

ADEMP

Revista de la Asociación de Entidades de Medicina Privada

Año XXI

Marzo 2015

Nº 122

Entidad Adherida a ALAMI

CA 13

CONFIANZA

RED FARMACEUTICA + PROVISION DE MEDICAMENTOS

Unidad Farma

- Droguería de Insumos especiales
- Trazabilidad
- Tránsito interjurisdiccional
- Certificación ISO 9001:2008



Unidad Prestacional

- Red de Farmacias de alcance Nacional
- Auditoría y control de consumos
- Monitoreo permanente del servicio
- Información estratégica



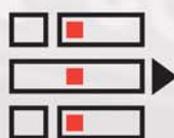
Servicios On Line

- Sistema de gestión on line de expendios
- Gerenciamiento de pacientes crónicos



Farmacoeconomía

- Implementación de vademécums
- Análisis de escenarios prestacionales
- Desarrollo de circuitos normativos



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

MÁS DE 30 AÑOS MARCANDO EL RUMBO

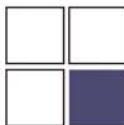
CENTRAL: RINCÓN 40, BUENOS AIRES | 4136-9000
DROGUERÍA UNIDAD FARMA: J. B. ALBERDI 5308/10/12 | 4137-4000
CIUDAD DE CÓRDOBA: CHILE 242, NUEVA CÓRDOBA

WWW.CSF.COM.AR

¿Sabía que...

la credencial de su plan médico privado
puede solventar hasta \$ 3.000.000
al año por un caso muy grave?

La medicina privada
suma tranquilidad a su vida

 **ADEMP**

ASOCIACIÓN DE ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA

Volver a empezar...



por el
Cdr. Nestor Gallardo
Presidente de ADEMP

*“Volver a empezar, aún no termina el juego
 volver a empezar, que no se apague el fuego
 queda mucho por andar.
 Y que mañana será una día nuevo bajo el sol
 volver a empezar, volver a intentar.
 Volver a empezar”.*

La estrofa pertenece a una conocida canción del talentoso compositor argentino Alejandro Lerner.

Trasunta una especie de arenga para retemplar el ánimo de quien abatido por diferentes circunstancias se acerca a desistir en la lucha por alcanzar un objetivo.

La salud privada transita una época del año en la que se alista para un proceso que se juega a dos puntas, como en una batalla donde mantiene dos flancos expuestos entre los que se encierra consciente de la desventaja con que cuenta para librarla.

Por uno de los lados, el ataque lo desata la gestión sindical en la búsqueda de obtener los medios para mantener el poder adquisitivo de los trabajadores de la salud, al menos durante un tiempo, aquel que necesite un proceso de incremento de precios que fagocita a poco andar las mejoras obtenidas y por lo tanto retrotrae a un nivel aún más desquiciado el salario que se intentó preservar.

Para mejor destacar el dislate que se presenta en este proceso y que coloca a nuestro país en otra posición destacada en los rankings de estadísticas negativas, ésta probablemente sin competidores a la vista, se genera la irrisoria situación de trabajadores a los que les resulta menos perjudicial para su bolsillo desprestigiar un aumento para evitar que el impuesto a las ganancias lo ubique en una categoría de tasa superior con lo que su contribución crece más que el aumento que perciba. O sea un aumento negativo.

¿En qué economía puede encontrarse una situación similar en el mundo de hoy?

Mientras se agotan energías para defenderse en el flanco laboral, una de esas raras circunstancias en que alguien debe defenderse de quien lo enfrenta pese a reconocer las virtudes del reclamo del “atacante” léase pleno acuerdo del sector respecto de los derechos de sus trabajadores a obtener un salario justo y adecuadamente retributivo de una tarea que, como en el caso de la enfermería sólo por destacar la actividad de mayor exposición de una vocación ineludible por la atención del semejante, carece del menor reconocimiento económico cercano al merecimiento.

Pero, queda el otro flanco, un lugar donde se juega en gran medida el resultado de la batalla.

Se trata de la búsqueda de recursos para satisfacer los mayores costos de la actividad entre los que el gran componente es precisamente la mano de obra.

COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTECdr. Nestor Gallardo. *ALTA MEDICA S.A.***VICEPRESIDENTE**Lic. Hugo Magonza. *CEMIC***SECRETARIO**Dr. Luis Degrossi. *APRES***TESORERO**Sr. Cristian Mazza. *MEDIFE***SECRETARIO DE ACTAS**Dr. Pablo Giordano. *STAFF MEDICO***VOCAL TITULAR**Dr. Gustavo Criscuolo. *MEDICAL'S***COMISION FISCALIZADORA****Titulares**Sr. Carlos A. Caballero. *VITA'S*Sr. Luis Albertón. *SABER*Sr. Antonio Paolini. *FEMEDICA***Suplentes**

Cdr. Juan Pablo Tenaglia

*FUND. MEDICA MAR DEL PLATA***ASESORES LEGALES**

Dr. Sebastián Grasso

Dr. Julio Frigerio

ASESORA CONTABLE

Cdra. María del Pilar Gallardo

APODERADO

Sr. Jorge Otero Lacoste

En los últimos años, en forma repetida, los aumentos autorizados a ser aplicados en las cuotas de la medicina prepaga se ubican por debajo de los acuerdos salariales, hecho livianamente justificado por las autoridades de aplicación de la ley que establece dicha autorización con el argumento que la mano de obra no es el componente único del costo prestacional, desestimando irresponsablemente al resto de los componentes que en realidad sufren aumentos por encima de la pauta salarial. Esto es lisa y llanamente un actitud facilista que seguramente quienes las aplican desechan en su intimidad sabiendo que no resiste el menor análisis técnico.

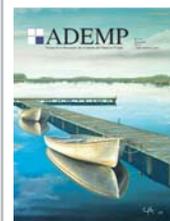
Hasta aquí, una de las circunstancias del “*volver a empezar*”, pero existe otra que se encuentra vinculada al aspecto político en un año signado por las elecciones generales cuyo resultado parece presagiar un cambio de las políticas de Estado que irían desde lo moderado hacia lo más profundo, pero que se darán cualquiera sea la línea triunfadora.

En la nueva etapa, el sector de la salud privada deberá “*volver a empezar*”, reinstalar en la nueva administración la realidad que la atraviesa y cuya gravedad salta a la vista en el cierre de entidades, las absorciones y fusiones en búsqueda de mejorar la relación población amparada frente a la estructura funcional, la rotura de la cadena de pagos, la imposibilidad de cumplir en tiempo y forma con obligaciones tributarias y previsionales que van generando un endeudamiento que crece a tasas usurarias como son las que aplican los organismos de recaudación.

Muy probablemente el reencauzamiento de este proceso requiera de algo muy asiduamente citado, el costo político de la asunción de las medidas necesarias.

Que quede muy claro, para la actual administración pero también en especial para la que llegue en diciembre, el sector no espera arrojar al primer paso de las nuevas autoridades la realidad que lo acosa, ha sido un incansable luchador por destacar el paulatino deterioro de la salud privada a la que acude más del 50% de los habitantes del país, y, si bien la atención de las necesidades aún no configura una preocupación de los mismos, se debe a que el sector privado ha extremado su esfuerzo tratando de sobrellevar el ataque de los dos flancos.

Las energías están en su límite, pero el sector siempre está dispuesto a “*Volver a empezar*”. □



Tapa

Título: “*Quietud reflejada*”Autor: *Martin Carrique*

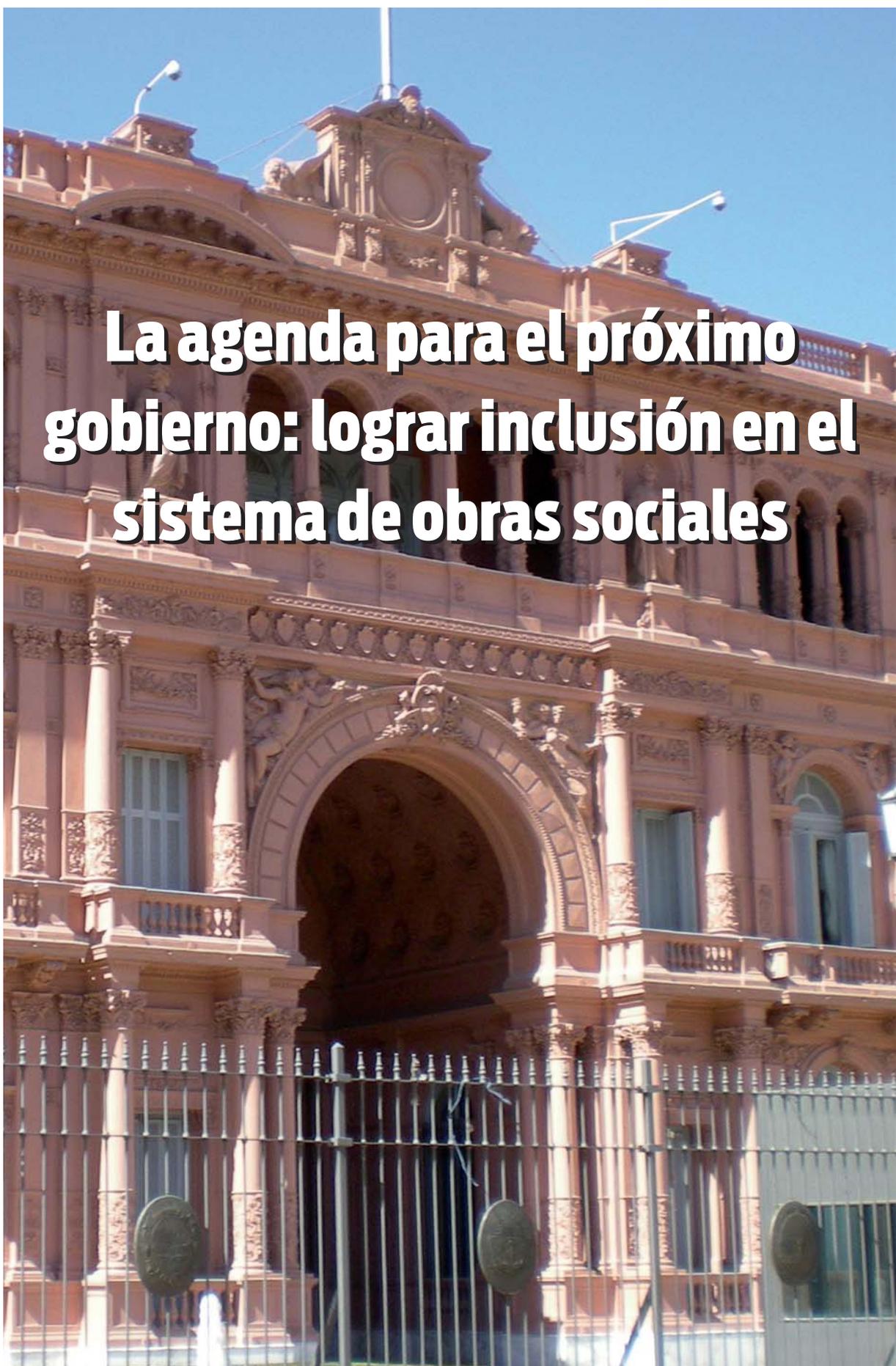
Técnica: Oleo sobre tela

Dimensiones: 60 x 80 cm

Año: 2013

www.paisajescarrique.com.ar

La agenda para el próximo gobierno: lograr inclusión en el sistema de obras sociales



