

Programa de Mediación en Salud -PROMESA-

Cómo funciona la herramienta que busca evitar la judicialización en salud

El programa impulsado por la Superintendencia de Servicios de Salud fue presentado en FEMECON, donde se compartieron resultados, desafíos y el impacto de una política pública que reduce tiempos y mejora la resolución de conflictos.



Págs. 3,4 y 5

IA en salud: por qué el sistema debe ordenar las bases antes de avanzar en su implementación

Pág.8

ENTREVISTA: Ricardo Corral.
Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras.

Reforma de la Ley de Salud Mental: “El desafío es garantizar derechos sin perder eficacia clínica”

En diálogo con Femecon Informa Ricardo Corral sostiene que el debate legislativo es una oportunidad para corregir falencias de la normativa vigente y avanzar hacia un sistema que priorice la prevención y el acceso a tratamientos.



Págs. 6 y 7



FEMECON INFORMA

Director

Dr. Adrián Balbín

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. Adrián Balbín

Vicepresidente: Dr. Edmundo Filippo

Secretario General: Dr. Carlos Grebín

Pro Secretario: Dr. Alberto Gómez

Tesorero: Dr. Marcelo Maucci

Pro Tesorero: Dr. René Vidal

Secretaria Gremial: Dra. Marta Franco

Secretario de Actas: Dr. Guillermo Villafaña

Vocal 1: Dr. Augusto Fulgenzi

Vocal 2: Dra. Rosario Vidal Próspero

Vocal 3: Dr. Roberto Cremona

Vocal 4: Dr. Anibal Funes

Vocal 5: Dr. Roberto Maluf

Vocal 6: Dr. Celso Lazo Amaya

Vocal 7: Dr. Enrique Arrigazzi

Vocal 8: Dr. Luis Serrano

Vocal 9: Dr. Walter Zaldúa

Comisión Revisora de Cuentas

Miembros Titulares

1. Dr. Abelardo Di Ludovico

2. Dr. Héctor Sainz

Miembros Suplentes

1. Dr. Marcelo Granata

2. Dr. Claudio Berra

Tribunal de Honor

Miembros Titulares

1. Dra. Clara Glas

2. Dr. Roberto Scarsi

3. Dr. Omar Medano

Miembros Suplentes

1. Dr. Enrique Quiroga

2. Dr. Daniel Koffman

Editorial

2

Salud y continuidad

Cuando gran parte del debate público parece quedar atrapado en lógicas de confrontación, resulta necesario volver a un punto esencial: la salud -como la educación, la seguridad, la justicia y todas las áreas que atraviesan la vida de las personas- no pueden ni deben quedar sujetas a los vaivenes de cada coyuntura política. Es imprescindible hablar de previsibilidad, planificación y acuerdos sostenidos en el tiempo.

Por eso cuando existen lineamientos que trascienden las gestiones se logra mayor estabilidad, que se traduce en mejores condiciones para planificar, menor nivel de conflictividad y, fundamentalmente, en respuestas más eficaces para la población.

No implica uniformidad de pensamiento sino la capacidad de identificar y sostener consensos en aspectos centrales como el acceso a la atención, la calidad de los servicios y el reconocimiento de quienes integran el sistema.

El diálogo, en este marco, adquiere un gran valor como práctica que supone intercambio, escucha activa y construcción conjunta y que involucra a todos los actores: profesionales, instituciones, financiadores, autoridades y pacientes. La participación amplia enriquece el análisis y fortalece la legitimidad de las decisiones.

En FEMECON sostenemos que alcanzar consensos implica ordenar prioridades y en salud, esto se vuelve particularmente relevante en procesos como la actualización normativa, la incorporación de nuevas herramientas o la resolución de conflictos que requieren respuestas coordinadas y sostenibles.

Las demandas sanitarias son dinámicas y crecientes. Frente a ello, las respuestas aisladas o de corto plazo resultan insuficientes. Por eso es necesario avanzar hacia políticas que puedan sostenerse, evaluarse y adaptarse sin depender de cambios circunstanciales.

Pensar la salud en términos de continuidad es, en definitiva, reconocer su carácter estratégico; es construir un marco que permita dar respuestas consistentes, con una mirada de largo plazo, centrada en las personas y en el fortalecimiento de un sistema más equitativo, igualitario y eficiente.

ENTIDADES INTEGRANTES



Cómo funciona la herramienta que busca evitar la judicialización en salud

El programa impulsado por la Superintendencia de Servicios de Salud fue presentado en FEMECON, donde se compararon resultados, desafíos y el impacto de una política pública que reduce tiempos y mejora la resolución de conflictos.

En la sede de FEMECON se llevó adelante un encuentro centrado en la presentación del Programa de Mediación en Salud (PROMESA), una iniciativa impulsada por la Superintendencia de Servicios de Salud que busca dar respuesta a uno de los principales desafíos estructurales del sistema sanitario: la creciente judicialización de los conflictos por acceso a prestaciones.

La actividad, organizada por FEMECON, reunió a representantes de las entidades primarias que integran la Federación, junto a dirigentes de CEMPRA (Cámara de Empresas de Medicina Privada de la República Argentina), CIDCAM (Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica), CENAS (Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud), ADEMP (Asociación de Entidades de Medicina Privada), FEMEBA (Federación Médica de la provincia de Bs. As.), FECLIBA (Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires), el Centro Médico de Mar del Plata y OSMISS (Obra Social de Ministros, Secretarios y Subsecretarios). El encuentro se consolidó como un espacio de intercambio y reflexión colectiva a la vez que promovió nuevas miradas sobre el funcionamiento del sistema de salud.

Durante la jornada expusieron Juan Carlos Pierre Ganchegui, gerente de Asuntos Jurídicos de la Superintendencia de Servicios de Salud, y Elizabeth Orrico, subgerenta de Asesoría Legal, quienes abordaron el origen del programa, su lógica de funcionamiento y los primeros resultados obtenidos en su implementación.



Elizabeth Orrico, Adrián Balbín y Juan Pierre Ganchegui.

