



# ADEMP

Revista de la Asociación de Entidades de Medicina Privada



Año XXII | OCTUBRE 2016 | N°131 | Entidad Adherida a ALAMI

# 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



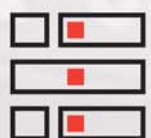
## Servicios On Line

- 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](http://WWW.CSF.COM.AR)



## Del otro lado del mostrador



por el  
**Cdor. Nestor Gallardo**  
*Presidente de ADEMP*

**E**s una habitual forma de referirse a posiciones en las que antagonizan intereses, visiones, o posiciones generadas en relaciones en las que se intercambian todo tipo de bienes, obligaciones y demás situaciones que, con o sin valor económico, unen a partes involucradas.

Ver algo desde “*el otro lado del mostrador*” conlleva la intención de alguien para que, la otra parte, se ubique en la suya tanto como para sentir en “*carne propia*” las vicisitudes, complejidades y exigencias que le acarrea cumplir con aquello a que se ha comprometido, generalmente a cambio de una contraprestación por parte de la otra.

Nace de inmediato el derecho del segundo a solicitar similar posicionamiento al primero, para que también sienta en “*carne propia*” su propio esfuerzo para cumplir con la compensación.

Ahora bien, transportemos esta situación al contrato de cobertura de salud que une a una entidad de medicina privada con sus beneficiarios. Típica relación de partes en la que cada una asume una obligación y en la que tarde o temprano comenzaran a expresar disconformidades, basados en la visión que sus respectivas obligaciones, resultan de muy oneroso cumplimiento comparadas con lo que percibe a cambio.

En el contrato de cobertura médica, el hecho se potencia cuando una de las partes ve periódicamente incrementadas sus obligaciones, (inclusión de nuevas patologías) fijada oficialmente la corrección de sus recursos para adaptarlos a mayores costos y sometimiento a una presión tributaria que no concluye en el pago de los gravámenes sino, que además, se le impone la exigencia de actuar a costo propio, como agente de percepción y retención de impuestos de sus clientes y proveedores.

La otra parte también se queja, por la dificultad para asumir los aumentos de cuotas, sobredimensión de coberturas por imposición de una ley que intenta beneficiarlo y solo logra el efecto contrario, dificultades para obtener en tiempo y forma la satisfacción de su necesidad de servicios.



## COMISIÓN DIRECTIVA

### PRESIDENTE

Cdr. 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

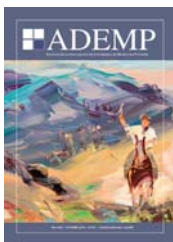
Dr. Julio Frigerio

### ASESORA CONTABLE

Cdra. María del Pilar Gallardo

### APODERADO

Sr. Jorge Otero Lacoste



## Tapa

Título: "Ascochinga arriba"

Autor: *Daniel Sedita*

Técnica: Oleo

Dimensiones: 40 x 70

www.danielsedita.com.ar



*¿Qué reclama entonces cada una de las partes cuando desde el otro lado del mostrador considera vulnerados sus derechos, muchas veces ni siquiera por acción u omisión de la otra?*

*¿Qué sucedería si en un ejercicio de imaginación pudieran mirarse a la cara y destacar todo aquello que considera injusto, inequitativo o sobredimensionado?*

Cada parte tendrá algo por reclamar y mucho de ello no encontraría una solución en el cambio de actitud de la otra, principalmente porque muchas de sus actitudes son inevitable reflejo de costumbres, intereses de terceros a la propia relación y principalmente por imperio de una desacertada ley de regulación, que ha desarticulado una relación que necesitaba ser ordenada, pero no caotizada tal el resultado que ese intento tuvo a través de la ley 26686.

Entonces si ambas partes pudieran por un instante ubicarse del otro lado del mostrador, se comprendería porqué las cuotas siendo caras no alcanzan a cubrir los costos, porqué las personas tienen frente a su cobertura una igualdad que desconoce la realidad de las necesidades que cada sector etario desea contar, porqué no se puede contar con planes parciales que se adecuen a las necesidades y posibilidades económicas de quien lo necesita, porqué, esta modalidad elegida para atender su salud por millones de personas se despeña peligrosamente hacia un barranco donde la aguarda su quebranto.