La gestión que empiece a gobernar en diciembre del 2015 se encontrará con un sistema de obras sociales con recursos sensiblemente aumentados, pero bastante desigualdad en el acceso efectivo a prestaciones médicas de calidad. Para lograr mayor inclusión en el sistema de obras sociales hay que suavizar la dispersión de niveles de aportes entre los trabajadores. En este número de los Enfoques se ofrece a los futuros gobernantes propuestas sobre cómo rediseñar el Fondo Solidario de Redistribución para lograr más inclusión en salud.

Un breve balance de la década

El año 2015 estará cargado de temas electorales en virtud de que se celebrarán las elecciones primarias abiertas, simultáneas y obligatorias en agosto, la presidencial en octubre y la posibilidad latente de que haya una segunda vuelta en noviembre. Además, habrá recambio en la persona que ocupa el Poder Ejecutivo y en la conformación del Congreso Nacional. Todo indica que es hora del balance de lo realizado y plantear los temas para la agenda de la próxima gestión. El sistema de salud, obviamente, no está exento de este proceso.

El sistema de salud argentino, como se sabe, es vasto, heterogéneo y muy segmentado. Por ello, los cambios que las elecciones puedan traerle aparejado provendrán desde diferentes ángulos. Por un lado, las obras



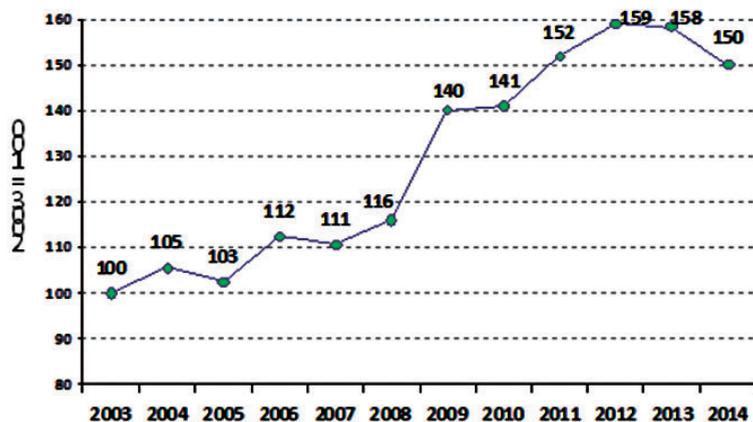
Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

sociales nacionales y las empresas de medicina privada estarán atadas a lo que ocurra en la Superintendencia de Servicios de Salud. Por el lado de la salud de los jubilados, dependerá de los cambios que se produzcan en el PAMI. En las obras sociales provinciales y los sistemas públicos de salud el futuro obedecerá a lo que ocurra a nivel de gobernaciones y legislaturas provinciales.

Así es como resulta difícil proyectar hacia donde irá el sistema de salud en su conjunto si no es analizando cada una de sus partes. En esta ocasión, el análisis se centrará en el sistema de obras sociales nacionales y las empresas de medicina privada.

Sin desconocer que en la hencencia del próximo gobierno hay complejos temas pendientes en materia de marco regulatorio (prohibición de las carencias y exclusiones, la definición del PMO, las reglas de precio, etc.), todos los cuales han sido estudiados con propuestas de política que se presentaron en la serie de los Enfoques de Políticas Sanitarias de ADEMP, hay un tema que pasa casi desapercibido pero que marca con trazos decisivos la agenda del futuro gobierno. Se trata del enorme crecimiento de recursos que recibieron las obras sociales en la década que pasó.

Gráfico 1. Evolución de los recursos por trabajador del sistema de obras sociales nacionales
Corregida por inflación Congreso



Fuente: elaboración propia en base a AFIP



En el año 2014, según datos oficiales de la AFIP, la recaudación de las obras sociales nacionales ascendió a \$61 mil millones anuales. Considerando que la cantidad de trabajadores aportantes es de 7 millones, el aporte promedio por trabajador es de \$726 por mes. Este mismo valor, en el año 2003, a igual poder de compra (o sea, corregido por inflación¹), se estima en el orden de los \$484 mensuales. O sea, hubo un incremento real de los recursos por trabajador con destino al sistema de obras sociales nacionales del

orden del 50%. En el Gráfico 1 se muestra la trayectoria.

Puede observarse que entre los años 2003 y 2005 los recursos por trabajador del sistema de obra sociales se mantuvieron estables; entre el 2005 y el 2008 crecieron de manera sensible debido a que, a partir del 2006, los convenios colectivos de trabajo impusieron altos aumentos de salarios, y en el 2009 se produjo un salto debido a que se incrementaron los topes de aportes personales y se eliminaron los topes de contribuciones patronales.

Entre el 2010 y el 2012 los recursos siguieron creciendo, motorizados por los convenios colectivos que volvieron a imponer altos aumentos de salarios nominales (por encima de lo que ya era una alta inflación) y las empresas pudieron pagarlos gracias a que volvieron a crecer los precios internacionales de las exportaciones argentinas, aumentó la demanda de bienes industriales argentinos desde Brasil y esto produjo un importante aumento general del nivel de actividad.

El 2012 es un punto de inflexión. El exceso de gasto de la economía aceleró la inflación, exacerbó la presión sobre el dólar, profundizó la pérdida de reservas, la economía se amesetó y por la creciente inflación el salario real perdió. De aquí la caída que se observa en los recursos por trabajador entre el 2013 y 2014. Pero esto para nada implica se haya revertido el crecimiento de los recursos por trabajador que el sistema de obras sociales recibió en la década que pasó.²

Tamaño crecimiento de los recursos por trabajador, sin embargo, no se tradujo en un aumento de similar en la accesibilidad y/o la calidad de los servicios médicos en el sistema de obras sociales nacionales. O, al menos, no hubo mejoras importantes para todos los trabajadores. Hay muchos servicios entre las obras sociales, especialmente los más costosos, donde la accesibilidad es muy restringida e incluso muchos afiliados de obras sociales todavía demandan servicios en el hospital público, con los cono-



**La Calidad
es una actitud**

ACUDIR S.A.
Alte. F. Seguí 1350 - C1416BXF - C.A.B.A.
Teléfono: 0054 11 6009 3300
Fax: 0054 11 4581 8956

www.acudiremergencias.com.ar



Gráfico 2. Distribución de los salarios

Fuente: elaboración propia en base a Anuario Estadísticas Tributarias 2014 (AFIP)



cidos inconvenientes de filas y listas de espera que los caracteriza, lo cual es un indicio de que perseveran problemas de accesibilidad entre las obras sociales.

Las razones hay que buscarlas en el Gráfico 2. Allí se presenta la distribución de los niveles salariales entre los trabajadores que aportan a las obras sociales. El dato fue extraído de las bases de recaudación de la AFIP, que se presenta en el Anuario de Estadísticas Tributaria de esa institución, y corresponden al año 2013. Aunque el dato puede ser algo viejo, lo relevante es la estructura. El punto de partida es observar donde se ubica el nivel de salario promedio (que en el 2013 se ubicaba en alrededor de los \$10 mil mensuales). Cáptese que dos tercios de los trabajadores tienen salarios por debajo del promedio, mientras que sólo un tercio tiene salarios por encima. Es más, por debajo del promedio

casi un tercio de los trabajadores tienen remuneraciones que no llegan a ser el equivalente a la mitad del promedio (\$5.000) y otro tercio tiene remuneraciones entre la mitad y el promedio.

Esto no es raro. Es la forma convencional que adoptan las distribuciones de remuneraciones como consecuencia de la estructura piramidal en la organización del empleo y el hecho de que los niveles de educación también responden a una fisonomía similar donde la mayoría tiene niveles básicos, menos personas tienen niveles intermedios y una minoría tiene altos niveles de educación.

Aunque en los últimos años se observó una tendencia a la igualación de salarios, lejos está dicha tendencia a homogeneizar las remuneraciones. En general, los solapamientos se produjeron en niveles operativos y de supervisión, pero no a niveles de los salarios más elevados.

La dispersión de remuneraciones tiene una connotación decisiva para el financiamiento de la salud. Las diferencias salariales impiden que la gente tenga similares accesos, en cantidad y calidad, a servicios médicos. Independientemente de cual sea el valor de Programa Médico Obligatorio que se tome (que, se sabe, más allá de que sea un paquete único de prestaciones puede variar según la cantidad, disponibilidad y calidad de los prestadores con que se cuente), es claro que ese 32% de trabajadores que tiene salarios inferiores al 50% del promedio encontrará muchas dificultades financieras para acceder a servicios médicos de análoga calidad a los que accede el 31% que tiene remuneraciones por encima del promedio.

En este sentido, la década que pasó deja una importante enseñanza. Sumar recursos per capita al sector salud, por importante



ADMIFARM
G R O U P

Manteniendo lo esencial

La innovación y la tecnología hacen la diferencia.

Management eficiente que mejora las prestaciones en el ámbito de la salud.