Un problema estructural

La judicialización de la salud se viene consolidando como una de las principales tensiones del sistema. Según datos presentados en el encuentro, solo en 2024 se registraron más de 10.900 acciones de amparo en la Justicia federal, en su mayoría vinculadas a prestaciones que, en muchos casos, ya están reconocidas por la normativa vigente.

“El sistema reconoce derechos, pero muchas veces no logra garantizarlos en la práctica. Y eso deriva en que las personas tengan que acudir a la Justicia para acce-

der a prestaciones que deberían estar cubiertas”, explicó Ganchegui.

En ese contexto, PROMESA propone una instancia pre-judicial, voluntaria y especializada, orientada a resolver conflictos antes de que escalen a un litigio. La iniciativa busca reducir tiempos y costos, pero sobre todo priorizar soluciones efectivas centradas en las necesidades de los pacientes.

“El problema fue creciendo porque la judicialización pasó a ser la puerta de entrada al sistema”, sintetizó Ganchegui



y explicó que uno de los principales hallazgos fue que el problema no radica en la falta de normas. “Las normas existen pero muchas veces no resultan operativas. Puede faltar financiamiento, no estar comprobada la eficacia de una terapia o tratarse de tecnologías que aún no están incorporadas al sistema; todo eso hace que la respuesta no llegue y que el conflicto escale”, señaló.

Los datos expuestos dimensionan esta realidad: de las casi 11 mil acciones de amparo: en 2024, 7.602 fueron contra obras sociales y cerca de 2.800 contra entidades de medicina prepaga. “El 90% de esas acciones reconoce derechos que el sistema ya contempla; las personas no deberían tener que litigar para acceder a prestaciones que ya están reconocidas”, subrayó.

Nueva lógica de resolución

A partir de ese diagnóstico surge PROMESA, concebido como una instancia prejudicial, voluntaria y especializada. “Es una herramienta para resolver conflictos antes de llegar a juicio, con rapidez y con conocimiento técnico”, explicó Ganchequi e hizo hincapié en la diferencia conceptual con el proceso judicial. “El amparo tiene una lógica bi-

na: se concede o se rechaza. En cambio, PROMESA permite construir soluciones. No busca una decisión abstractamente justa, sino una respuesta efectiva para el problema de salud concreto”, afirmó. Y agregó: “La solución es un acuerdo entre partes, que genera obligaciones asumidas voluntariamente y respeta la autonomía. Pero además, esos acuerdos generan conocimiento, permiten ver qué funciona y qué no dentro del sistema”.

En ese punto introdujo una de las definiciones centrales del programa: “Nosotros no somos decisores políticos: implementamos las decisiones políticas que se toman”, apuntó y resaltó que en ese marco, “PROMESA es una política pública en construcción y crecimiento, y al mismo tiempo una fuente de conocimiento para saber dónde están las fallas del sistema”.

Los primeros resultados acompañan esta lógica. En los primeros seis meses de implementación se iniciaron 351 mediaciones, con 239 acuerdos y 118 sin acuerdo, lo que representa una tasa de resolución cercana al 50,6% sobre los casos cerrados. Sin embargo, uno de los datos más relevantes surge cuando interviene el Estado Nacional. “Cuando participa el Ministerio de Salud, la tasa de acuer-

do sube al 64%. y esto demuestra que el aporte técnico y la articulación institucional mejoran los resultados”, destacó Ganchequi.

Además, los tiempos de resolución marcan una diferencia sustancial respecto de la vía judicial. “Estamos hablando de un promedio de 18 días corridos; hay casos que se resuelven incluso en menos de diez días y esto es clave, porque en salud el tiempo es determinante”, remarcó.

Un espacio de diálogo

Por su parte, Orrico profundizó en el análisis de las causas que explican el crecimiento de la litigiosidad. “Cuando empezamos a estudiar el fenómeno, vimos que muchas veces el sistema responde más rápido a una orden judicial que a un reclamo administrativo previo. Eso ya marca una distorsión”, explicó y detalló que el problema es multicausal. “Encontramos fallas en la comunicación, pocos canales administrativos para los pacientes y falta de coordinación entre financiadores, prestadores y médicos. Todo eso deriva en la saturación del Poder Judicial”, señaló.

Frente a ese escenario, Orrico destacó el valor del enfoque de PROMESA: “Pensamos en una herramienta que acerque a las partes, que permita sentarlas en una mesa y generar diálogo. Muchas veces, cuando se abre ese espacio, aparecen soluciones que antes no estaban a la vista”, indicó.

También remarcó el impacto del programa en términos de gestión de conflictos. “Cada mediación es un proceso que se abre y se cierra. Incluso cuando no hay acuerdo, el conflicto tiene un final y eso aporta previsibilidad, algo que no siempre ocurre en otras instancias donde los problemas pueden prolongarse o reabrirse”, explicó.

En cuanto a los tipos de reclamos, señaló que predominan los vinculados a prestaciones médicas. “La mayor parte de los casos tienen que ver con prácticas, tratamientos o intervenciones. Luego aparecen discapacidad, medicamentos y, en menor medida, cuestiones de afiliación o cobertura. Es decir, estamos abordando principalmente problemas directamente relacionados con la atención en salud”, afirmó.

El rol del Estado fue otro de los ejes destacados y en este punto, Ganchequi subrayó que, a diferencia de lo que ocurre en el ámbito judicial, en PROMESA el Estado participa con una lógica distinta. “Por primera vez se sienta a la mesa no para defenderse, sino para aportar conocimiento. Puede ofrecer alternativas, articular con las provincias, plantear soluciones dentro de los programas existentes o incluso generar nuevas respuestas”, explicó.

Ese enfoque permite no solo resolver casos individuales, sino también construir aprendizajes. “Si encontramos una solución innovadora para un caso, por ejemplo, en el uso de una tecnología o un medicamento en evaluación, eso puede servir para otros. PROMESA también es eso: una fuente continua de conocimiento”, agregó.