No más que este sencillo ejercicio de imaginación permite trazar los lineamientos que el sector ha llevado ante las autoridades de salud de la Nación. La inmediata revisión de normas que reacomoden un festival de despilfarro de recursos que a nadie termina de conformar.

En estos últimos tiempos, las actitudes han cambiado, una señal no pequeña para prever un cambio de derrotero que permita la continuidad de un sistema anhelado por los usuarios. ♦



La calidad es una actitud



**CONFÍE EL TRASLADO DE  
SUS PACIENTES A QUIENES HACEN  
DE LA CALIDAD SU PRIORIDAD**

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





# MEJORAR EL DISEÑO DEL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN PARA DAR EQUIDAD AL FINANCIAMIENTO

Las nuevas autoridades aplicaron modificaciones al Fondo Solidario de Redistribución. Se recuperó el mecanismo de distribución basado en el ingreso per cápita de las personas pero, a su vez, se consolidó el otro esquema paralelo de distribución de subsidios por obra social en función de la cantidad de beneficiarios, el cual convalida la inequidad. Hay que respetar la filosofía de la actual Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud: subsidiar automáticamente a las personas de menores ingresos para equiparar sus niveles de cobertura.



Por **Jorge Colina**  
*Economista de IDESA*

## ***El Fondo Solidario de Redistribución (FSR)***

El FSR es un fondo creado por la *Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud* (Ley 23.661 de 1989) con parte de los recursos que los trabajadores pagan a las obras sociales. Originalmente, el aporte era de 10%, para los trabajadores alcanzados por un convenio colectivo de trabajo (convencionados) y 15% para los no convencionados, del 9% de salario que corresponde a aportes y contribuciones a obra social. En la crisis del 2002 se modificó este aporte yendo al esquema que hoy rige que es 10% o 15%, según si el salario está por debajo o por encima de \$2.400, respectivamente, y de 15% y 20%, respectivamente, para los trabajadores no convencionados.

Este monto de corte de alícuota (\$2.400) fue actualizado por última vez en enero del 2009, cuando la mediana de la remuneración de los trabajadores asalariados registrados era de \$2.050, o sea, más de la mitad de los trabajadores que aportaban a las obras sociales estaban por debajo de los \$2.400. Por la combinación de falta de actualización de los parámetros y alta inflación (mecanismo intensamente utilizado por el gobierno anterior para aumentar espuriamente la recaudación en favor del fisco, tal como se hizo con el impuesto a las ganancias y

otros impuestos), esos \$2.400 no volvieron a ser actualizados por lo que hoy, en los hechos, la gran mayoría de los trabajadores aporta 15% (convencionados) y 20% (no convencionados).

Según la Ley creadora del Fondo, la finalidad es atender los gastos de funcionamiento de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), con hasta un 3% de la totalidad de los recursos del Fondo, financiar prestaciones médicas especiales de alta complejidad o elevado costo y baja frecuencia y las de discapacidad, y subsidiar automáticamente a aquellos beneficiarios que perciban menores ingresos con el propósito de equiparar sus niveles de cobertura.

### **Breve historia**

Es importante destacar que la Ley explícitamente estipula que la finalidad debe apuntar al beneficiario (no a la obra social) y de manera automática (no discrecional). El punto es relevante porque históricamente la parte de los subsidios destinada a equiparar niveles de cobertura no tuvo como sujeto al beneficiario sino a la obra social; lo que trasuntaba en un segundo incumplimiento que era la no automaticidad, ya que los montos se determinaban por la capacidad de presión de cada sindicato dueño de la obra social.

Un cambio fundamental de criterio se da a finales de 1995 cuando se crea lo que hoy se conoce como el Subsidio Automático Nominativo de obra social (SANO) que estableció que, de los recursos del FSR, previo a que sean transferidos desde la AFIP (órgano de recaudación) hacia la Superintendencia, la AFIP debía complementar el aporte de los trabajadores de menores ingresos y enviar dicho subsidio a nombre de la obra social a la que pertenezca la persona. De esta forma, el SANO viene a cumplir con este mandato legal de que el subsidio del FSR debía ser automático y enfocado en la persona.

