criterios de-

finidos, los cuales serán evaluados por la Comisión Nacional para Pacientes con Atrofia Muscular Espinal (CONAME)”.

“Es una decisión política que garantiza acceso y nos permite seguir financiando la cobertura de nuestros beneficiarios” resaltó el presidente del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina -COSSPRA- Fernando Avellaneda. Avellaneda subrayó que la resolución “además de garantizar el

acceso a uno de los medicamentos más caros del mundo para aquellos pacientes donde estuviera indicado, permite -reforzando el concepto solidario de nuestro sistema de salud- que podamos continuar financiando la cobertura que hoy ofrece la seguridad social provincial a nuestros beneficiarios, donde la mayor carga de enfermedad es de las crónicas no transmisibles”.

Cabe destacar que el medicamento onasemnogén abeparvovec (conocido comercialmente como Zolgensma), tiene un valor de venta comercial de más de 2 millones de dólares, que lo posiciona como el de más alto precio de la región y el segundo más caro a nivel mundial. En el marco de este acuerdo, el Estado nacional lo adquirirá a un precio de 1,3 millones de dólares (más IVA).

Las pautas de riesgo compartido implican que los pagos serán cumplimentados en tanto los resultados observados en los pacientes concuerden con lo esperado. “El país se convierte de esta manera en el primero de la región en realizar desde el sector público una adquisición bajo estos criterios, que a partir de una inversión eficiente aseguran la sostenibilidad del sistema y la equidad en el acceso” resaltaron las autoridades nacionales.

Avanza la reglamentación de la ley de Receta Digital

En el despacho del subsecretario de Integración de los Sistemas de Salud y Atención Primaria de la Nación Fabián Puratich, se llevó a cabo una reunión para evaluar la reglamentación de la ley N° 27553 que habilita la prescripción y dispensación de medicamentos por medio de recetas electrónicas o digitales. “No estamos encarando ningún camino nuevo, sino reglamentando lo que ya está vigente”, subrayó Puratich.

Sonia Tarragona, jefa de Gabinete de la cartera de salud nacional señaló que “se avanzará en forma gradual y exclusivamente con la prescripción y la orden digital” y resaltó dos puntos: la creación de un registro de plataforma digital donde se podrán inscribir y ser autorizados siempre y cuando se cumpla con diferentes requisitos, entre ellos la seguridad de la información, la preservación de los datos de los pacientes, que la receta no pueda ser alterada, que se pueda prescribir por nombre genérico, que no haya conflicto de interés y que quien se inscriba cumplimente todos los datos que la Ley exige que tiene que cumplimentar una receta digital. “Dentro del Registro Federal (REFES) se incluirá un área con el registro de Plataforma, pero eso no significa que no se puedan utilizar otras”, advirtió Tarragona. El segundo punto es la creación de la Licencia Sanitaria Federal, “una habilitación para el uso de las herramientas digitales” y adelantó que, en el futuro, “cuando tengamos una Ley de Telesalud o Telemedicina se irán sumando otros atributos”. Tarragona adelantó que



pronto serán convocadas las entidades y organizaciones representativas de los médicos para avanzar en este tema.

La reglamentación de la Ley, insistieron las autoridades, avanzará exclusivamente con prescripción y orden digital pero no aún en la Teleasistencia, cuya administración quedará a criterio de cada jurisdicción. “Tenemos que reglamentar la ley y lo hacemos con las herramientas disponibles”, agregó Tarragona.

La ley dispone que la prescripción y dispensación de medicamentos, así como también cualquier otra prescripción médica, odontológica o de otros profesionales sanitarios legalmente facultados a prescribir en los res-

pectivos ámbitos de asistencia sanitaria y atención farmacéutica (pública y privada), podrán ser redactadas en recetas electrónicas o digitales y firmadas de forma manuscrita, electrónica o digital. Además, establece la posibilidad de utilizar plataformas de teleasistencia en salud en todo el territorio nacional, con arreglo a lo dispuesto por la Ley N° 25326 de Protección de los Datos Personales y la Ley N° 26529 de Derechos del Paciente.