El cierre del encuentro estuvo a cargo del presidente de FEMECON, Adrián Balbín, quien valoró especialmente el carácter del espacio generado y subrayó que “este tipo de actividades convocan a pensar el sistema de salud, nos permiten salir de la lógica cotidiana y reflexionar sobre cómo estamos funcionando y hacia dónde queremos ir”.

Balbín destacó además la importancia del trabajo conjunto y el rol del sector médico en estos procesos. “Muchas veces las decisiones judiciales impactan directamente en la práctica médica; nos encontramos con situaciones donde un juez indica una marca determinada cuando desde lo médico corresponde un genérico y eso genera tensiones, incluso desde el punto de vista financiero”, advirtió.

En ese sentido, consideró fundamental fortalecer los espacios de articulación. “Estos ámbitos son clave para colaborar con el sistema en su conjunto, nos permiten aportar nuestra experiencia y construir soluciones más equilibradas”, afirmó el presidente..

Finalmente, Balbín reafirmó la disposición de FEMECON para “colaborar, asistir y aportar ideas; esto marca un camino de trabajo conjunto que es necesario sostener”.

La jornada dejó en evidencia que la desjudicialización de la salud depende de la articulación entre actores, del fortalecimiento institucional y de la capacidad de generar espacios de diálogo.



Alcance, procedimiento y marco operativo

Como instancia prejudicial de carácter voluntario que se aplica a conflictos individuales vinculados al acceso a prestaciones dentro del sistema de seguridad social y medicina prepaga, el procedimiento no incluye reclamos contra sujetos ajenos a este ámbito ni presentaciones colectivas. En cuanto a su implementación territorial, no requiere adhesión formal de las provincias y esto responde a que cada jurisdicción tiene su propia política sanitaria. Sin embargo, el modelo está diseñado para ser replicado, promoviendo esquemas similares que permitan mejorar la coordinación, la previsibilidad y la resolución de conflictos a nivel federal.

El inicio del trámite se realiza exclusivamente a través de la plataforma Trámites a Distancia (TAD), mediante la presentación de un formulario con carácter de declaración ju-

rada, acompañado de la documentación respaldatoria correspondiente.

Una vez iniciado el trámite, el procedimiento establece plazos precisos. El mediador es designado por sorteo y debe aceptar el cargo dentro de las 48 horas hábiles, tras lo cual fija la audiencia. Las notificaciones se realizan prioritariamente por domicilio electrónico y, en caso de no ser posible, a través del Correo Oficial de la República Argentina.

La Dirección Nacional de Mediación, dependiente del Ministerio de Justicia, es la encargada del control, asignación y seguimiento de los casos, mientras que los mediadores deben estar inscriptos en un padrón especializado del Registro Nacional de Mediación, con formación específica en materia sanitaria.

Reforma de la Ley de Salud Mental: “El desafío es garantizar derechos sin perder eficacia clínica”

En diálogo con Femecon Informa Ricardo Corral sostiene que el debate legislativo es una oportunidad para corregir falencias de la normativa vigente y avanzar hacia un sistema que priorice la prevención y el acceso a tratamientos.

Se empieza a debatir en el Congreso de la Nación un proyecto de reforma de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, y el tema vuelve a instalarse en la agenda pública. Para el médico psiquiatra Ricardo Corral, presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras y profesional del Hospital Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda, se trata de una discusión que debe darse por fuera de las grietas políticas y en clave de política de Estado.

“Más allá de las posiciones partidarias el tema de la salud tiene que ser una política del Estado; todas las ideologías y partidos políticos tienen que sostenerlo”, planteó en diálogo con Femecon Informa.

Corral parte de un diagnóstico estructural del sistema sanitario argentino, reconoce un recorrido sólido, pero advierte un deterioro sostenido en el tiempo. “Tenemos una gran tradición en la implementación de políticas sanitarias públicas, con buen acceso. Pero en las últimas décadas, porque no es un problema de un solo gobierno, venimos en un proceso de decaimiento”, señaló. En ese sentido, remarcó que “estamos en una gran crisis sanitaria que no es de ahora, sino el resultado de muchos años”.

El especialista también identificó a la pandemia como un punto de inflexión reciente que es necesario tener en cuenta cuando se habla de salud mental. “Los comuni-

cadore y la opinión pública tenían una visión de la salud mental que cambió, porque la pandemia fue una tragedia, pero permitió poner el tema en agenda de otra manera y visibilizar problemas que antes no se veían”, explicó.

Salud y enfermedad mental

Uno de los ejes centrales de su planteo es la necesidad de ordenar conceptos. “La salud mental es una cosa y la enfermedad mental es otra. El problema no es la salud mental sino cuando se pierde”, afirmó e hizo una distinción entre el malestar psíquico cotidiano y las patologías que requieren tratamiento sostenido. “Una enfermedad implica síntomas persistentes, durante días y todo el día, que impactan en la funcionalidad”, precisó. Dentro de ese universo, puso el foco en las enfermedades mentales severas. “Estamos hablando de esquizofrenia, trastornos bipolares, Alzheimer. Pueden afectar al 7, 8 o 10% de la población, son millones de personas en la Argentina”, indicó. Y subrayó: “La buena noticia es que hoy hay mejores tratamientos y ha mejorado mucho el pronóstico”.

En ese punto, buscó dimensionar la magnitud del problema y su relación con el sistema de atención. “Estamos hablando de aproximadamente 5 millones de personas con enfermedades mentales severas, y la discusión muchas veces se reduce a la cantidad de camas psiquiátricas, que en la Argentina son entre 6.000 y 8.000”, explicó. Y agre-



gó: “Es una proporción mínima en relación al total de pacientes que requieren atención”.

Para ilustrarlo, tomó como referencia su lugar de trabajo: “En el Hospital Borda tenemos alrededor de 10.000 pacientes, pero la cantidad de internados es de unos 400. Es decir, la internación es una parte muy pequeña del sistema, no es el eje del tratamiento”. En esa línea, remarcó que los hospitales monovalentes cumplen una función específica dentro de la red: “Son hospitales especializados, acá hay gente experta en cuadros complejos, en patologías complejas.”