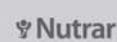


INNOVACION

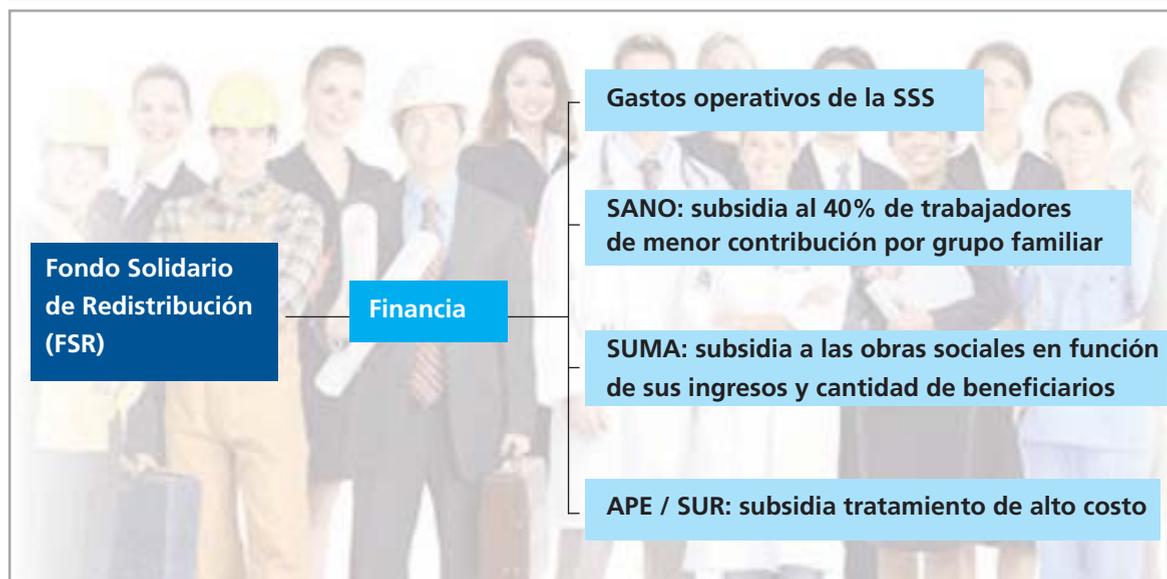
ESTRATEGIA

COMPROMISO

- ✚ Administración de redes farmacéuticas
- ✚ Informes estadísticos y de consumo
- ✚ Auditoría y validación on-line de recetas
- ✚ Centro de patologías crónicas
- ✚ Trazabilidad: Auditoría y Gestión
- ✚ Management farmacéutico
- ✚ Uso racional de medicamentos
- ✚ Estudios de farmacoeconomía
- ✚ Provisión y distribución de medicamentos



Recuadro 1. Usos del Fondo Solidario de Redistribución



que sea el aumento, difícilmente solucione las limitaciones financieras que sufren los trabajadores de menores remuneraciones para acceder a un PMO que pretende ser igualitario. En otras palabras, hay un desequilibrio actuarial estructural en el financiamiento de la salud en el sistema de obras sociales que lleva a que muchas personas queden excluidas del acceso a medicina de buena calidad.

El principal tema pendiente para la agenda del próximo gobierno, entonces, dada la elevación de recursos per capita que deja la década que se va, es cómo lograr que el segmento de trabajadores de más bajas remuneraciones (v.g. los que tiene remuneraciones inferiores al 50% del promedio) aumenten sus posibilidades de acceso a mejores servicios de salud. Técnicamente significa tender a cerrar la brecha actuarial de estos trabajadores.

Propuesta de política

La solución puede venir por el lado de otro tema pendiente que deja la década: el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Este fondo está conformado por una parte de los aportes y contribuciones que van al sistema de obras sociales. La alícuota de aportes y contribuciones al sistema es de 9% del salario. De esta alícuota, los trabajadores convenionados deben asignar al FSR un 10% cuando el salario es inferior a \$2.400 y un 15% cuando es superior, y los trabajadores no convenionados deben asignar un 15% y 20%, respectivamente. Hay muy poca transparencia en torno a la recaudación del FSR pero un cálculo estimado colocaría a este monto en el orden de los \$10 mil - \$12 mil millones para el año 2014.

El FSR tiene cuatro destinos que son los que se presentan en el Recuadro 1. Básicamente, financia los gastos operativos de la

SSS y tres programas de subsidios. Uno a las personas de menores ingresos (SANO), otro son subsidios directos a las obras sociales (SUMA) y otro a las prestaciones de alto costo (APE / SUR).

Un análisis crítico de este diseño de FSR sugiere que si el objetivo es la inclusión y la igualdad en el acceso a la salud, el SUMA y el APE / SUR son dos programas que deberían ser cerrados y sus recursos reasignados al SANO.

La justificación es que el SUMA no es un subsidio a las personas, sino a las obras sociales, con lo cual no modifica –por el contrario, cristaliza y solidifica– las actuales desigualdades en el aporte a la salud de los trabajadores por la asimetría de sus niveles salariales. Por el lado del APE / SUR, si bien técnicamente puede justificarse desde la perspectiva de ayudar a financiar las prestaciones de muy alto costo, en la práctica no funciona, o fun-



El principal tema pendiente para el próximo gobierno, dada la elevación de recursos per capita que deja la década que se va, es cómo lograr que el segmento de trabajadores de más bajas remuneraciones aumenten sus posibilidades de acceso a mejores servicios de salud.

cióna muy mal, y la prueba es que su manejo es muy poco transparente y ha sido fuente inagotable de corrupción.

El SANO, en cambio, es el único programa de subsidio que apunta directamente al foco del problema de la inconsistencia actuarial del PMO, que son, ese 32% de trabajadores que tienen salarios inferiores al 50% del promedio. Si los recursos que hoy se canalizan a través de los otros dos programas de subsidios (SUMAR y APE/SUR) se reasignan al SANO entonces se podrá tener más recursos para elevar los aportes del 32% de trabajadores de muy bajos salarios y gran parte del 37% que le sigue en la escala de salarios. En otras pala-

bras, se podrá elevar el nivel de aportes y contribuciones del 69% de los trabajadores que tienen salarios por debajo del promedio. Esto se explica porque el SANO tiene más justicia distributiva que el SUMA.

Las funciones que teóricamente debería ejecutar el APE / SUR deben pasar a ser cumplida por un mecanismo de reaseguro que se instrumente desde los propios agentes de salud, tal como se expuso en varios números anteriores de la serie Enfoques de Política Sanitaria.

De esta forma, el FSR se destinaría sólo a dos finalidades que serían los gastos operativos de la SSS y el SANO. Esto haría más consistentes los aportes y contri-

buciones de los trabajadores de menores salarios con el costo del PMO. Un punto sensible pero que vale la pena recalcar es que el cambio no implica que las actuales obras sociales no seguirán recibiendo recursos, sino que lo harán en función del número de trabajadores de bajos salarios que atiendan y de la razonable calidad de atención médica que les den a estos trabajadores.

Un rediseño en esta dirección es una contribución decisiva a la meta de lograr mayor inclusión en salud. Objetivo que fue explícitamente declarado en la década que pasó, pero que en el sistema de obras sociales quedó como materia pendiente para el próximo gobierno. □

¹ Como la inflación oficial del INDEC está subestimada, se toma entonces la inflación estimada por las consultoras privadas y que publica el Congreso Nacional, que es más alta que la oficial.

² De hecho, es posible que desde la perspectiva de los ingresos de las obras sociales no haya habido tanta caída de los ingresos reales debido a que en el ajuste por inflación del gráfico se tomó la inflación publicada por el Congreso, que es un índice al consumidor, cuando una obra social puede estar pagando salarios a sus empleados y precios a sus prestadores por debajo de lo que crecen los precios al consumidor. Si este es el caso, los ingresos reales de las obras sociales no habrían caído tanto o directamente no habría caído.



CENTRO DE DIAGNÓSTICO PARQUE

- ◉ *Resonancia Magnética*
- ◉ *Laboratorio de Análisis Clínicos*
- ◉ *Radiología Digital*
- ◉ *Mamografía de Alta Resolución*
- ◉ *Ecografía General y Endocavitaria*
- ◉ *Estudios Cardiológicos*
- ◉ *Ecocardiograma Doppler Color*
- ◉ *Eco Doppler Vascular*
- ◉ *Eco Stress*
- ◉ *Espirometría Computarizada*
- ◉ *Estudios Ginecológicos*
- ◉ *Densitometría Ósea*
- ◉ *Citopatología Oncológica*
- ◉ *Videoendoscopia*
- ◉ *Kinesiología y Fisiatría*
- ◉ *Láser - Magnetoterapia*
- ◉ *Audiología - Foniatría*





Internación domiciliaria y gestión de riesgos

La problemática de la gestión de riesgos es muy amplia, y también la diversidad de instrumentos y procedimientos para su desarrollo. En el presente artículo brindaremos algunas notas específicas relativas a la internación domiciliaria, identificando los principales factores de riesgo y las medidas que deben adoptarse en relación a ellos.

La falta de camas tanto en el sector público como privado de la salud, los mayores costos que para la seguridad social supone una internación sanatorial, la presencia de patologías cuyas características o pronósticos no justifican una internación nosocomial, la posibilidad de tratar de sobrellevar la enfermedad en mejores condiciones humanas, psicológicas y ambientales; son solo algunas de las causas que explican el crecimiento de este "segmento" de la actividad médico-asistencial, cuyo mayor desarrollo, cuantitativa y sobre todo cualitativamente, dependerá en gran medida de que nuestro país algún día pueda revertir su actual tendencia marcada por una preocupante carencia de enfermeros profesionales, pues son ellos los actores principales –junto con nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos y médicos, principalmente- de un adecuado cuidado de la salud de los pacientes que se encuentran internados en su domicilio.

En ese orden, la entidad prestataria del servicio de internación domiciliaria, como así también la obra social o empresa de medicina prepaga que otorga esa cobertura, son las responsables de coordinar adecuadamente la labor profesional de los recursos humanos que tienen a su cargo la ejecución de los cuidados para cada paciente, siendo responsables por el error en el que éstos puedan incurrir, en la medida en que el mismo tenga relación de causalidad con el daño sufrido por el paciente. En definitiva, existe un deber tácito de seguridad de la empresa o entidad respecto del obrar galénico, o de los demás profesionales y auxiliares del arte de

curar que presten servicios para la misma.

De allí que resulte de vital importancia que las empresas que desarrollan esta actividad médica trabajen también en la gestión de sus riesgos médico legales, muchos de los cuales son particulares y diversos a los de un establecimiento asistencial.