De la reunión participaron el Secretario de Calidad en Salud Alejandro Collia, la jefa de Gabinete de la cartera sanitaria, Sonia Tarragona; el subsecretario de Integración de los Sistemas de Salud y Atención

Primaria de la Nación, Fabián Puratich; la secretaria de Acceso a la Salud, Sandra Tirado; la directora Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, Teresita Ithurburu; la subsecretaria de Medicamentos e Información Estratégica, Natalia Grinblat y Fabián Basilico, coordinador de Habilitación y Fiscalización. Y contó con la participación del presidente del Consejo de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina, Fernando Avellaneda, quien resaltó: “las Obras Sociales Provinciales acompañamos el trabajo de la reglamentación de la ley de prescripción digital, que no es más que ordenar lo que está vigente, garantizando la dispensa”.

Informe 2022 de la Comisión de Salud del Senado

La Comisión de Salud del Senado de la Nación presentó el informe anual año 2022 que detalla la labor realizada entre junio -que fue cuando quedó constituida la Comisión- y diciembre del mismo año.

Durante 2022 la Comisión de Salud realizó la reunión constitutiva el 8 de junio. Desde entonces se realizaron once reuniones de senadores y senadoras, de las cuales seis fueron conjuntas con otras comisiones. En estas reuniones se lograron siete dictámenes de proyectos de ley en revisión con origen en la Cámara Baja y tres dictámenes de proyectos de ley con origen en la Cámara Alta.

Cuatro de estos dictámenes fueron sancionados en el Pleno de la Cámara permitiendo la creación de nuevas leyes relativas a “Atención Integral en Oncopediatría”, “Nueva Ley de VIH y Otras Infecciones de Transmisión Sexual”, “Control y Prevención de Resistencia Antimicrobiana” y “Día Nacional del Síndrome de Dravet”.

Pendientes para tratarse en el Recinto están los dictámenes de los proyectos de ley en revisión relativos a “Formación y Desarrollo de la Enfermería”, “Modificación de la ley de discapacidad, en lo relativo al Certificado Único” y “Plan Nacional de Cardiopatías Congénitas”. Así como también los dictámenes de los proyectos de ley relativos a “Protocolos de Atención por Muertes Gestacionales y Perinatales”,



“Programa Nacional Remediar” y “Fluoración de la sal para consumo humano”. En el año hubo también treinta y dos dictámenes de proyectos de declaración, diez de estos ya fueron sancionados.

Cabe señalar que según el Artículo 77 del Reglamento de la Cámara de Senadores de la Nación le corresponde a la comisión de Salud dictaminar sobre todo lo relativo a la salud y acción médico social, higiene, sanidad, medicina preventiva y nutrición, subvenciones y subsidios a hospita-

les, sociedades, corporaciones o instituciones con actividades inherentes a las materias especificadas en este artículo y todo otro asunto referente al ramo de la salud.

Asimismo, le compete lo relativo a asuntos o proyectos relacionados con política de medicamentos, su uso indebido, sustancias psicotrópicas y cualquier otro elemento cuyo consumo produzca alteraciones en la conducta social de las personas; la prevención, asistencia y tratamiento de la drogadicción y otras adicciones, tanto en



LEY 27.674	CÁMARA DE DIPUTADOS: PROYECTO DE LEY EN REVISIÓN QUE CREA EL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTES CON CÁNCER.
OD 83/22 CD-23/21	Dictaminado conjuntamente con la Comisión de Población y Desarrollo Humano y con la Comisión de Presupuesto y Hacienda
	Fecha de sanción: 30-06-22

LEY 27.675	CÁMARA DE DIPUTADOS: PROYECTO DE LEY EN REVISIÓN DE RESPUESTA INTEGRAL AL VIH, HEPATITIS VIRALES, OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -ITS- Y TUBERCULOSIS -TBC-
OD 84/22 CD-02/22	Dictaminado conjuntamente con Comisión de Presupuesto y Hacienda.
	Fecha de sanción: 30-06-22

forma individual como colectiva.

Presidida por Pablo Yedlin, la Comisión de Salud está compuesta por los senadores Mario Fiad; Lucía Corpacci; Anabel Fernández Sagasti; Antonio José Rodas; María Eugenia Duré; José Emilio Neder; Ana María Ianni; Sandra Mariela Mendoza; Guillermo Eduardo Andrada; Gladys Esther González; Stella Maris Olalla; Beatriz Luisa Ávila; María Belén Tapia; Carmen Álvarez Rivero; Mercedes Gabriela Valenzuela y Alejandra María Vigo.