Sin embargo, para Corral uno de los principales obstáculos sigue siendo el acceso al sistema. “Hay un doble estigma: hacia los pacientes y hacia las instituciones y los psiquiatras. Eso genera autoexclusión y hace que muchas personas no accedan al tratamiento”, advirtió.

La ley y los derechos

En este contexto, el médico psiquiatra cuestiona aspectos centrales de la ley vigente. En una columna publicada el 13 de abril de este año en La Nación, sostuvo que “la Ley 26.657, sancionada en 2010, nació con el noble propósito de proteger los derechos de las personas que padecen enfermedad mental grave, pero en su conceptualización se incurrió en los sesgos de la ideología, sin fundamentos científicos ni conocimiento de la clínica. Lo que finalmente sucedió fue desamparar a los más vulnerables”.

En diálogo con este medio, profundizó esa mirada, dijo que “la ley tiene un buen espíritu, pero fue pensada des-

de el escritorio y no desde la práctica” y apuntó especialmente al criterio de internación involuntaria. “El concepto de ‘riesgo cierto e inminente’ es problemático. Cuando el riesgo es inminente, muchas veces ya es tarde”, sostuvo.

Desde su perspectiva, el enfoque debería incorporar la noción de riesgo potencial y la capacidad de anticipación clínica. “Nosotros no queremos llegar a las tragedias. Lo que tenemos que saber es evaluar y reconocer cuándo una persona va a estar en riesgo”, explicó. Y fue contundente: “Una persona sin tratamiento puede vivir hasta 20 años menos y con peor calidad de vida”.

En ese marco, Corral introdujo una mirada sobre la lógica de la normativa vigente y el debate actual. “Es paradójico porque la ley de 2010, de alguna manera, es una ley de derecha porque deja al paciente librado a su suerte si no quiere tratamiento. En cambio, lo que se propone ahora -que muchos califican como de derecha- es más cercano a una lógica de protección, con mayor intervención del Estado para cuidar a la persona”, planteó y agregó: “Si el paciente no quiere, pero uno ve que va a tener problemas graves o va a morir antes, el Estado tiene que intervenir con todos los resguardos necesarios”.

En esa línea también defendió el rol del psiquiatra en la evaluación y recordó que “el diagnóstico es médico. Hay síntomas psíquicos que pueden deberse a enfermedades clínicas, por eso la evaluación tiene que hacerla un especialista”. También cuestionó ciertas miradas instaladas en el debate público y remarcó que “decir que la medicación es un castigo es un disparate”.

Respecto de las internaciones también buscó desarmar prejuicios. “Hoy no duran más de tres o cuatro semanas, se trata de estabilizar al paciente y que vuelva a su vida”, explicó y añadió que “a nadie se le ocurriría cerrar una unidad coronaria; acá también estamos hablando de salvar vidas”.

Estigmatización y presupuestos

El debate también expone tensiones en torno a la estructura del sistema. Corral señaló que existe una fuerte estigmatización sobre los hospitales monovalentes, cuando en realidad cumplen un rol específico dentro de la red de atención. “Hay prejuicios con estas instituciones y con la psiquiatría en general, pero eso no ayuda a que las personas accedan a los tratamientos”, indicó y en relación a los recursos humanos sostuvo que “hay escasez de profesionales en muchas especialidades, no solo en psiquiatría, y también una fuerte migración en los últimos años”.

También el contexto económico es otro condicionante y así lo definió Corral: “Argentina invierte cerca del 10% en salud, pero es un país con limitaciones estructurales. En los años 60 tenía un PBI similar al de Brasil; hoy Brasil tiene cuatro o cinco veces más y eso impacta en todo el sistema”, explicó y sintetizó: “Con lo que tenemos, hacemos bastante”.

Consensos y evidencia

Frente al escenario legislativo que se abre, el titular de la Asociación Argentina de Psiquiatras insiste en la necesidad de construir consensos basados en la evidencia y la práctica clínica. “El punto de encuentro es garantizar derechos, pero hay que conocer lo que pasa en la realidad porque muchas discusiones se dan desde lo teórico”, afirmó y concluyó que “hoy la propuesta de modificar la normativa nos sitúa ante un debate necesario y postergado porque es necesario aplicar el sentido común médico para salvar vidas”.

Como cierre, dejó planteado el eje de fondo de la discusión: “No se trata de tener un lugar para alojar a la gente; se trata de atender la crisis, estabilizar al paciente y que vuelva a su casa”. Y advirtió que el desafío es lograr un sistema que, además de garantizar derechos, sea capaz de intervenir a tiempo para evitar desenlaces evitables.

IA en salud: por qué el sistema debe ordenar las bases antes de avanzar en su implementación

Impulsada por la Asociación Médica Argentina (AMA) y la Sociedad Argentina de Inteligencia Artificial (SAIA), una mesa de consulta nacional reunió a referentes del ámbito sanitario, académico, tecnológico y representantes de pacientes para debatir el uso responsable de la inteligencia artificial (IA) en salud. El encuentro dejó como conclusión que antes de escalar estas herramientas, es necesario fortalecer la infraestructura, la calidad de los datos y la gobernanza del sistema.

Bajo el lema “Construyendo una arquitectura ética y técnica para una IA en salud centrada en la dignidad humana”, la jornada se realizó el 20 de abril en la sede de la AMA, convocó a medio centenar de especialistas y funcionó como punto de partida para la elaboración de un documento de posición que buscará ordenar el debate en un contexto donde el avance tecnológico supera a los marcos regulatorios. El presidente de la AMA, Miguel Galmés, planteó la necesidad de combinar innovación con seguridad jurídica. “La inteligencia artificial puede cometer errores o distorsionar la verdad y en salud eso no es aceptable”, advirtió, al tiempo que remarcó la importancia de construir una gobernanza clara de los datos con eje en el paciente.