Todo servicio de internación domiciliaria debiera poner en funcionamiento procesos internos de comunicación que permitan a la dirección médica –y al gerenciar de riesgos- tomar conocimiento en forma inmediata de los eventos adversos, y así poder requerir adecuado asesoramiento jurídico y médico legal a fin de implementar las medidas que cada situación amerite para evitar el reclamo, o menguar sus efectos.

En el propósito de intentar darle mayor valor práctico a este apartado, sobre todo para el profesional de la medicina y el administrador de servicios de salud ligados a la atención médica domiciliaria, a continuación nos permitimos enunciar los más comunes y frecuentes eventos o conductas, relativos al objeto o a los sujetos de la relación contractual que suponen prestaciones de este tipo, los que deberían dar lugar a la toma de especiales recaudos o, en su caso, llevar a cabo acciones concretas, a saber:

- Pacientes que sufren una descompensación con muerte súbita en el domicilio y han sido atendidos por la empresa o registran consultas previas recientes.
- Pacientes cuya causa de muerte resulta sospechosa de algún acto ilícito, o las circunstancias resulten poco claras.
- Consultas en las que se constate la existencia de violencia fi-

sica en la persona examinada.

- Pacientes que son atendidos como consecuencia de intoxicaciones.
- Pacientes con consultas reiteradas domiciliarias en las cuales el diagnóstico final pudo haberse demorado.
- Pacientes que no cumplen con el tratamiento indicado por el profesional actuante.
- Toda demora o deficiencia atribuible a terceros relativa a prestaciones indicadas por el médico tratante (interconsultas médicas, laboratorio, imágenes, kinesiólogía, nutricionista, etc.).
- Pacientes que se niegan a ser trasladados a un centro asistencial, en aquellos casos en que se requiera su internación.
- Pacientes que se niegan a realizar estudios o prácticas indicadas.
- Familiares que rechazan la continuidad de tratamiento, o que entorpecen gravemente en lo normal la prestación de la atención y en el cumplimiento de las indicaciones médicas proporcionadas.
- Pacientes que se niegan a ser transfundidos.
- Pacientes que se niegan a concertar las visitas pautadas con el médico tratante –y personal paramédico-, o que deciden unilateralmente el alta médica.
- Manifestaciones del paciente –o familiar- de seria disconformidad con la atención médica prestada o el trato brindado.
- Pacientes que no se encuentran al cuidado de familiares directos o responsables legales.
- Errores en la administración de medicamentos a cargo del servicio de enfermería (ya sea en la dosis, el tipo de medicamento, o la vía de administración).

Es de vital importancia que las empresas que desarrollan la actividad médica, trabajen también en la gestión de sus riesgos médico legales, muchos de los cuales son particulares y diversos a los de un establecimiento asistencial.

- Incumplimiento por parte del servicio de enfermería en la administración de la medicación indicada por el/los profesionales actuantes.
- Pacientes que sufren traumatismos que requieren tratamiento específico o la indicación de estudios diagnósticos.
- Pacientes con escaras.

Para concluir, nos parece oportuno hacer una preliminar referencia a otro aspecto fundamental, bastante descuidado por muchas prestatarias de atención domiciliaria.

Me refiero a las historias clínicas, que frecuentemente denotan falencias, errores, omisiones o irregularidades, que no siempre van de la mano de una deficiente o negligente atención, sino que se circunscriben dentro del fenómeno de desinterés y descoordinación. El consentimiento informado también debe ser objeto de especial cuidado.

Por imperio de la Ley 26.529, pero también en línea con la idea de cuidar este instrumento fundamental para una eficaz gestión de riesgos, la historia clínica de pacientes con internación domiciliaria también debe ser única y contener, al menos, la siguiente información:

- Datos personales del paciente, número de documento, dirección, familiar/res o persona/s responsable/s del mismo, con sus respectivos datos identificatorios.

- Antecedentes clínicos heredo-familiares del paciente, parámetros básicos, diagnósticos, tratamiento, procedimientos médicos realizados, indicaciones médicas, vía y dosis, desenlace, epicrisis y cierre.

- Consentimiento Informado del paciente, o su representante legal. En el respectivo documento debe quedar explicitado que se ha informado y prestado conformidad de: 1) Diagnóstico y razones que justifican una internación de tipo domiciliaria. 2) Alcances del tratamiento que recibirá y equipo de salud que intervendrá. 3) Indicaciones específicas en torno a cuidados, alimentación y toma de medicamentos. 4) Pautas de alarma. 5) Eventos que pueden derivar en una internación hospitalaria.

- En caso de solicitarse una interconsulta, ya sea médica, kinesiológica o para la realización de cualquier estudio o procedimiento, se deberá dejar asiento en la historia clínica.

- Dejar constancias del estado del paciente en cada visita, así como también de los estudios solicitados y/o indicaciones proporcionadas.

- En caso de requerir internación, se deberá consignar el motivo, la institución a la que es derivado, el estado general del paciente al momento en que es trasladado, la empresa que lo traslada, fecha y hora en que se efectiviza el mismo. También deberá registrar toda anomalía en

la correcta y oportuna prestación del servicio de traslado, y las dificultades que se hayan presentado para efectivizar la internación del paciente en el tiempo indicado y requerido.

- En caso de que el paciente o los responsables del mismo no acepten un cierto tratamiento, o la indicación de una internación institucional, se deberá dejar constancias de ello, documentando el correspondiente rechazo terapéutico.

- El servicio de enfermería deberá confeccionar sus propios registros, en los que se deberá dejar constancia de la medicación administrada, ingresos y egresos en caso de ser necesario, signos vitales, curaciones, cambios de sonda, y cualquier otra actividad que se desarrolle.

- La historia clínica, planillas de enfermería incluidas, deberá contener los registros adecuados en relación a los eventos adversos o conductas antes enunciadas.

- Cada uno de los puntos mencionados puede ser motivo de un extenso desarrollo, pero sirva al menos esta instancia para, partiendo de la experiencia cotidiana, enunciar tan siquiera algunas de las claves para una eficaz política de prevención y gestión, destacando aquellos factores de riesgo que son los que dan origen a la mayoría de los reclamos que reciben las empresas de atención domiciliaria. □

** El presente material pertenece al libro "EL ERROR MÉDICO. Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales", cuyo autor es el Dr. Rafael Acevedo, abogado, Gerente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.*

IMAT inauguró el nuevo Laboratorio de Análisis Clínicos en su sede Central



Renovamos el Laboratorio junto con MANLAB, la institución bioquímica más reconocida del país.

- Más de 1100 prestaciones, incluyendo alta complejidad
- Medicina Genómica
- Infectología Molecular
- Horario de atención desde las 7 am
- Mayor cantidad de boxes
- Infusión luego de la extracción
- Entrega anticipada de resultados y envío on-line



Sistema de Gestión de la Calidad
Certificado por IRAM
Norma ISO 9001:2008

Institución Afiliada a la Facultad
de Medicina de la Universidad
de Buenos Aires

Laboratorio: **4370-1695**

Central Unica de Turnos
4370-7600

Sede Central: Viamonte 1742
Ciudad de Buenos Aires
www.imat.com.ar





Un problema que no es solo médico

Respuestas a las enfermedades catastróficas

Hay un conjunto limitado de enfermedades que no solo matan o incapacitan a quienes las padecen sino que además empobrecen a estas personas y sus familias.

Las denominadas “enfermedades catastróficas” configuran un problema que no es solo médico, ni siquiera solo sanitario, sino que configura un complejo desafío económico y social que requiere su consideración y tratamiento desde las políticas públicas.

El adjetivo “catastróficas” se utiliza para hacer referencia a un conjunto de enfermedades cuya cura o tratamiento implica un alto costo.

Estas enfermedades comparten determinadas características, entre las que pueden citarse las siguientes:

1. Alto costo económico: Existen diferentes posturas respecto al valor que convierte a una enfermedad en catastrófica. El profesor Ke Xu (2003) estableció como parámetro que se trata de aquellas cuyo tratamiento demanda un gasto superior al 40% de los ingresos familiares. En un estudio realizado en la Argentina, se estableció como punto de corte a las patologías o tratamientos crónicos que involucran costos de tratamiento crecientes y que en ningún caso resultan inferiores al salario mínimo vital y móvil (Tobar, 2009). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como convención que una enfermedad tiene un impacto catastrófico cuando se destina más del 30% del presupuesto familiar para su atención.

Coordinador
Federico Tobar

Autores
María Teresa Bürgin Drago
Gabriela Hamilton
Federico Tobar
Esteban Lifschitz
Roberto Daniel Yjiloff

1 r a . P A R T E

2. Generan severos daños en la salud de quienes la padecen: Se trata de enfermedades crónico-degenerativas o infectocontagiosas que se convierten en crónicas y pueden causar discapacidad o muerte

3. Registran bajo impacto en la carga de enfermedad: Desde una perspectiva epidemiológica, estas enfermedades no son prioritarias porque su incidencia es baja y su

tratamiento se concentra más en los cuidados paliativos que en la cura

4. Su financiación desde el presupuesto de los hogares resulta insustentable: Como, por definición, se trata de enfermedades caras, si su financiación depende de los recursos de los pacientes y sus familias, solo podrán acceder las personas ricas. Según los estudios de Ke Xu, alrededor de 150 millones de personas sufren cada año efectos catastróficos sobre sus economías domésticas por padecer, ellos o sus parientes, enfermedades que requieren tratamientos de alto costo.

De ellos, alrededor de 100 millones caen bajo la línea de pobreza. Y dentro de estos últimos, 90 millones viven en países en desarrollo. El alto peso sobre los presupuestos de los hogares no es un determinante sino un agravante del impacto catastrófico. La solución no pasa simplemente por dictaminar que los sistemas y seguros de salud cubran estas patologías y prestaciones. Es necesario racionalizar las prestaciones, organizar los cuidados sobre la base de la medicina basada en la evidencia, para optimizar los resultados y minimizar los riesgos.

5. Presentan una curva de gastos diferente: Cuando uno mide cómo evoluciona el costo del tratamiento de una determinada enfermedad, lo más frecuente es que el mismo sea mayor al inicio para luego ir reduciéndose. Se llama a este fenómeno “*regresión a la media*”. Sin embargo, en el caso de las enfermedades catastróficas la evolución es extremadamente lenta. Se denomina “*reversión lenta a la media*” a este comportamiento

6. La mayor parte del gasto se destina a medicamentos: En las enfermedades agudas, que son la mayor parte de las transmisibles (cuando estas no se hacen crónicas), en promedio el costo farmacéutico es equivalente a un cuarto del costo total de los tratamientos. En las crónicas, supera al 50% y en las crónico-degenerativas de tipo catastrófico supera el 80%.