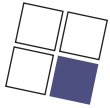
De todas formas, el SANO era imperfecto. Como no había un padrón nominado de los beneficiarios de las obras sociales, el cálculo del bajo nivel de ingreso se hacía según el nivel de aporte independientemente del tamaño de grupo familiar. Se cometía así una inequidad porque se podía estar subsidiando a una persona sola de bajo aporte y no a una persona de aporte más alto pero con grupo familiar más extendido lo que podía hacer que el aporte per capita sea inferior al aporte de la persona sola subsi-

diada. Esta falla se subsana en el año 2002 cuando se estipula que el SANO se distribuiría según el nivel de aporte per cápita de la familia (para este entonces ya se contaba con un padrón de beneficiarios) y, lo más importante, que el subsidio sería diferencial según edad y sexo de cada persona, tomados éstos como factores de riesgo epidemiológico.

En el año 2006, se toma la decisión de reducir los subsidios que se distribuían por el SANO limitándolo a los beneficiarios que estaban entre el 40% de menores recursos. Además, desde este año es cuando la inflación se acelera ubicándose por encima del 20% escondida detrás de las manipulaciones en el INDEC. Una vez más, se apela a no actualizar los parámetros del subsidio (los montos según edad y sexo que se subsidiarán) por lo que el SANO se licua con la inflación. Con la licuación, buena parte de los recursos del FSR son absorbidos por el componente de subsidios a prestaciones especiales o de alto costo y baja incidencia e incapacidad que se hacía a través de la APE (luego SUR).

Este último mecanismo no era automático, sino altamente discrecional ya que se decidía caso por caso vía expediente, y si bien los subsidios estaban nominados en la persona que había recibido la prestación especial, en los hechos, por la arbitrariedad en su concesión, el subsidio terminaba siendo destinado a la obra social en función de la presión que ejerciera. Aparecen casos de corrupción y se decide empezar a postergar el reconocimiento de estos subsidios lo que hace que los recursos del FSR se empiecen a acumular en grandes montos sin ejecución presupuestaria y fuertes presiones de los sindicatos por acceder, de cualquier modo, a ellos.

En el año 2012, se crea un nuevo mecanismo –paralelo al SANO– de distribución de los recursos del FSR, que se denomina Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA) a través del cual se vuelve a la filosofía de dirigir al subsidio a la obra social, no a la persona. Se estipula que no menos de un quinto de los recursos del FSR se distribuirán a las obras sociales en función de la cantidad de beneficiarios que tengan con un tope de 8,5% de la recaudación para las obras sociales con más de 100 mil beneficiarios, una porción menor se distribuirán en parte iguales entre obras sociales con más de 5 mil beneficiarios y, marginalmente, se dará una compensación a las obras sociales con menos de 5 mil beneficiarios. Más allá de lo enrevesado del criterio, emergen dos as-



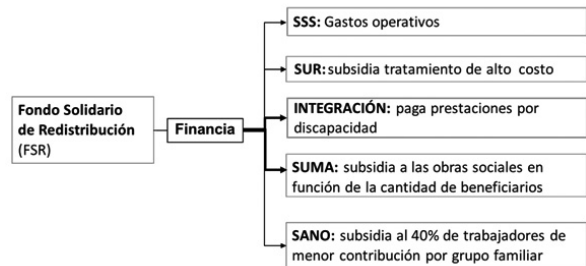
pectos relevantes. Uno es que, por presión de los sindicatos, se decide retornar al criterio de subsidiar a la obra social y no a la persona. Dos, por la intensa puja distributiva entre sindicatos y entre proveedores de prestaciones médicas por los recursos acumulados en el FSR, se decide preservar la regla como criterio de distribución en lugar de la discrecionalidad. De todas formas, la regla plasmaba los intereses, y posiblemente la presión, de los actores de mayor tamaño e influencia.

## Los cambios recientes en el FSR

Con el advenimiento del nuevo gobierno, se producen cambios en el FSR. Uno, más coyuntural, fue dar parte de los recursos acumulados por falta de ejecución presupuestaria a los sindicatos, otra parte se anunció que será destinada a fortalecimiento del sistema de hospitales públicos y otra parte serán convertidos en títulos públicos para explicitar la obligación de fisco con el FSR. Esto, más que un cambio, fue una medida para destrabar las presiones sindicales. Cambios en la gestión del Fondo fueron fundamentalmente tres.