Desde la SAIA, su presidente Alexander Ditzend definió el momento actual como un cambio inevitable. “La pregunta es si



vamos a estar preparados”, señaló, al destacar que la IA ya no solo reproduce información sino que comienza a generar conocimiento nuevo. En esa línea, insistió en que se trata de una herramienta complementaria: “La colaboración entre inteligencia humana y artificial es el camino”. El impacto en el sistema sanitario también fue eje de análisis. Fabio Budris, miembro del board de SAIA, advirtió sobre el déficit global proyectado de médicos y planteó el concepto de “médico aumentado”, donde la tecnología amplía la capacidad de atención. “Es una oportunidad para hacer la medicina más accesible y eficiente, sin perder lo esencial: la empatía”, sostuvo.

Desde el Comité de Transformación Digital de la AMA, su presidenta Judit Díaz Bazán remarcó que el desafío es incorporar estas herramientas sin desplazar los principios éticos del ejercicio profesional. “El ‘no dañar’ y la responsabilidad médica deben seguir en el centro”, afirmó, y destacó la importancia de construir consensos con participación de múltiples actores, incluidos los pacientes.

Durante el encuentro, especialistas coincidieron en que sin bases sólidas no hay IA viable. La necesidad de contar con infraestructura adecuada, sistemas interoperables y datos de calidad fue uno de los puntos más reiterados. También se plan-

teó que los algoritmos pueden reproducir sesgos si no se entrenan con información confiable y representativa.

En el plano ético, se subrayó que principios como la seguridad del paciente y la calidad de atención no son negociables. A la vez, se reconoció que la regulación completa del fenómeno es difícil, por lo que se vuelve clave avanzar en marcos orientadores y buenas prácticas.

El encuentro concluyó con consensos determinantes: la IA debe ser considerada aún una tecnología en desarrollo, con validación continua; la gobernanza debe ser interdisciplinaria; y el sistema sanitario argentino tiene deudas pendientes en interoperabilidad y estandarización.

Como próximo paso, se propuso avanzar en la creación de observatorios que permitan monitorear el uso de estas tecnologías y construir evidencia local. “No podemos seguir utilizando estas herramientas sin definir sus alcances”, señalaron.

La iniciativa abre un debate que recién comienza. Entre el potencial de mejorar diagnósticos y personalizar tratamientos, y los riesgos de una implementación sin controles, la inteligencia artificial aparece como un desafío estructural. En ese equilibrio entre innovación y ética, los especialistas coinciden en un punto: el futuro de la medicina dependerá tanto de la tecnología como de la capacidad del sistema para integrarla con responsabilidad.

Disparidades en salud: entre evidencia y políticas públicas

Las IV Jornadas de Investigación en Disparidades en Salud reunieron en la Universidad ISALUD a especialistas, académicos y decisores para analizar las desigualdades en el sistema sanitario. El eje del encuentro estuvo puesto en la necesidad de avanzar desde la producción de evidencia hacia su aplicación en políticas públicas.

Organizadas junto a la Asociación Argentina de Salud Pública y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad, en articulación con universidades nacionales, las jornadas abordaron uno de los problemas persistentes de la salud pública: la inequidad en el acceso y en los resultados sanitarios.

Durante el encuentro se planteó como punto común que la medición de desigualdades resulta necesaria, pero no suficiente. La consigna “no basta con medir, el objetivo es reducir” sintetizó el enfoque de las exposiciones, que vincularon las disparidades con factores sociales, económicos y territoriales.

El cierre estuvo a cargo del epidemiólogo Eliseo Pérez-Stable, director del National

Institute on Minority Health and Health Disparities, quien presentó datos comparativos sobre desigualdades en Estados Unidos. Entre ellos, expuso la denominada “paradoja latina”, que describe niveles de mortalidad relativamente más bajos en poblaciones con menores ingresos.

El especialista también destacó la incidencia del nivel educativo en la expectativa de vida y señaló diferencias significativas entre personas con estudios universitarios y quienes no completaron la educación secundaria. A su vez, remarcó el impacto de los entornos y condiciones de vida en los resultados sanitarios.

En relación con Argentina, mencionó tendencias como la reducción de enfermedades infecciosas y cardiovasculares junto con el aumento de muertes por violencia, suicidio y caídas. Según indicó, estos datos reflejan la coexistencia de distintos perfiles epidemiológicos y la influencia de factores sociales en la salud.

Otro de los puntos abordados fue el vínculo entre investigación y políticas públicas. Pérez-Stable se refirió a cambios recientes



en el sistema científico de Estados Unidos, donde señaló la reducción de financiamiento en áreas vinculadas a diversidad, lo que -indicó- impacta en la producción de conocimiento sobre desigualdades.

Las jornadas incluyeron exposiciones, intercambios y análisis sobre determinantes sociales, acceso al sistema de salud y condiciones estructurales. Entre las conclusiones, se destacó que la producción de da-

tos, el desarrollo metodológico y la innovación tecnológica forman parte del abordaje, aunque requieren articulación con decisiones políticas para su implementación.

El encuentro se desarrolló con participación de instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil y actores del sistema de salud, en un espacio orientado a discutir estrategias frente a las disparidades sanitarias.

La OPS impulsa nuevas herramientas para mejorar la gestión del personal de salud en las Américas

Se trata de cuatro publicaciones técnicas que buscan fortalecer los sistemas de información, optimizar la toma de decisiones y avanzar hacia sistemas de salud más eficientes y resilientes.

La Organización Panamericana de la Salud presentó un conjunto de herramientas estratégicas orientadas a mejorar la forma en que los países de las Américas registran, analizan y utilizan la información sobre su personal de salud. La iniciativa forma parte de una serie técnica enfocada en el fortalecimiento de los Sistemas de Información de Recursos Humanos para la Salud (SIRHS), considerados clave para planificar políticas públicas, gestionar equipos y responder con mayor eficacia a las necesidades sanitarias.



Las cuatro publicaciones ofrecen un abordaje integral que permite a los países evaluar su situación actual, detectar debilidades y diseñar estrategias para optimizar la calidad, disponibilidad e integración de los datos. Además, promueven la alineación con estándares internacionales y con la agenda regional en materia de recursos humanos.