7. Su cobertura es definida por vía judicial: En los últimos años se reportó una práctica que es sumamente preocupante para las autoridades sanitarias (especialmente para los seguros públicos de salud) de países latinoamericanos: la denominada “*judi-*

cialización” del derecho a la salud y a los medicamentos (OPS y DIGEMID, 2010). Mediante fallos judiciales, se obliga a las instituciones a proveer ciertos fármacos, por lo general novedosos, de alto precio y cuyo uso no siempre se sustenta en evidencias científicas sólidas.

8. La protección social de la población frente a las enfermedades catastróficas plantea dilemas de puja distributiva en la financiación sanitaria: La innovación tecnológica en salud incrementa cada año el arsenal de opciones terapéuticas posibles para enfrentar una determinada enfermedad. Esto, constituye una ventaja por la cantidad y calidad de vida que se puede ganar pero, en contrapartida, incrementa los costos asistenciales de forma cada vez más acelerada.

Se pueden enunciar cuatro motivos por los cuales el Estado debería intervenir en la promoción de la cobertura de los tratamientos para este tipo de enfermedades, especialmente del acceso a medicamentos de alto costo: 1) a veces no alcanza con garantizar el acceso a bienes y servicios esenciales

ORGULLOSOS
de lo que somos...



**VENTA, DISTRIBUCION Y GERENCIAMIENTO
DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS ESPECIALES**

Av. Juan de Garay 437 - (C1153ABC) - Bs. As. - Tel/Fax: (011) 5554-7890
Vtas. (011) 4126-7900 - Scienza responde: 0810-222-SCIENZA (7243)



ISO 9001:2000
BUREAU VERITAS
Certificada



www.scienza.com.ar

para reducir las brechas en la salud de la población; 2) es conveniente generar un adecuado pool de riesgos, porque las respuestas individuales son menos eficientes que las colectivas; 3) es necesario garantizar una respuesta segura y adecuada en términos clínicos, y 4) si se la integra como parte del derecho a la salud, la respuesta frente a las enfermedades catastróficas debe ser homogénea en calidad.

¿Cuáles son las enfermedades catastróficas?

Avanzar desde una noción conceptual hacia un listado positivo de enfermedades catastróficas es una tarea compleja. Además del listado, y probablemente más importante aún que las enfermedades que lo integran, es fundamental determinar el tipo de abordaje. Es imprescindible unir al modelo de financiación los lineamientos bajo los cuales se llevará adelante la atención de los pacientes que presenten las patologías incluidas.

Existen diversos caminos posibles para armar el listado de enfermedades catastróficas. Se sintetizan en cuatro modalidades:

a) *Benchmarking (en español, proceso de evaluación comparativa)*: Varios países han avanzado en esta materia. Entre ellos, puede mencionarse al Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, que cubre medicamentos y procedimientos de alto costo de manera gratuita para toda la población. Por su parte Chile, a través de las denominadas Garantías Explícitas en Salud (GES) ha incorporado el concepto de discriminación positiva de un grupo de enfermedades (muchas de ellas catastróficas), para equiparar la calidad y el acceso oportuno de quienes las padezcan.

El caso de la Argentina es muy particular. Como se trata de un sistema de salud muy fragmentado, es posible identificar diferentes coberturas verticales (elenco de prestaciones brindadas) que se corresponden con diferentes coberturas horizontales (grupos poblacionales protegidos). Estos rasgos de gran segmentación institucional, sumados a la fragmentación de la responsabilidad de la atención y atomización de los flujos de financiación por las prestaciones, confluyen en una gran inequidad e ineficiencia del sistema de salud.

Al comparar la cobertura de las diferentes enfermedades catastróficas en varios países de la región (Argentina, Uruguay, Chile, Colombia, Mé-

xico y Perú) no se han encontrado coincidencias entre los 6 países. Por eso, se tomó como punto de corte que al menos tres países coincidan. Así, fue posible seleccionar 22 enfermedades, que podrían ser tomadas como punto de partida para decidir las enfermedades a ser cubiertas prioritariamente

b) *Incidencia y prevalencia*: La dificultad de tomar esta situación como único criterio de inclusión es que podrían quedar fuera muchas enfermedades que no son de baja incidencia o prevalencia, pero que aun así su impacto económico es notorio tanto para las familias como para los sistemas de salud.

c) *Selección en función de los costos directos de la atención*: En este campo, la mayor dificultad radica en la poca disponibilidad de estudios de costo en la Argentina y en que no siempre es correcto extrapolar los costos de otros países

d) *Esquema combinado seleccionando en función de los costos directos asociados a la incidencia/prevalencia de las patologías*: Por último, una manera aún más completa de determinar las prioridades consiste en asociar el costo unitario de tratar la patología con su incidencia o prevalencia. Así, se podría generar un ranking de enfermedades, que estaría encabezado por la patología cuyo costo total (costo unitario por incidencia o prevalencia) sea más alto.

¿Cuántas enfermedades catastróficas hay que incluir?

Los costos en salud aumentan en forma sostenida y las enfermedades de mayor costo asumen un peso creciente como responsables de este aumento. A partir de esta situación y sobre la base de que el presupuesto es siempre finito, se debe decidir qué valor mensual está dispuesto a aportar cada financiador por la población bajo su cobertura. La inclusión de las enfermedades se hará en orden de costo total decreciente y hasta cubrir el valor mensual definido como tope. La ampliación de la cobertura vertical podrá realizarse a partir de la decisión de aumentar la cápita o a partir de lograr reducciones en los costos del tratamiento de las enfermedades incluidas. □

Continúa en el próximo número

 /CentroRossi  @CentroRossi

CDR incorpora el servicio de

CHEQUEOS PREVENTIVOS DE SALUD

PARA PACIENTES DE OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS



**CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**

4011-8420

chequeosejecutivos@cdrossi.com

www.cdrossi.com

Violencia contra el personal de salud

“Usamos guardapolvo blanco y no chaleco antibalas”

La violencia contra los médicos y el equipo de salud en su conjunto ha ganado espacio en los portales de noticias y noticieros, delincuentes que ingresan armados a las guardias, médicos amenazados a los que se les pide que salven milagrosamente una vida, ataques físicos y/o verbales por la demora en una atención; todos episodios extremos que no solo ponen en riesgo la vida de los profesionales, sino que condicionan la práctica médica y la atención de la salud de la población. Los Dres. Jorge Gilardi, Presidente de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, y Horacio López Alcoba, Secretario de Hacienda de la Institución, reflexionan sobre el tema.

Más allá de los casos "resonantes" de violencia contra los médicos que salen en los medios, ¿cuál es la situación real de esta problemática que afecta a todo el equipo de salud?

Dr. Gilardi: Hubo una evolución en la cantidad y en la calidad de los casos: primero comenzó con un empujón, luego con un insulto, después con un golpe. La agresión fue mutando: primero de un paciente, luego de un familiar... y hoy todo el equipo de salud es agredido porque a los hospitales entran bandas que delinquen y que muchas veces "van a salvar a alguien" o les piden a los médicos "milagros".

Hay distintos niveles de agresión y de riesgo: médicos que han salido en ambulancia y han regresado con la fisura de una vértebra causada por un golpe con un hierro; y médicos que trabajan en la guardia con miedo.

Esta es la realidad, que puede parecer exagerada, pero es lo que está sucediendo.

En todos lados hay una agresión y es muy importante el reconocimiento de que no solo importa el golpe o la trompada. También importa el insulto, el maltrato, la ruptura de la relación médico-paciente. El grado de preocupación es muy grande. Hace poco estuve en el Congreso Nacional e Internacional de Cirugía hablando de Violencia hacia el equipo de salud, algo que hace 5 años atrás hubiese sido impensado.

Desde la Asociación no nos queremos acostumbrar a la violencia, creemos que si la violencia ataca al equipo de salud se deteriora la relación médico-paciente y perjudica la calidad de la atención.

Inevitablemente la agresión trae consecuencias que no solo

van en contra del médico sino que perjudican al propio paciente...

Dr. Alcoba: Hace poco, en un hospital de la provincia de Buenos Aires, un paciente ingresó con gas pimienta para atacar a los médicos que se demoraban en atenderlo porque estaban atendiendo algo más grave. La guardia es un lugar en donde no tiene prioridad "el que llega primero"; se priorizan las urgencias. En mi caso hace 35 años que hago guardias y lo que estamos viviendo hoy jamás había sucedido. La falta de respeto, la agresión por la agresión misma, y algo que tiene mucho que ver con todo esto: la gran cantidad de chicos/jóvenes que llegan drogados.

Dr. Gilardi: El tema de la violencia es un problema social muy grave. Estamos en una sociedad que ataca al que la cuida. Pero hay que "cuidar al que la cuida"

porque la biología no perdona, en algún momento todos vamos a pasar a ser pacientes. Tenemos que pensar que el 40% de los argentinos, el único lugar que tiene para atenderse es el hospital público. Por eso, este avance sobre el hospital es contra nosotros mismos. Estamos destruyendo aquellos lugares donde debemos ser asistidos.

Respecto a las autoridades, nosotros no queremos entrar en la discusión de si *"nos cuida el de azul o el de verde"*. Es necesario que las fuerzas de seguridad se pongan de acuerdo y nos den las garantías para trabajar. La frase que acuña Médicos Municipales: *"Usamos guardapolvo blanco y no chaleco antibalas"* es nuestro leitmotiv en esta cuestión. Para eso nos formamos y creemos estar muy a la altura de la circunstancia de la asistencia médica. Pero este problema altera la relación médico-paciente y lleva a ejercer una medicina defensiva.

Después de algunos casos de violencia extrema se tomaron medidas concretas, incluso con presencia policial en los hospitales. ¿Estas iniciativas son permanentes o solo se hacen efectivas cuando se produce la agresión?

Dr. Gilardi: Se realizó la firma de un Convenio entre el Ministerio de Salud y el de Seguridad y Justicia en el que Médicos Municipales actuó como veedor del mismo y de su cumplimiento. Después se hizo un protocolo de seguridad para cada hospital, incluso desde la Asociación hicimos un tríptico informativo. Pero todavía falta. Muchas veces se necesita personal extra porque el de vigilancia no alcanza. En algu-

nos lugares hay seguridad privada y no queremos más que la Policía Metropolitana y la Federal discutan. Nosotros hacemos política gremial, no gremialismo partidario.