RCP: acciones para salvar una vida

“En un paro cardíaco súbito el corazón se detiene, la persona se desvanece, no responde y deja de respirar. Este episodio requiere que varios factores se conjuguen para lograr una mejor supervivencia” subrayan desde la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), en conjunto con la Fundación Cardiológica Argentina.

Son seis los eslabones que componen la cadena: el reconocimiento del paro cardíaco, el llamado a la ambulancia, la realización de Reanimación Cardiovascular -RCP-, el uso del desfibrilador externo automático (DEA), la atención en la ambulancia y el tratamiento médico definitivo. De esos eslabones, los cuatro primeros tienen un rol fundamental en lograr que la persona que sufre un paro cardíaco tenga las mejores posibilidades de llegar con vida al hospital.

“Es sustancial destacar el rol de la persona más importante en el manejo de esta situación, que es a quien llamamos ‘el primer respondiente’, un individuo que es testigo de la situación y la reconoce, y decide actuar haciendo reanimación cardiopulmonar (RCP), manteniendo circulando la sangre hasta que llegue la ambulancia. También será quien se asegure de llamar al sistema de emergencias por sí mismo o pidiendo a otro que lo haga, cumpliendo con el primer paso del eslabón de la cadena”, explicó el

Dr. Mario Fitz Maurice, médico cardiólogo, Director del Consejo de Arritmias y Director de Prensa y Comunicación de la Sociedad Argentina de Cardiología.

El comienzo de las compresiones en el centro del pecho será el tercer eslabón. Las compresiones deben ser fuertes y rápidas. Fuertes como para hundir por lo menos 5 cm el pecho de la víctima, y rápidas, con una frecuencia de entre 100 y 120 por minuto. Esto logra que la sangre circule. El Dr. Fitz Maurice sugiere recordar la canción ‘Stayin Alive’ de los Bee Gees y mantener su ritmo, ya que coincide con el tiempo requerido para las compresiones.

“El cuarto eslabón, es usar un desfibrilador (DEA), que es un dispositivo de muy fácil utilización cuya función es dar una descarga eléctrica (o las que sean necesarias) al pecho de la persona en paro cardíaco. Es de muy fácil manejo y está diseñado especialmente para que cualquier persona lo use. La descarga eléctrica produce que el corazón deje de temblar, se resetee, y vuelva a funcionar nuevamente”, explicó el Dr. Fabián Gelpi, Secretario de la Fundación Cardiológica Argentina (FCA). En el 90% de las veces, los paros cardíacos súbitos se producen por una alteración en el ritmo del corazón y por cada minuto que se demora la desfibrilación la supervivencia disminuye un 10%.

Los especialistas destacan la importancia de fomentar que los desfibriladores estén ampliamente disponibles en lugares tales como espacios públicos en donde el flujo de personas sea considerable (escuelas, centros comerciales, gimnasios, oficinas y unidades habitacionales, entre otros) o en general donde no se pueda llegar a desfibrilar a una persona por los medios habituales dentro de los tres minutos de ocurrido el paro.

“Distintos trabajos internacionales refieren que, si se logra cumplir los primeros 4 pasos dentro de los tres minutos de producido el paro cardíaco, el 80% de los pacientes llegan con vida al hospital. Esto significa ni más ni menos que con un primer respondiente que identifique el episodio, llame a la ambulancia, comience con la RCP y use un DEA, aumentaremos un 80% las posibilidades de que la persona afectada llegue con vida al hospital, si la comparamos con la casi nula oportunidad que tendrá si no recibe ninguna atención. Por eso es tan importante involucrarse”, reflexionó el Dr. Fitz Maurice.

En la Argentina la ley nacional 27.159 (Muerte súbita – sistema de prevención integral) en su artículo 11 expresamente exige de toda responsabilidad a la persona que se involucra ante un caso de muerte súbita para hacer RCP. Se estima que en



nuestro país se producen 45 mil muertes súbitas por año, lo que equivale a una cada 15 minutos, y representan la mitad de todas las muertes por enfermedad cardiovascular.

Fiscalización sanitaria: se puso en marcha una Plataforma Digital para agilizar trámites

Permitirá iniciar expedientes, consultar requisitos y realizar más de 50 trámites relacionados a establecimientos de salud.