En primer lugar, se crea un mecanismo especial denominado "Integración" para que el financiamiento por discapacidad no se haga más por el actual sistema del SUR (donde la obra social abona la prestación y luego gestiona una devolución mediante expediente) sino que se haga de manera directa desde el FSR con procedimientos administrativos tecnológicos como la firma digital y la notificación fehaciente digital. En segundo lugar, se confirma al SUMA como mecanismo de distribución de subsidios en favor de obras sociales, no de las personas, eliminándose el tope de 8,5% de la recaudación para las obras sociales con más de 100 mil beneficiarios. En tercer lugar, se le vuelve a otorgar más importancia al SANO como mecanismo de distribución de subsidios enfocado en la persona, actualizando los parámetros de edad y sexo que estaban licuados por inflación y estableciendo que dichos parámetros se ajustarán automáticamente con las reglas de movilidad del sistema previsional (que se ajustan todos los marcos y setiembre de cada año en función de una fórmula que toma en cuenta el aumento de salarios y los recaudación de los recursos tributarios). Esquemáticamente el funcionamiento del FSR queda respondiendo al siguiente diseño (*Gráfico 1*).

Gráfico 1. Funcionamiento del FSR



## Más equidad en el sistema de obras sociales con un mejor uso del FSR

El actual diseño tiene dos elementos que merecen una reflexión. En primer lugar, la finalidad cubierta por el SUR y el INTEGRACIÓN (de financiamiento de prestaciones médicas) no es necesariamente un esquema auto-sustentado. En la medida que se preserve el pago por prestación los incentivos son a prestar la mayor cantidad posible, con pocas o nulas consideraciones sobre su estricta necesidad. Si bien el control de prestaciones puede gestionarse mediante protocolos y reglas de provisión, en la medida que se abra el universo de prestaciones cubiertas, más difícil se vuelve la contención del gasto. Por ello, ambos mecanismos son vulnerables a la sobreprestación y/o a las prestaciones espurias, como ya lo demostró el SUR.

Por el lado del SUMA, el esquema es rústico e inequitativo. Redistribuir recursos a las obras sociales en forma proporcional a la cantidad de beneficiarios es asumir subyacentemente que todas las personas tienen para el financiamiento de su atención médica el mismo ingreso. Esto no es así desde el momento en que la atención médica en el sistema de obras sociales se hace según el nivel salarial de las personas con lo cual se produce una de las mayores inequidades en salud que es la de gente con exceso y otra con déficit de financiamiento. El *Gráfico 2* presenta un ejercicio de estimación de la distribución de los recursos per capita por trabajador realizado con la Encuesta Nacional de Hogares Urbanos del INDEC actualizada al 2016.



**CUIDAMOS LOS VIAJES  
DE TUS AFILIADOS**

**universal  
assistance**

ASISTENCIA AL VIAJERO

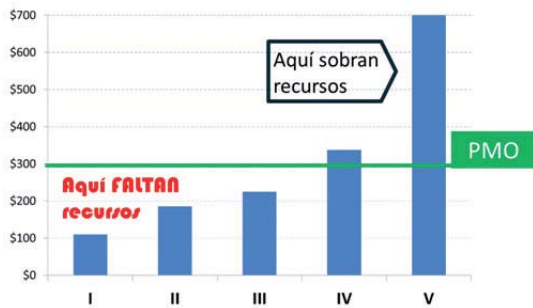
*cuidamos tu mundo*



[universal-assistance.com](http://universal-assistance.com)



**Gráfico 2. Ingresos per capita de los trabajadores con destino a obra social  
Por quintil de ingresos del trabajador  
Aproximación en base a la encuesta de hogares urbanos del INDEC**



Fuente: elaboración propia en base a EAHU (2014) del INDEC actualizado al 2016 con datos de remuneraciones del Ministerio de Trabajo de la Nación

El gráfico muestra las enormes brechas que se producen en el sistema de obras sociales por financiar la atención médica en base a un porcentaje del salario (9% menos el aporte al FSR). Como en el mercado laboral hay una gran disparidad de salarios, que además se refuerza por los diferentes tamaños de grupo familiar, lo que se produce es que el 20% de los trabajadores de mayores ingresos per cápita puede llegar a tener en promedio 7 veces más recursos que el 20% de trabajadores de menores recursos per cápita y más de 3 veces más recursos que el 20% de trabajadores de menores recursos que le siguen a los de más bajos ingresos per cápita. Suponiendo que el valor de un Programa Médico Obligatorio (PMO) más o menos homogéneo se fije en aproximadamente la mitad del valor per capita por trabajador, necesariamente se produce una situación donde a algunos trabajadores le sobran los recursos y a otros les falta.