Desde la OPS destacaron que contar con información confiable y oportuna sobre la fuerza laboral en salud no solo mejora la planificación, sino que también fortalece la capacidad de respuesta frente a crisis sanitarias. En ese sentido, Benjamín Puertas,

jefe de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud del organismo, subrayó que estas herramientas apuntan a consolidar sistemas más transparentes, con mejor gobernanza y decisiones basadas en evidencia.

Entre los materiales presentados se encuentra una guía conceptual que actualiza el marco teórico de los SIRHS, destacando su rol estratégico y proponiendo tres pilares fundamentales: la gobernanza, la gestión de datos y la generación de evidencia para la toma de decisiones. Este documento orienta a los países en la construcción de sistemas interoperables, capaces de in-

tegrar información de múltiples sectores.

Otro de los desarrollos es un modelo de evaluación de madurez que permite analizar el estado de los sistemas de información en cuatro niveles. A través de indicadores concretos y herramientas prácticas, los países pueden identificar brechas y priorizar acciones para avanzar hacia estructuras más sólidas y eficientes.

La OPS también incluyó una propuesta metodológica para mapear actores clave y fortalecer el diálogo entre instituciones. Este enfoque busca mejorar la articulación entre sectores, facilitar acuerdos y conso-

lidar una gobernanza que permita integrar distintas fuentes de datos dentro de los sistemas de información.

Por último, se presentó una herramienta para el mapeo de ocupaciones en salud, que introduce criterios estandarizados para clasificar y organizar los perfiles laborales del sector. Esta metodología facilita la comparación entre países y contribuye a reconocer la diversidad de roles que integran los sistemas sanitarios.

El lanzamiento responde a desafíos persistentes en la región, como la fragmentación de la información, la falta de interoperabilidad entre sistemas y la necesidad de contar con datos más confiables sobre el personal de salud.

Con este conjunto de herramientas, la OPS busca acompañar a los países en el desarrollo de sistemas de información más integrados, eficientes y orientados a la toma de decisiones. El objetivo final es fortalecer la planificación sanitaria y avanzar hacia sistemas de salud con mayor capacidad de respuesta, en línea con las metas de acceso y cobertura universal.

Chikungunya en Argentina: alerta por reemergencia y nuevos desafíos clínicos

Especialistas de Salta compartieron su experiencia en el abordaje clínico y epidemiológico de un brote que ya acumula más de 500 casos en la provincia.

En el marco de un webinar organizado por la Sociedad Argentina de Vacunología, referentes de la provincia de Salta expusieron la situación epidemiológica actual del chikungunya y los desafíos que plantea su reemergencia en la región.

La Organización Panamericana de la Salud emitió, el 10 de febrero de 2026, una alerta epidemiológica ante el aumento sostenido de casos en las Américas hacia fines de 2025 e inicios de 2026. El informe también advirtió sobre la reanudación de la transmisión local en zonas donde el virus no circulaba desde hacía años.

En línea con esta situación, el Ministerio de Salud de la Nación confirmó en marzo la detección de casos importados en distintas jurisdicciones del país, así como la aparición de contagios sin antecedente de viaje en la provincia de Salta, lo que evidencia transmisión autóctona.

El infectólogo Marcelo Quipildor explicó que el escenario actual difiere del registrado en años anteriores. Mientras que en 2016 predominaba un linaje asiático asociado a formas más leves, en la actualidad circula principalmente el linaje ECSA, vinculado a cuadros más severos, con mayor compromiso neurológico, cardiovascular y riesgo de cronicidad.

El virus se transmite principalmente a través de la picadura de mosquitos del género *Aedes*, aunque también pueden darse formas de transmisión no vectorial, como la vía sanguínea o la transmisión materno-fetal durante el embarazo. Quipildor describió las tres etapas de la enfermedad. La fase aguda, de hasta 21 días, se caracteriza por fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, cefalea, rash y artritis

simétrica e incapacitante en tobillos y muñecas. La fase subaguda, que puede extenderse hasta los tres meses, incluye reaparición de síntomas reumatológicos, fatiga, debilidad y síntomas depresivos. La fase crónica, que puede persistir entre seis meses y dos años, se define por artralgia inflamatoria en las mismas articulaciones afectadas, con impacto significativo en la calidad de vida.

Entre los signos de alarma que requieren hospitalización inmediata mencionó: fiebre con dolor abdominal intenso, vómitos, alteración del estado de conciencia, petequias o sangrados, extremidades frías y disminución de la diuresis. Remarcó también lo que no debe hacerse: no indicar AINES ni corticoides en fase aguda, no prescribir reposo absoluto en fases subaguda y crónica, implementar aislamiento entomológico y no demorar la notificación epidemiológica.

Por su parte, la especialista Gabriela Bravo, responsable del laboratorio de referencia provincial de arbovirus y hantavirus del Hospital Señor del Milagro de Salta, destacó que, si bien la infección suele tener baja mortalidad, puede ser grave en grupos de riesgo como lactantes, personas gestantes, adultos mayores y pacientes con comorbilidades.

También subrayó la importancia de un diagnóstico preciso, tanto para el manejo clínico como para el control epidemiológico. En este sentido, explicó que existen avances en técnicas de laboratorio, incluyendo métodos moleculares y serológicos que permiten mejorar la detección del virus.

En la provincia de Salta, el uso de test rápidos ha demos-



trado ser una herramienta útil para el triage en guardias, ya que son accesibles y de rápida aplicación, aunque presentan una sensibilidad variable. “La innovación tecnológica es clave para lograr una detección temprana y mejorar la respuesta sanitaria”, señaló.

El análisis epidemiológico estuvo a cargo de Francisco García, Director General de Coordinación Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública de Salta, quien detalló que en 2026 la provincia de Salta registró más de 500 casos, lo que permitió reconstruir la secuencia de transmisión y comprender mejor la dinámica del brote.