El Ministerio de Salud de la Provincia lanzó una nueva plataforma de autogestión online que facilitará los trámites solicitados para habilitar, acreditar y fiscalizar los establecimientos asistenciales y laboratorios de análisis clínicos que funcionan en territorio bonaerense; junto con el ejercicio y práctica de la medicina y actividades afines a la atención sanitaria a través del portal <https://bit.ly/3CwxEqm> de la Dirección Provincial de Registro y Fiscalización Sanitaria.

El Director provincial de Registro y Fiscalización Sanitaria, Roberto Amette Estrada, explicó que “una de las funciones más importante que tenemos y, quizá, la que mayor volumen de trabajo implica es la habilitación de establecimientos de salud y, en ese marco, hay una cantidad enorme de trámites que se hacen diariamente para garantizar el funcionamiento de miles de establecimientos. Por eso, esta Plataforma es un cambio enorme para el sistema de habilitaciones y para regular toda la relación entre el sector privado y el Ministerio de Salud”.

Al respecto Amette detalló que “ahora se podrán hacer en principio, alrededor de 50 trámites pero después van a ser más, lo que hará más dinámica y más clara la relación con el ámbito privado, y permitirá saldar deudas de mejor manera. Una histórica demanda a la Dirección de Fiscalización es la demora en los trámites, y con esta Plataforma ahora serán más rápidos, ágiles y claros, y permitirá que nosotros mejoremos el derecho a la salud de los bonaerenses; porque nosotros a través de las políticas regulatorias garantizamos ese derecho en el sector privado”.

Al entrar a la nueva Plataforma Digital, se desplegará una pantalla que indicará la documentación requerida para el tipo de gestión que desea realizar con un campo para adjuntar la documentación. La persona podrá subir de manera parcial lo pedido; sin embargo, no podrá remitir la solicitud de trámite si no se adjunta la totalidad de los requisitos en formato PDF.

En ese momento, obtendrá un número de gestión de trámite y la documentación quedará visible para que el/la operador/a del



Ministerio pueda verificarla. Si está completa y correcta, procederá a caratular el expediente, enviando el número correspondiente al interesado/a (usuario registrado en la plataforma). Si hay documentación incorrecta, se le envía un mensaje a través de la plataforma indicando qué debe cambiar o corregir.

El proceso de inicio de trámite, sin importar el medio por el cual se remita la documen-

tación, se efectúa con la caratulación del expediente, cosa que se realiza una vez que la persona interesada envía la totalidad de la documentación requisitoria.

El trámite de habilitación de los establecimientos de salud se realiza para obtener la norma por la cual el Ministerio certifica que el establecimiento reúne las condiciones para efectuar la práctica de la medicina o actividad a fin a la atención de la salud.

“La alta inflación desactualiza rápidamente los valores”

En el mes de diciembre de 2022 se realizó en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la USAL la presentación de “La estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa médico obligatorio (PMO)”, un trabajo que Prosanity Consulting realiza, desde el año 2010 y que en esta oportunidad contó con la colaboración de IPEGSA (Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud), y la USAL (Universidad del Salvador. Facultad de Ciencias Médicas).

Los dos objetivos fundamentales del trabajo de investigación fueron la determinación del valor del PMO al 31 de julio de cada año (en este caso 2022) y la medida en la que las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro y su comparación con los años anteriores.

El presidente de Prosanity, Ernesto van der Kooy, hizo referencia al hecho que la alta inflación desactualiza rápidamente los valores obtenidos y que existe falta de precios de referencia en el mercado. Además, se refirió a un sistema de servicios de salud fragmentado, inequitativo y poco solidario, en el que las acciones de fondo que se deberían implementar, muchas de ellas probablemente simultáneas para hacer un sistema más equitativo y eficiente para toda la población en lo que hace a la accesibilidad, oportunidad y calidad “pasa el tiempo y no se efectivizan”.

“Todo el sistema sanitario, financiador y prestador, se mantiene en una crisis de gran magnitud, y que si bien la respuesta de los diferentes subsectores del sistema ha sido satisfactoria frente a la pandemia, aún después de su desaceleración se han mantenido acciones contra el Covid 19 como prioridad casi excluyente, sin el abordaje de cambios estructurales sustanciales en el sistema” alertó.