En este marco, repartir subsidios, no al beneficiario, sino a la obra social y en función de la cantidad

de beneficiarios –sin considerar el nivel de ingreso per cápita del beneficiario– es convalidar esta desigualdad. Esto es lo que hace el SUMA.

### **Recomendación de política: resaltar el SANO**

La recomendación es volver a la fuente de la Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley 23.661), que es con la que se empezó esta nota: subsidiar automáticamente a aquellos beneficiarios que perciban menores ingresos con el propósito de equiparar sus niveles de cobertura.

Esto significa que hay que tender a eliminar el SUMA y resaltar el SANO para que los recursos del FSR vayan en beneficio de los trabajadores de menores ingresos per cápita. De esta forma, los trabajadores de bajos ingresos por persona tendrán un financiamiento más acorde con un valor de PMO más razonable y así posibilidades más efectivas de ejercer su libertad de elegir su obra social.

Con la actual disparidad de ingresos per cápita por trabajador sólo pueden ejercer la libertad de elección los trabajadores de mayores aportes, o aquellos que puedan complementar sus aportes con pagos de bolsillo, mientras que los trabajadores de bajos salarios o grupos familiares extendidos quedan, de hecho, cautivos en la obra social de convenio colectivo de trabajo, independientemente de la calidad del servicio que reciban. Fortaleciendo el SANO, se tiende a dar consistencia financiera al sistema de obras sociales y así movilidad de los trabajadores induciendo mejoras en la calidad de los servicios que brindan las obras sociales.

Concluyendo, es positivo que se haya recuperado el SANO de la licuación que había sufrido por la inflación y la falta de actualización. Igualmente positivo es que se lo preserve de posibles futuras licuaciones atando su actualización automática a la regla de movilidad previsional. Queda pendiente asumir que la forma de subsidiar para mitigar asimetrías no es dando recursos a las obras sociales, por la cantidad de beneficiarios que tengan, sino asignar los subsidios en función del ingreso per cápita de las personas y que el recurso siga a las personas. ♦

# NUEVO EQUIPO Cámara Gamma SPECT

**Sistema Discovery NM630 con Xeleris® 3**

SEDE: SANCHEZ DE LORIA 117





## XIX CONGRESO ARGENTINO DE SALUD

# Salud para todos. Una necesidad, un desafío

Se desarrolló en septiembre en Mar del Plata y contó con la participación de Alfonso Prat Gay, Jorge Lemus, Luis Scervino, Carlos Regazzoni y Sergio Cassinotti. El eje temático fue “Salud para todos. Una necesidad, un desafío”.

Bajo la consigna “**Salud para todos. Una necesidad, un desafío**”, el **XIX Congreso Argentino de Salud** se realizó en el Sheraton Hotel de Mar del Plata y fue organizado por la **Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas – ACAMI**-, entidad que tiene como principal objetivo estudiar los problemas relacionados con las actividades del sector y contribuir a su solución.

En ese marco, **ACAMI** promueve la realización de actividades científicas, educativas y culturales dentro del ámbito médico-hospitalario, tendientes a fomentar la preservación y rehabilitación de la salud.

El Congreso contó con reconocidos expositores, como el ministro de Hacienda y Finanzas Públicas, Alfonso Prat-Gay, el ministro Salud

de la Nación, Jorge Lemus y el titular de PAMI, Carlos Regazzoni, el Superintendente de Servicios de Salud, Luis Scervino y el titular del IOMA, Sergio Cassinotti, entre otros.

La apertura estuvo a cargo del presidente de **ACAMI**, **Hugo Maganza**, quien expresó: “Nos sumamos a la idea de que toda la población tenga acceso a la canasta básica de prestaciones. No queremos que se rompa el principio de solidaridad. Organizar un sistema de salud integrado implica una decisión estratégica y sería ilusorio ponerla solo en cabeza del Estado. Es el conjunto de la sociedad quienes deben formar parte de la mejora del sistema. Asimismo, el sector empresario tiene que hacer su propia reflexión. Debemos decir que es un mandato aportar a la

protección social y eso incluye el mejoramiento continuo del sistema de salud”.