El especialista remarcó la importancia de sospechar la enfermedad en personas con fiebre y dolor articular que hayan estado en zonas con circulación viral o en áreas donde se encuentra el mosquito vector. Asimismo, destacó la necesidad de realizar una adecuada vigilancia epidemiológica, notificar los casos en tiempo oportuno y fortalecer la organización de los servicios de salud para dar respuesta a este tipo de eventos.



Vacunación antigripal: ¿por qué seguimos sin llegar a quienes más la necesitan?

Especialistas de la Sociedad Argentina de Infectología y la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria advirtieron sobre las brechas entre las coberturas de vacunación y los grupos que concentran mayor riesgo.

En el marco de un webinar organizado por la SADI, especialistas en infectología y neumonología coincidieron en que las coberturas de vacunación antigripal en Argentina están lejos de los niveles recomendados, y quienes mueren cada año por influenza y sus complicaciones son, en su mayoría, personas que tenían indicación de vacunarse y no lo habían hecho.

La médica infectóloga Florencia Cahn, representando a la SADI, señaló que la influenza genera una carga de enfermedad significativa con muertes anuales que podrían prevenirse. En el Calendario Nacional de Vacunación, la vacuna está indicada de forma gratuita para niñas y niños de entre 6 y 24 meses, embarazadas en cualquier trimestre, púerperas hasta 10 días posparto, personas de 2 a 64 años con factores de riesgo, mayores de 65 años y personal de salud y estratégico. Aun así, según Cahn, “las coberturas de vacunación están lejos de lo que deberían estar.”

Uno de los ejes de la presentación fue la inmunosenescencia, es decir, el envejecimiento del sistema inmune. A medida que envejecemos, la respuesta inmune se debilita y la caída de anticuerpos es más veloz. Para contrarrestar este fenómeno existen dos estrategias en las vacunas antigripales: el uso de adyuvantes y el aumento de la dosis de antígenos. La vacuna adyuvantada con MF59, un aceite biodegradable y biocompatible, está aprobada desde los 50 años y permite generar una respuesta más robusta, con mayor inmunogenicidad y protección cruzada frente a cepas heterólogas. La vacuna de alta dosis, que contiene 60 microgramos de cada componente, está aprobada desde los 65 años. “La evidencia muestra que estas vacunas son una estrategia costo-efectiva, ya que reducen los casos de influenza, sus complicaciones y las hospitalizaciones”, señaló Cahn.

Las recomendaciones actuales de la SADI apuntan a que, a partir de los 60 años, las personas reciban vacunas mejoradas. Además, se subrayó la importancia de ampliar la mirada hacia otros grupos, como adultos menores de 65 años con comorbilidades, dado que la gripe puede tener impacto no solo respiratorio, sino también cardiovascular y metabólico.

A pesar de contar con herramientas eficaces, persiste el desafío de las coberturas de vacunación. En este punto, se remarcó el rol clave del equipo de salud como principal promotor de la vacunación. “Las vacunas son seguras y efectivas, pero necesitamos recomendarlas activamente”, enfa-

tizó Cahn. El equipo de salud es el principal promotor de la vacunación y la recomendación médica directa sigue siendo el factor más influyente en la decisión de vacunarse.

El tabaquismo como factor de riesgo

El neumonólogo Martín Sivori, de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, abordó la relación entre tabaquismo e influenza. Si bien en Argentina se logró una reducción del 43% en el consumo de tabaco en los últimos 18 años, continúa siendo un problema relevante de salud pública, asociado a enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cerebrovasculares y oncológicas. Además, el país presenta altos niveles de consumo en comparación con otros de la región, especialmente entre mujeres adolescentes.

“El tabaquismo afecta tanto la inmunidad innata como la adaptativa, lo que aumenta el riesgo de infecciones como la influenza”, explicó Sivori. A su vez, el tabaco reduce la efectividad de la vacuna antigripal. Mientras que en personas no fumadoras la vacunación puede prevenir hasta un 39% de las hospitalizaciones, en fumadores ese número desciende al 21%. Asimismo, se destacó la alta prevalencia de EPOC en mayores de 40 años, una condición frecuentemente subdiagnosticada que incrementa el riesgo de complicaciones por infecciones respiratorias.

En este contexto, desde la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria proponen considerar a las personas fumadoras como grupo de riesgo prioritario para la vacunación antigripal.

Nuevo reglamento para el Sistema Nacional de Residencias de la Salud

El Ministerio de Salud de la Nación aprobó un nuevo reglamento general para el Sistema Nacional de Residencias de la Salud, que comenzará a regir a partir de este año. La medida, formalizada mediante la Resolución 542/2026 en el marco de la Ley Nacional de Residencias (N° 22.127), busca actualizar el esquema vigente tras la caída del anterior régimen luego de la Ley de Emergencia Sanitaria, y avanzar hacia criterios más homogéneos en la formación de profesionales.

Uno de los principales cambios es la implementación de la Beca Nacional de Residencia como única modalidad de contratación. A partir de ahora, todos los residentes que se formen en establecimientos nacionales o en instituciones con convenio con la cartera sanitaria percibirán esta beca, con la posibilidad de recibir adicionales otorgados por cada institución. Asimismo, se establece que las entidades deberán garantizar la cobertura de seguro de salud y de mala praxis. Los residentes que ya se encuentran en formación podrán optar por continuar bajo el régimen previo o adherirse al nuevo esquema.

El reglamento también introduce modificaciones en el régimen de licencias. A las licencias ya existentes -anual ordinaria, por

maternidad, paternidad y enfermedad- se suman nuevas opciones, como licencias por enfermedad de familiar, fallecimiento de familiares directos y otras situaciones particulares que serán evaluadas según las necesidades del servicio, del profesional y de los pacientes.

En cuanto a las condiciones laborales, se mantiene la carga horaria de hasta 45 horas semanales y un máximo de ocho guardias mensuales. Además, continúa vigente el criterio de priorización para profesionales formados en Argentina, quienes recibirán cinco puntos adicionales en el orden de mérito para el ingreso.