Respecto al Seguro Social obligatorio y al sector privado

prestador, ambos recibieron aportes extraordinarios durante la pandemia, las Obras Sociales de fondos propios a través de la S.S.S. y el sector privado prestador (que brinda más del 70% de las prestaciones al Subsistema) los REPRO inicialmente y luego el FESCAS, con el objetivo de aportar a cubrir el salario de los trabajadores, a lo que se sumaron algunas ventajas impositivas. “Esas ayudas para el sector financiador y el prestador son actualmente mínimas” dijo.

El informe resaltó que, a la luz de los costos incrementales, la incorporación de nuevas tecnologías y aprobación de leyes sin financiamiento, el sistema de los seguros sociales obligatorios no es pasible de ser financiado a futuro exclusivamente con aportes y contribuciones.

El sector privado prestador sufrió durante la pandemia de Covid 19 disminución de prestaciones y falta de incremento de aranceles. Al mismo tiempo los honorarios profesionales y los sueldos de los trabajadores han perdido en relación a la inflación y su justa recomposición parece imposible de abordar con los recursos que reciben los prestadores.

Incremento por debajo de la inflación

El informe revela que el gasto promedio del PMO por cada beneficiario menor a 65 años y por mes fue de \$5.870 medido al 31 de julio de 2022. El incremento del PMO se ubica por debajo de la inflación en igual período en función de la postergación de los aumentos en los aranceles, de la contención de costos y de la dilación de acuerdos paritarios. Mientras que el incremento interanual fue del 48% , la inflación de más del 70% y la de costos en Salud cercana al 76%. En los últimos tres años el PMO aumentó menos que la inflación.

El informe fue construido por una muestra de más 20



obras sociales, entidades prestadoras, cámaras de diagnóstico y tratamiento, entre otras.

El informe consignó, asimismo, que el valor actualizado del PMO, sin coseguros, al 30 de noviembre de 2022 (con fórmula polinómica propia), asciende a \$6.575,30. De un universo de 290 obras sociales sindicales, apenas 84 logran cubrir el valor de un PMO apoyadas únicamente en los aportes y contribuciones y apenas 150 alcanzan a cubrir el valor de un PMO cuando se le agregan los aportes totales del Fondo Solidario de Redistribución.

Respecto al número de beneficiarios la situación se muestra aún más crítica. Solo el 23% de los beneficiarios de las Obras Sociales llegan al valor de un PMO apoyadas únicamente en los aportes y contribuciones. Y apenas el 38% alcanzan a cubrir el valor de un PMO cuando se le agregan los aportes totales del Fondo Solidario de Redistribución.

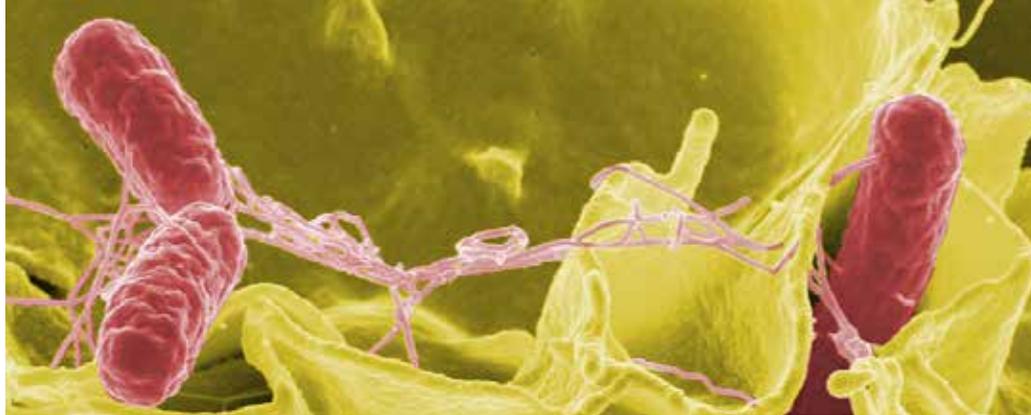
Intoxicación alimentaria: recomendaciones para población y equipos de salud

En las primeras tres semanas de enero se identificaron cuatro casos con síntomas compatibles con enfermedades de transmisión alimentaria en el municipio de Berazategui y las autoridades sanitarias bonaerenses y municipales instaron a los equipos de salud del municipio y de los distritos aledaños a fortalecer la vigilancia epidemiológica y a notificar en forma inmediata al ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires toda consulta de personas, de cualquier edad, con antecedente de diarrea, vómitos o sintomatología compatible con intoxicación alimentaria.