¿Consideran que hay factores internos al propio Sistema de Salud que puedan generar situaciones de violencia?

Dr. Gilardi: El Sistema de Salud está cada vez más abarrotado. Por ejemplo, acá en la CABA atendemos a la ciudad, pero también al conurbano y a mucha población de países limítrofes. Por lo tanto, no podemos justificar el acto de violencia de alguien que esperó media hora más en una guardia...

Si realmente este Sistema de Salud, que atiende 10 millones de consultas, hace 250 egresos, y que recibe el agradecimiento de tantísima gente... engendra violencia, entonces estamos haciendo un diagnóstico equivocado. La violencia viene de afuera hacia adentro. Los médicos decimos que para hacer tratamiento, primero hay que hacer diagnóstico. Si los funcionarios no diagnostican la violencia, entonces no nos van a cuidar.

En Médicos Municipales nos hemos puesto a la cabeza de la defensa de la problemática. Consideramos que la violencia está dentro de lo que llamamos CyMAT (Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo).

Si el equipo de salud trabaja mejor, el paciente está mejor asistido. Para eso necesitamos los cuidados necesarios. Hay zonas en la ciudad de Buenos Aires muy calientes. Las ambulancias, muchas veces, después de cierto horario, salen con móvil policial.

En la provincia directamente no salen... entonces, *¿quién se perjudica?* Por eso hacemos este llamado porque "el hospital es de todos nosotros".

También hay situaciones que cuando se hacen públicas tienen un alto impacto mediático, como ser la muerte de un niño, una madre que acaba de parir...

Dr. Gilardi: Hubo un caso en el Hospital Santojanni donde murió una madre joven tras un parto. La muerte siempre duele. La muerte joven duele mucho más. La muerte de una madre es terrible. Soy médico obstetra, siempre estuvimos en el ojo de la tormenta. Cuando sucedió este hecho, a los 20 días hubo un ataque muy fuerte contra el hospital. Con esto quiero decir que fue un ataque "planeado" porque en el momento que ocurren los hechos uno puede entender (hasta comprender) que un grupo de familiares, ante una situación así quiera romper todo por un ataque de nervios, por la pérdida...pero si vuelven a los 20 días, entonces estamos hablando de ataques premeditados.

Ante todo esto, lo que se puede hacer es: reclamar, firmar convenios, mejorar la seguridad en cada uno de los hospitales, utilizar los botones anti-pánico, tomar una serie de medidas para mejorar la inseguridad y transformarla en seguridad, etc. Necesitamos el apoyo de las fuerzas públicas para que el que trabaja de médico realmente lo pueda hacer. □

Fuente: APM

Empresarios • Profesionales • Monotributistas • Empleados en relación de dependencia

OSDEPYM
La Obra Social Empresaria

Las empresas líderes de la medicina prepaga han elegido a OSDEPYM.

Así lo testimonian más de 390.000 afiliados que canalizan sus aportes con OSDEPYM y con las obras sociales de personal de convenio que gerencia.



Superintendencia de Servicios de Salud
Órgano de control: 0800 - 222 - SALUD (72583)
www.sssalud.gov.ar
R.N.O.S. 4-0170-4 / R.N.E.M.P. Provisorio 6-1486-9

5288-5694/95/98
www.osdepym.com.ar



“Uno de cada cuatro médicos ha recibido algún tipo de violencia”

Una mirada Federal al problema

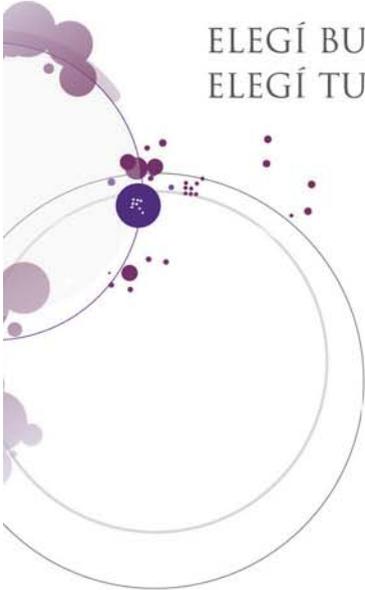
El Dr. Ignacio Berrios, Vicepresidente de la Confederación Médica de la República Argentina, habla sobre la violencia y riesgos en la vida de los médicos.

¿Cuán frecuentes son las agresiones físicas contra los médicos?

En Argentina no hay una estadística totalmente pura, amplia y segura pero se dice que por lo menos uno de cada cuatro médicos en nuestro país ha recibido algún tipo de violencia en el ejercicio de la profesión en los últimos años. Se trata de un problema serio porque es un personal que no está protegido con-

tra este tipo de violencia, ni la espera. De todas maneras, en relación a otros factores que generan o incrementan la violencia y el enfrentamiento con el paciente o sus familiares, hay que mencionar un Sistema de Salud que durante la década del '90 tuvo un franco vuelco hacia una política de salud de tipo mercantilista, donde el paciente se transformó en cliente, el médico en un efector y se despersonalizó muchísimo la atención. Además, al médico se le comenzó a exigir una serie de resultados numéricos, se incorporaron un montón de personajes que intervinieron

separándolo del paciente, una serie de disposiciones burocráticas que muchas veces fueron agresivas, por ejemplo: limitar el tiempo de la atención, determinar cuáles eran los procedimientos que se debían realizar y que fueran lo menos costosos posibles para el sistema, la falta de prontitud para realizar un acto quirúrgico, listas de espera interminables, saturación en las guardias hospitalarias, demoras en los medicamentos; todas cuestiones que hicieron (hacen) que el médico no cuente con herramientas para poder evitar la reacción violenta.



ELEGÍ BUENA SALUD,
ELEGÍ TU PLAN EN COBERMED.COM



COMO ESTAR
EN CASA

Habitaciones de internación,
confort, seguridad
y tranquilidad.



ES EL TURNO
DE HACER
TODO MÁS FÁCIL

Turnos online, autorizaciones,
consultas de prestadores,
planes y mucho más.



SIEMPRE
CERCA TUYO

Consultorios propios
al alcance de tus manos.



LOS CHICOS
SIEMPRE
PRIMERO

Servicio pediátrico
domiciliario sin cargo.

0810.888.2623

COBERMED
ELEGÍ BUENA SALUD

¿Cómo repercute el perfil del “nuevo paciente”, que muchas veces se “enoja” si el resultado no es el esperado?

Existe desde hace varios años una tendencia a ser cada vez más agresivo en la relación, tanto por los factores ya mencionados como por el resultado de la atención. El médico lo único que puede asegurar es que pone todos los recursos necesarios para llegar a un final lo más adecuado, en función de lo que determina la enfermedad. El acto médico nunca es “dos más dos”. La gente cada vez entiende menos esto y hay una especie de difusión exagerada de los conflictos que hace que todo el mundo esté convencido de que la forma de resolverlos es a través de la violencia.

En relación a la formación de los nuevos médicos, ¿hay un espacio para el abordaje de esta problemática?

Los jóvenes tienen un panorama distinto al que teníamos quienes ya llevamos años de carrera. Ellos conocen esta situación y la tratan de enfrentar. No tienen otra formación más que la que ven en sus mayores y cómo ellos se comportan frente al paciente. Ahora bien, una cosa es la formación teórica que dan las facultades sobre ética médica, relación médico-paciente o enfrentamiento de conflictos; pero otra es estar en el conflicto propiamente dicho en una guardia. Esta práctica en sí no se puede estudiar en los libros porque la reacción de un familiar es un acto en el que no se conoce lo que va a pasar o el grado de violencia que puede generar.

A nosotros esos actos nos sorprendían muchísimo pero ellos (los jóvenes) están “como esperándolos” y por lo tanto actúan tratando de evitarlos y en última instancia reaccionan con menos oposición a la violencia, lo que hace que el conflicto se solucione mejor. Pero a la vez tienen un problema serio: en el proceso de formación de residencias muchos salen a hacerse responsables de toda la atención del paciente y son la única cara visible que tiene el familiar. Entonces, sin tener la capacitación suficiente y con un paciente que tal vez no evoluciona favorablemente, con frecuencia son los más atacados.

Los jóvenes (residentes) tienen la prevención de saber que estos hechos suceden; y por otro lado tienen que enfrentar responsabilidades que exceden a su función.

¿Qué secuelas o consecuencias tienen estas situaciones para los médicos?

Es algo notablemente traumático, a punto tal que algunos profesionales dejan de ejercer actividades médicas que impliquen riesgo (obstetras, cirujanos, etc.). También es más difícil que un médico quiera ir a trabajar a lugares periféricos, donde hay que brindar una atención médica social, con otras problemáticas. A su vez esto genera que los jóvenes vayan eligiendo especialidades médicas menos traumáticas, agresivas o peligrosas, que generan falta de especialistas en rubros como, por ejemplo, cuidados intensivos, anestesiología, entre otras. □

Fuente: APM



Las secuelas que tienen estas situaciones de violencia para los médicos, es algo notablemente traumático, a punto tal que algunos profesionales dejan de ejercer actividades médicas que impliquen riesgo.



Con CePreSalud, tu prepaga goza de buena salud.

Tenemos los mejores Centros de Prevención del país, y ahora vos también podés tenerlos. Nuestra Red atiende las principales Obras Sociales y Prepagas, priorizando la calidad del cuidado del paciente y protegiéndolo mediante un esquema de atención médica primaria que interactúa, en forma proactiva, con un sistema de prevención y seguimiento de las enfermedades prevalentes que está basado en la aplicación de protocolos médicos sustentados en evidencia científica.

CLÍNICA MÉDICA • PEDIATRÍA • GINECOLOGÍA
CARDIOLOGÍA • GASTROENTEROLOGÍA • ENFERMERÍA
ODONTOLOGÍA • UROLOGÍA • RED DE LABORATORIOS



Central de turnos: **0810-122-9876** • www.cepresalud.com.ar

Hipólito Yrigoyen 9215 (Lomas de Zamora)

PRÓXIMA APERTURA

Bartolomé Mitre 1059 (Morón)

Av. Corrientes 753, piso 6 (Microcentro)



La Fundación Universal Assistance le cumple un sueño a niños deportistas

Por iniciativa de la *Fundación Universal Assistance (UA)*, un grupo de niños de la Villa 31 y de la Asociación Civil Olimpiadas Especiales Argentina participaron de la apertura de la Copa Davis donde el equipo nacional se enfrentó a Brasil, el pasado 6 de marzo en Tecnópolis.