A partir de 2027, se incorporará un nuevo requisito para profesionales graduados en el exterior: deberán provenir de instituciones con sistemas de acreditación equivalentes a los estándares reconocidos por la World Federation for Medical Education (WFME), con el objetivo de asegurar una formación de base acorde a parámetros internacionales.

Por otra parte, desde este año cada jurisdicción será responsable de organizar sus propios exámenes de ingreso, con criterios y evaluaciones definidos a nivel local. La normativa alcanza tanto a residencias básicas



(medicina, enfermería y bioquímica) como a especialidades y residencias postbásicas en establecimientos nacionales.

Con estas modificaciones, desde la cartera

de Salud sostienen que se apunta a fortalecer el rol de las provincias en la formación de recursos humanos en salud, adecuando los procesos a las realidades epidemiológicas, geográficas y sanitarias de cada región.

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

XXIX Congreso Internacional y IV Encuentro Nacional de Clínicas, Sanatorios y Hospitales

Bajo el lema “Sostenibilidad en Salud para una Argentina Productiva”, el encuentro convoca a referentes del sector para reflexionar y debatir sobre los desafíos actuales del sistema de salud.

14 y 15 de mayo de 2026
Córdoba, Argentina – Hotel Holiday Inn

Organizan :
CONFECILISA, CAES y ACLISA

_Inscripciones abiertas:
<https://forms.gle/Q68JnxzHbRfb77xY9>

cm
SI
CIRCULO MEDICO DE SAN ISIDRO

Clases de Chi Kung

En CMSI
Dictadas por el Dr. Caraffa

Miércoles
18 hs.



Círculo Médico de Matanza

ACTIVIDADES DE “LA CASA DEL MEDICO JUBILADO”

Tacuarí 345 – R. Mejía

El Centro de Medicos Jubilados (CE.ME.JU.MA) realiza las siguientes actividades, que inician en MARZO:

Taller de Narrativa:

Jueves 15 hs., coordinado por la señora Cora Medina.

Grupo de Reflexión:

Martes 14 hs.

Grupo de Teatro Leído:

Horario a confirmar, a cargo del Sr. Hugo Posse y equipo.

Taller de la Memoria y Cognitivo:

Horario a convenir.

Cine Debate:

3º martes del mes a las 15 hs.
Coordina: Dr. Daniel Perez Volpe

Taller de Psicología:

Inicia 09/04 a las 14 hs.

Informes sobre actividades de CE.ME. JU.MA: 4654-4237 ó Fortunata Matina matina07@gmail.com/Dr.Luis Saimon 1556saimon@gmail.com/Dra.Marta Mendez martmarmendez@gmail.com

ASESORA PREVISIONAL

El Círculo Médico de Matanza cuenta con el servicio de asesoramiento para los jubilados de la entidad y los profesionales activos.

Se trata informar acerca de pases de una Caja a otra, unificación, etc. y de aclarar las condiciones actuales en que se encuentran las Cajas de Jubilaciones.

Nuestra asesora es la Sra. Matina Fortunata que tiene su oficina en la nueva “casa del médico jubilado” en la calle: Tacuarí 345, de lunes a viernes de 11 a 15 hs., puede contactarse con ella vía e-mail: matina07@gmail.com ó tel 4654-4237 ó 15-4078-2414.

La página Web de AMEJU se encuentra actualizada: www.ameju.com.ar a través de sus diferentes solapas, se accede a diversos temas: Institucional Cultura y Educación.

CARTELERA MAYO 2026

TALLERES DE LA CODIC 2026

Presencial

Virtual

TALLER	PROFESOR/A	MODALIDAD	LUGAR	HORARIO
Entrenamiento Cognitivo en adultos mayores	Lic. Karina Frangella	Presencial	Casa de la Cultura	Martes y Jueves de 17 a 18.30 hs.
Idioma Italiano	Sandra Fusco	Presencial	Casa de la Cultura	Miercoles de 15 a 17 hs.
Idioma Inglés	María Ines Sierra	Virtual		A convenir 11-4036-3384
Idioma Inglés	Javier Mauro Fernández Fusco	Presencial	Casa de la Cultura	Lunes de 14 a 15.30 hs.
Introducción a las Redes Sociales	Sofía Becherini	Presencial	Casa de la Cultura	Lunes 17.30 a 18.30 hs.
Gestión de Redes	Sofía Becherini	Presencial	Casa de la Cultura	Lunes de 18.30 a 19.30 hs.
Historia del Arte	Viviana Díez	Presencial	Salón Yapeyú	Lunes de 18.30 a 20 hs.
Escuela de Música	Ernesto Longa	Presencial Virtual sincrónica	Casa de la Cultura	Lunes y Miércoles de 14 a 17 hs.
Tai-Chi Chuan, Chi Kun y meditación	Dra. Liliana Carozza	Presencial	Casa de la Cultura	Martes de 10.30 a 12 hs.
Artes Visuales para Niños y Adolescentes	Javier Mauro	Presencial	Casa de la Cultura	Martes de 15 a 16.15 hs.
Lectura y Escritura Creativa Macedonio Fernández	Roxana Palacios	Virtual sincrónico y asincrónico		Viernes de 19.30 hs.
Artes Plásticas para Jóvenes y Adultos	María Andrea Italiani	Presencial	Casa de la Cultura	Jueves de 14 a 16.30 hs.
Fotografía	Sofía Becherini	Presencial	Casa de la Cultura	Miércoles desde 18.30 hs.
Tango	Viviana Maceri	Presencial	Casa de la Cultura	Viernes de 18 a 19.30 hs.
Museo de la Medicina	Diana Waipan	Presencial	Casa de la Cultura	Jueves de 14 a 16 hs.



Informes e inscripción:

 **11-2336-9360**

Casa de la Cultura - Pje González 53 • Salón Yapeyú - Colombres 420 Lomas de Zamora

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.: 6089-4000

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

Guillermo Marconi 1484 - (1636) Olivos- Bs. As.
Tel.: 4796-1313/4900

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

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 - 3750-3376

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



Para publicar en estas páginas

FEDERACIÓN MÉDICA DEL CONURBANO

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