Para la identificación del agente etiológico las muestras de los pacientes -dos de ellos fallecidos- fueron derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia ANLIS Malbrán y las muestras de alimento se encuentran en el Instituto Nacional de Alimentos. Hasta el momento en el caso del primer fallecido se confirmó la presencia de *Salmonella typhimurium* y en el segundo, de *Shigella* y *Salmonella*.

Recomendaciones para la población

- Utilizar agua segura. Si no es agua de red: agregar dos gotas de lavandina por litro de agua o hervirla de 2 a 3 minutos o utilizar pastillas potabilizadoras.
- Lavarse las manos con agua y jabón después de ir al baño, después de cambiar pañales y antes de amamantar. También antes y después de preparar alimentos (en



especial después de tocar carne cruda) y consumirlos.

- Mantener la higiene en la preparación de alimentos.
- Utilizar alimentos frescos, limpios, bien cocinados y recientemente preparados.
- Lavado de vegetales: lavar y desinfectar cuidadosamente con agua segura frutas y verduras sobre todo si se consumen crudas y en lo posible, pelarlas.
- Cocinar bien los alimentos: los huevos hasta que tengan consistencia dura. Si los huevos tienen olor o sabor extraño, no consumirlos.
- Las carnes deben estar bien cocidas por dentro y por fuera, hasta que pierdan totalmente el color rosado, teniendo especial cuidado con la carne picada, hamburguesas, albóndigas, empanadas, pastel de carne, achuras, etc. Cocción correcta: cocinar completamente hasta que no que-

den partes rosadas en su interior y sus jugos sean claros (mínimo 71°C en el centro de la pieza).

- No consumir carne si tiene mal olor al momento de prepararla o si perdió la cadena de frío. Las carnes no deben descongelarse más de una vez en caso de haber sido frizadas.
- No usar el mismo cuchillo, tabla o mesa donde se apoyó carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlos con agua y detergente.
- Evitar la contaminación cruzada: en las áreas de preparación de alimentos limpiar y desinfectar las superficies, las tablas de cortar y los utensilios después de que hayan tomado contacto con carne cruda y/o sus jugos.
- Separar las carnes crudas y/o sus jugos de los alimentos listos para consumir, principalmente durante la compra, el almace-

namiento y la preparación de los mismos.

- Consumir leche, derivados lácteos y jugos que estén pasteurizados.
- Conservar alimentos frescos y cocidos en la heladera.
- Evitar la ingesta de medicamentos sin indicación médica e infusiones caseras.

“Sostener los cuidados”

En un webinar la médica infectóloga Florencia Cahn resaltó que “no es una bacteria nueva, hay bacterias y virus que se transmiten por agua y alimentos desde siempre. Pero cuando hay un situación que se repite o se detecta un número de casos de determinadas patologías, la dirección de epidemiología investiga qué pasa y qué tienen en común”.

“Lo más importante que tenemos que informar es que debemos tener determinados cuidados. Las recomendaciones son las mismas que brindamos para el Covid, la gripe y los virus respiratorios, como lavado de manos antes de cocinar, después de ir al baño o de cambiar pañales” para evitar la transmisión fecal-oral, resaltó la especialista.

Cahn también subrayó que hay que seguir las recomendaciones de siempre y “evitar la contaminación cruzada, usar tablas diferentes para carnes y verduras y mantener la higiene de los alimentos, consumir agua segura y en el caso de la carne y las achuras, cocinarlas bien, a más de 100 grados por más de cinco minutos”

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

Cartelera

2023

Conversazione
4 Regioni d'Italia

Sicilia - Sardegna
Umbria - Lombardia

Natura - Gastronomia
Festa e Tradizioni



In Presenza & Online
Mercoledì 18 a 20

A febbraio
4 incontri

Info e Prenotazioni

dantevicentelopez@gmail.com

15-5369-5397

Ciclo de Cine Italiano Contemporáneo

Inicia en
MARZO
Los viernes a las 17.30

Entrada libre
y gratuita

Auditorio del Círculo Médico
de Vicente López
D. F. Sarmiento 1755, Florida.

- 1/3 CIN BAILEMINER NOTTEMBA
- 10/3 UN FIANE QUANI PROETTO
- 10/3 L'ACCE... (MAYOR...)
- 21/3 SUPERBALE... (MAYOR...)

La Cinematoteca
de Alberto Níguez

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