Acompañados por la Presidente de la Fundación UA, Inés Civile, ocho chicas que forman parte del programa que la Escuela de Fútbol y Deportes Claudio Marangoni desa-

rolla en la zona de la Villa 31 y siete chicos tenistas de Olimpiadas Especiales pudieron disfrutar del encuentro en el cual participaron Carlos Berlocq y Leonardo Mayer. Los chicos recibieron obsequios de la Fundación como recuerdo de la jornada.

Esta es una de las tantas acciones solidarias que la institución viene realizando en la sociedad en favor de los niños.

Para obtener más información, consultar www.fundacionua.org





**NUESTRA SALUD ES LA DE NUESTRA GENTE.
POR ESO ESTAMOS TAN COMPROMETIDOS CON ELLA.**

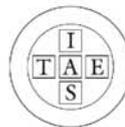
- Guardia activa 24 hs.
- Polo pediátrico integral.
- Centro de la mujer.
- Estudios de alta y baja complejidad.



**Corporación
Médica Sanatorio**
Más para tu Salud.
76 años



Matheu 4071 (B1650CSQ)
San Martín, Pcia. de Buenos Aires
Teléfono: 4754-7500
www.corporacion.com.ar



Institución acreditada por ITAES
Instituto Técnico para la Acreditación de
Establecimientos de Salud.
Miembro de la International Society for
Quality in Health Care.



Con la llegada de los primeros fríos

Enfermedades de invierno en niños y adultos

Por los Dres **Claudio Haissiner**
Médico Otorrinolaringólogo. MN 74016
y **Guillermo Bordoli**
Especialista en Clínica Médica
y Terapia Intensiva MN 79593

Con la llegada de los primeros fríos y los cambios de temperatura, nuestro organismo se ve más predispuesto a contraer enfermedades respiratorias. El resfrío, la gripe y la sinusitis, son algunas de las enfermedades más comunes durante la época invernal, ya que aparecen en todas las personas, sin importar la edad. En esta nota te explicamos como hacer para prevenirlas y tratarlas correctamente.

El frío produce ciertas condiciones que atraen a las enfermedades respiratorias, ya que las "cilias" del árbol respiratorio,

encargadas de eliminar polvo y bacterias, funcionan menos en invierno por el mismo aire frío que se respira y los cambios bruscos de temperatura (ambiente calefaccionado al frío de la calle) favoreciendo, de esta forma, al desarrollo de las infecciones en las vías respiratorias.

Resfríos, gripe, sinusitis y otitis, son las enfermedades más comunes del invierno, contraídas generalmente por lo más pequeños. Los resfríos son habitualmente causados por virus que producen estornudos y secreción nasal. Se contagia por estar en

espacios con partículas infectadas que quedan flotando en el aire que respiramos. No tienen un tratamiento específico efectivo y no hay vacuna para prevenirlos. El estado de ánimo es bueno en general.

La gripe, causada por virus específicos, suele confundirse con el resfrío pero tiene otros síntomas. Se posee dolor de cabeza, decaimiento, dolor muscular y fiebre alta. Se contagia por estar cerca de personas afectadas. Las defensas bajas ayudan a contraer este tipo de enfermedades, en especial en los niños. Se debe re-

posar unos días y tratar los síntomas. Si bien no presenta consecuencias, en las personas mayores puede ocasionar complicaciones.

Por su parte la sinusitis puede ser viral o bacteriana, y se caracteriza por generar secreción, dolor de cabeza, a veces fiebre, pero en general con buen estado de ánimo y sin decaimiento.

Se contagia por secreciones, ya que tanto el virus como las bacterias son contagiosas, por lo tanto en el caso de los niños, éstos no deben concurrir a clases, y siempre se deben ventilar bien los ambientes. Se trata con antibióticos, radiofrecuencia o microcirugía en los casos más severos.

La otitis, en los niños se asocia a cuadros virales y es frecuente que se presente junto a la Sinusitis. Genera dolor de oído, fiebre y pérdida auditiva. Con una simple otoscopia (mirar los oídos) se realiza el diagnóstico. Se recetan antibióticos en gotas para colocar en los oídos.

En los niños es difícil evitar el contagio vía útiles escolares o manos ya que los chicos tocan todo, por eso se recomienda quedarse en casa hasta que la infección esté controlada, utilizar pañuelos descartables y tratar los cuadros virales y alérgicos concomitantes, así como consultar al médico cuando un resfriado común dura más tiempo del habitual.

También se debe mantener una buena alimentación, buen abrigo y aislamiento del niño en periodo de contagio. Estar al día con el plan de vacunación obligatorio y consultar al pediatra por la vacuna antigripal y contra la neumonía, en especial niños menores de 3 años, niños con antecedentes de asma o enfermedades pulmonares.

Con respecto a las diferentes formas de tratar éstas enfermedades, el remedio casero que más funciona para resfríos o sinusitis es el “vaho de vapor”, ya que puede realizarse en la ducha o respirando el vapor de una olla con agua caliente. También se recomiendan nebulizaciones con solución fisiológica. No agregar sal al vaho, ya que es un mito que la sal en agua caliente ayuda a aliviar el resfrío. Y soplarse siempre la nariz, para que el moco no de sensación de picazón en la garganta.

Las enfermedades respiratorias invernales, son las mismas en niños y adultos, pero se diferen-

cian en que las vías respiratorias de los adultos se encuentran más desarrolladas pero también utilizadas por más tiempo (envejecidas), sobre todo en pacientes con asma, bronquitis crónica y fumadores. Por lo tanto, en estos pacientes, la posibilidad de contraer una enfermedad infecciosa y/o alérgica es mayor.

Hay un grupo vulnerable, que tiene más altas posibilidades de sufrir una enfermedad respiratoria invernal: son las mujeres embarazadas, los diabéticos, los que sufren insuficiencia cardíaca o enfermedades que comprometen la inmunidad y los mayores de 65 años.

Cuando la gripe o el resfrío presentan una secreción purulenta, tos acompañada de mucosidad amarillento-verdosa, fiebre alta, dolores musculares y sensación de astenia (cansancio extremo) o dolores de cabeza importantes, es necesario consultar al médico de cabecera.

La consulta médica únicamente cuando uno está ya enfermo es tardía pero si consultamos con nuestro médico clínico de confianza en el mes de abril para saber cómo podemos y que debemos hacer para prevenir estas enfermedades, serán mucho más efectivas para conservar nuestra salud durante la época invernal. La prevención en estas enfermedades es altamente eficaz.

Por último, se deben tener temperaturas agradables en los hogares, pero no que permitan estar desabrigados o en ropa demasiado liviana ya que al salir se sufren diferencias térmicas con el exterior que pueden provocar de por sí alteración en las defensas.

Una temperatura agradable es de 21 grados y las casas o departamentos deben ventilarse al menos una vez por día. □

Las medidas que podemos tomar para cuidarnos y prevenir son:

- ✓ Guardar el descanso correcto (tratar de dormir 8 horas).
- ✓ Evitar las diferencias de temperatura (abrigarnos y desabrigarnos cuando vamos o volvemos del exterior de un lugar calefaccionado).
- ✓ Hidratarnos correctamente ya que por el frío podemos tener baja sensación de sed.
- ✓ Ingerir bebidas calientes para mejorar la regulación de la temperatura corporal.
- ✓ Evitar la pérdida de esa temperatura corporal utilizando guantes, gorro y bufanda.

IMAT incorporó el Video-Impulse Test: nuevo estudio diagnóstico en Neurología

IMAT es el primer Centro en el país que incorpora esta nueva práctica y equipamiento de última generación en Neurología para la realización del *Video-Impulse*

Test. Se trata de una novedosa técnica que supera ampliamente las pruebas calóricas de la Videonistagmografía Computada, mejorando la precisión diagnóstica, la confortabilidad del paciente y los tiempos de estudio.

El Servicio de Neurología de IMAT cuenta –además– con el respaldo y la experiencia de un equipo de profesionales de destacada trayectoria en la especialidad, a cargo del *Dr. Francisco Gualtieri*.

El estudio está basado en una reconocida prueba clínica de asimetría vestibular: el test de impulso cefálico. Gracias a sofisticadas cámaras de video integradas, se evalúa el registro de la respuesta vestibulo-ocular a movimientos cefálicos de la misma naturaleza en la actividad habitual de un sujeto.

Hasta el presente, la evaluación de la función vestibular podía llevarse a cabo mediante dos técnicas: sillón rotatorio, con costos altos y necesidades de amplios espacios para su instalación, y la Videonistagmografía (VNG), procedimiento confiable pero prolongado, con limitaciones de tolerancia al estudio en algunos pacientes.

En resumen, entre las principales ventajas de la nueva prestación, se destacan:



- Mayor precisión en el diagnóstico y eficacia en las pruebas de equilibrio.
- Diagnósticos más veloces. Estudios completos en menos de 15 minutos.

- Amplia tolerancia y mayor confortabilidad durante el estudio. En consecuencia, evita suspensión de turnos.
- Estímulo fisiológico y evaluación de los canales semicirculares horizontales, anteriores y posteriores. De esta forma, se detectan casos patológicos que con antiguas técnicas permanecían sin diagnóstico y requerían de numerosos y costosos estudios complementarios.
- Mayor acceso al estudio. Aplicable en adolescentes y pacientes que tienen contraindicadas las pruebas calóricas, así como aquellos con patología de oído medio, timpánica o que rechazan la práctica por sus efectos adversos.
- Optimización de los hallazgos. Permite documentar y objetivar el reflejo vestibulo-ocular y detectar sacádicos encubiertos (covert saccades), los que no son visibles en forma simple y resultan en falsos negativos en la prueba clínica del impulso cefálico.
- Evaluación vestibular pre-quirúrgica en pacientes con neurinoma del acústico.
- Evaluación del tratamiento intratimpánico con aminoglucósidos en el síndrome de Ménière.



CRECE ACUDIR EMERGENCIAS MÉDICAS PARA DAR MEJOR SERVICIO

En los últimos 12 meses *Acudir S.A.* incrementó sus recursos humanos en un 62%, su dotación de móviles en un 30% y abrió dos nuevas bases operativas. Este crecimiento es acompañado con un intenso plan de capacitación permanente del personal médico, operativo y de las otras áreas de gestión. También se invirtió en nueva tecnología y mayores comodidades para el personal. Esta inversión en estructura y recursos humanos permite a *Acudir S.A.* brindar una pronta y eficiente atención de emergencias médicas, siendo fiel a su slogan "*La calidad es una actitud*".

En sostenido crecimiento

La *Dirección Regional Europ Assistance División Salud América Latina*, sigue en franco crecimiento en los países de la región. La campaña comercial 2015 ya se ha iniciado y se sigue replicando el modelo comercial realizado en Argentina en todos los países de la región, explicó su responsable *Daniel R.J. Piscicelli*.

Ya están en pleno circuito de cierre y puesta en marcha, empresas muy importantes del sector salud y Tarjetas de crédito local.

Sigue el crecimiento en la región, Venezuela, Ecuador, Panamá, Costa Rica, Bolivia y República Dominicana, son algunos de los países que ya han iniciado la gestión comercial por medio de sus respectivos Directores Comerciales.

Europ Assistance estima un crecimiento del 25 % en el mercado de la salud para el año en curso.



Arte y trastorno bipolar



La Facultad de Ciencias Sociales de la *Universidad de Palermo*, con motivo del Día Mundial del Trastorno Bipolar, realizó el 30 de marzo próximo pasado, en su sede de Mario Bravo 1259, un importante encuentro sobre el tema.

En consonancia con el nacimiento de Vincent Van Gogh, quien fuera diagnosticado póstumamente como probable portador del trastorno bipolar. Esta fecha ha sido promovida por la Sociedad Internacional de Trastorno Bipolar (International Society for Bipolar Disorders), representada en nuestro país a través de la Sociedad Argentina de Trastornos del Humor.

Con motivo de este acontecimiento, se presentó una mesa redonda en la que se discutió con los asistentes las características clínicas particulares del trastorno bipolar, sus causas y potenciales detonantes, y su evolución general. Por otro lado, se abordó la biografía de Vincent Van Gogh a partir del recorrido histórico de su producción artística, desmitificando el impacto de su enfermedad sobre sus trabajos pictóricos. Finalmente se debatió acerca de los abordajes terapéuticos con mayor sustento como los programas de psico-educación y se presentaron los resultados de nuevas técnicas de tratamiento como la remediación funcional.

Reconocidos expositores como: el Dr. Gustavo Vázquez, Director del Centro de Investigación en Neurociencia y Neuropsicología UP; Lic. Sandra Lubrano, Medicina (UBA). Licenciada en Artes (UP). Profesora de Historia del Arte y Estética en ABM y UMSA y Dra. Ester Romero, Doctora en Psicología (UCES). Lic. en Psicología (UBA). Psicóloga Clínica (UBA) fueron los encargados de llevar a cabo esta mesa de debate.



ALTA MEDICA S.A.
Alte. Brown 517/19 - B1708EFI- Morón-Pcia. Bs.As.
Tel.: 5627-1440 - Fax: 4627-2801
e-mail: amedica@cmm.com.ar - www.cmm.com.ar



ALTA SALUD S.A.
Av Nazca 1169 (1416) 4to Piso, Capital Federal
Tel.: 4588-5900 / 0810-333-2582
www.altasalud.com.ar
E-Mail: info@altasalud.com.ar



ALLMEDICINE
Pte. Roca 436 C.P. S2000CXJ - Rosario, Pcia. de Santa Fe.
Tel: 0341-53044460/61/62/63
www.allmedicinesa.com.ar



AMUR S.A.
1º de mayo 2120 - 3000 - Santa Fe
Tel.: (0342) 459-5101 Fax: (0342) 459-8447
www.amur.com.ar / mcanale@amur.com.ar



APRES
Andrés Baranda 210, Quilmes - Provincia de Buenos Aires
Tel.: 4257-4404
www.apres.com.ar e-mail: admision@apres.com.ar



ASI S.A.
Lisandro Medina 2255 - Tel.: 4716-3250 B1678GUW
Caseros - Pcia. de Bs.As
E-mail: info@asi.com.ar - www.asi.com.ar



BASASalud. Buenos Aires Servicios de Salud
Bme. Mitre 760 1º - C1036AAN - CABA Tel. 4021-8440.
www.basasalud.com.ar



BOEDO SALUD S.A.
Boedo 535/543 4º C. B1832HRK Lomas de Zamora - Pcia. Bs.As.
info@boedosalud.com / Tel.: 5238-9006



BRISTOL MEDICINE
Amenabar 1074/76 - C1426AJR - Capital Federal
Tel.: 3220-4900 / 0800-444-0453
e-mail: info@bristolmedicine.com.ar www.bristolmedicine.com.ar



CEMIC
Av. Las Heras 2939 (C1425ASG) Tel. 5299-0850 Fax: 5288-5710
dptocomercial@cemic.edu.ar



CIMA INTEGRAL S.A.
Castelli 188. B2804GFD - Campana - Pcia de Bs. As.
Tel.: 03489-431-300 447-880



CORPORACION ASISTENCIAL S.A.
Matheu 4000 Tel/Fax.: 4754-7580 B1650CST.
San Martín - Bs. As.
www.corporacion.com.ar
e-mail: casistencial@corporacion.com.ar



CYNTHIOS SALUD S.A.
Betharram 1434, Martín Coronado CP 1682 Tel 4840-1771
E-Mail: comercialización@cynthios.com.ar
Tel: 4501-4550/4504-1624



EUROP ASSISTANCE ARGENTINA S.A.
Carlos Pellegrini 1163 9º Tel.: 4814-9055. C1009ABW - C.AB.A.
www.europ-assistance.com.ar
dpiscicelli@europ-assistance.com.ar



FAMYL S.A.
Lebensohn 89 - B6000BHA Junin - Pcia. Bs.As.
Tel/Fax.: 02362- 431-585 447-117
www.famyl.com.ar - martin@famyl.com.ar



FEMEDICA
H. Yrigoyen 1124/26 C1086AAT - Cap. Fed.
Tel.: 4370-1700 Fax: 4370-1754
www.femedica.com.ar E-mail: info@femedica.com.ar



FUNDACION MEDICA DE MAR DEL PLATA
Córdoba 4545 B7602CBM -
Mar del Plata - Pcia. de Bs. As.
Tel.: (0223) 499-0140 Fax: (0223) 499-0151
E-Mail: fundacion@hpc.org.ar
www.hpc-fmmp.com



GAP - GRUPO DE ASISTENCIA PSICOLOGICA
Larrea 1267 P.B. "C". C1117ABI - Capital Federal
Tel: 4824-9224 4827-0704
e-mail: gap@psicogap.com



GERMED S.A. S.A.
Belgrano 242 B6000GZB -
Junin - Pcia. de Bs. As.
Tel.: (0236) 443-440
www.grupolpf.com.ar



GRUPO DDM S.A. PREMEDIC
www.grupopremedic.com.ar
E-Mail: info@grupopremedic.com.ar
México 625 2º A C1097AAM Capital Federal
Tel.: 0810-222-5522



HOMINIS S.A.
Fco. Acuña de Figueroa 1239.
C1180AAX C.A.B.A. Tel.: 4860-1900
www.Mphominis.com.ar



MEDICAL'S S.A.
Talcahuano 750 11º C1013AAP - Capital Federal
Tel./Fax: 4373-9999 - Int. 1103
e-mail: medicalsdireccion@yahoo.com.ar



MEDICINA PRIVADA S.A.
Flores de Estrada 5290 B1826EJF -
R. de Escalada - Pcia. de Bs. As.
Tel.: 4239-7600 Fax: Mismo número
e-mail: medipriv@sminter.com.ar



MEDIFE
Juan Bautista Alberdi 3541 [C1407GZC] CABA
Tel.: 0800 333 2700
www.medife.com.ar



PRIVAMED S.A.
Uruguay 469 3º Tel.: 4371-4449
C1015ABI - C.A.B.A.
www.privamedsa.com
E-mail: info@privamedsa.com



SABER CENTRO MEDICO S.A.
Av. San Martín 554 B1876AAS -
Bernal - Pcia. de Bs. As.
Tel.: 4252-5551 Fax: 4252-5551
e-mail: saberplandesalud@speedy.com.ar



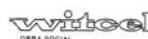
STAFF MEDICO S.A.
Arenales 2016 Tel.: 4821-1551 C1124AAF -
Capital Federal.
www.staffmedico.com.ar
e-mail: info@staffmedico.com.ar



VIDA PYME ASOC. CIVIL
L. N. Alem 1074 8º C1001AAS Capital Federal
Tel.: 5288-5600. Fax: 5288-5710 -
Fax: 5288-5672
E-mail: planpyme@osdepym.com.ar



VITA'S S.A.
25 de Mayo 369 B1708JAG
Morón - Pcia. de Bs. As.
info@vitas-sa.com.ar
Tel./Fax: 4627-8745 4628-8657



WITCEL S.A.
Bme. Mitre 1371 5º P
Tel.: 4372-2096/0538 C1036AAY - Capital Federal
E-Mail:administración@oswitcel.com.ar

Pueyrredón 1640
0800 555 2700
hospitalaleman.org.ar

HA Hospital
Aleman
Deutsches Hospital

VIP

VENTAJAS IMPORTANTES PARA EL PACIENTE



Cama garantizada
para internación



Prioridad
en turnos



Descuento
del 50%¹ o más
en farmacia²



Historia clínica
centralizada también
en consultorios

TENER EL ALEMÁN EN TUCARTILLA ES MUY BUENO PERO SER SOCIO DEL ALEMÁN, ES MUCHO MEJOR

EL PLAN ES QUE TENGAS MÁS BENEFICIOS

15% de descuento en las 6 primeras cuotas³



1-Planes A, AJ y A2: 40%. 2-Farmacia del Hospital Alemán. 3-Promoción Plan Médico válida para nuevas adhesiones a los Planes Evolución.
Asociación Civil HOSPITAL ALEMÁN, Av. Pueyrredón 1640, CABA. CUIT. N° 30-54584303-6.
Superintendencia de Servicios de Salud - 0800-222-SALUD (72583) - www.ssalud.gov.ar - R.N.E.M.P. N°1086



Asistencia al viajero,
nuestra especialidad,
en Salud.



Contáctanos las 24 hs., los 365 días del año.
division.salud@europ-assistance.com.ar
Tel. 0800-333-4490
www.europ-assistance.com.ar