Por otra parte, en su disertación el **Lic Sergio Cassinotti** expuso también sobre el estado actual de la obra social, las medidas adoptadas en los primeros meses de gestión y los pasos a seguir. Entre otras cuestiones señaló como uno de los principales objetivos “mejorar la calidad de atención”.

**Carlos Regazzoni**, declaró que la salud argentina no se puede cambiar sin inspiración. “La gran pregunta es qué queremos para la salud de los argentinos y eso parece que todavía no está claro”. Además, dijo “en el PAMI vamos a tener el desarrollo informático más importante porque tenemos a la población más amplia y vulnerable. Necesitamos terminar con la cues-



*ción de los papeles. Fuimos la primera oficina pública que adhirió al expediente electrónico y gobierno abierto y todos los actos de gobierno se publican en internet el mismo día que se formula”.*

El **Dr. Luis Scervino** por su parte, quien expresó que *“desde la seguridad social queremos articular con el sector público porque no podemos seguir cada uno por su lado. Otro tema es revisar el programa médico obligatorio. Tenemos más de 17 de leyes de cobertura por enfermedad, y eso es un récord”.* Otro tema a tratar para el Superintendente es reformular el sistema de coseguros que hace más de 12 años que no se modifica. Además explicó que se busca que el hospital público sea eficiente, *“el sector público gasta más que la seguridad social”*, indicó.

En el encuentro se trataron además temas como *“Los sistemas de salud ante los actuales desafíos”*; *“Situación estructural y económica del sector prestacional”*; *“Actualidad política, económica y social de Argentina 2016-2020”*.

Sobre el cierre, las presentaciones más destacadas estuvieron a cargo del ministro de Hacienda y Finanzas Públicas, **Alfonso Prat-Gay** y el

ministro de salud, **Jorge Lemus**. En la cena de clausura disertó el periodista **Alfredo Leuco**.

**Prat Gay** destacó: *“Estamos dialogando y dispuestos a mejorar buscando el consenso para construir una civilidad e institucionalidad. No es una genialidad nuestra, es lo que se debe hacer”.*

*“Quiero explicarles los ejes que movilizan la gestión. El primero es ordenar el desorden. Al tiempo de esto la otra prioridad era atender a los sectores más vulnerables, porque éramos conscientes que alguna medida que íbamos a tomar podía tener un efecto no deseado y ahí hicimos un esfuerzo en el área de salud con la cobertura universal de salud y la devolución de los fondos a las obras sociales. Además del aumento del seguro de desempleo, el aumento de la asignación universal por hijo, y el aumento de las asignaciones familiares, etc. La tercera cuestión es restablecer la confianza y honrar las deudas. Por ejemplo, lo que hicimos con la ley de reparación histórica a los jubilados”.*

Además, el ministro aseguró: *“el año que viene Argentina vuelve a crecer, tenemos una proyección de crecimiento del 3,5%. Implicaría re-*

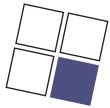
*cuperar el empleo y dar un paso grande hacia la pobreza cero. Estamos volviendo a la normalidad y buscamos cuidar a los que más necesitan”.*

A su turno, el **Dr. Lemus** explicó las medidas tomadas durante los primeros meses en la función: *“Para abordar la segmentación reunimos al COFESA para tener el apoyo de las 24 jurisdicciones sobre el Plan Nacional de Salud que se presentaba y lo logramos en los primeros 60 días de gestión. En cuanto a la fragmentación sabíamos que queremos un sistema integrado y que las 15 millones de personas que no tienen una cobertura formal la obtuvieron. Avanzamos mucho, más allá de lo que nos imaginábamos y todos nos han apoyado”.*

*“También propusimos la creación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Salud y presentamos el proyecto que hoy está en la cámara de senadores. Se necesita mucho una agencia de este tipo”.*

*“Además avanzamos con una base de datos total de todos los afiliados y coberturas. Otra de las políticas de estado es la calidad por lo que queremos un Programa Nacional de Calidad”.* ♦

Fuente: Consenso Salud



## *Disertación:* Cobertura en Hepatitis C

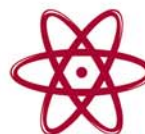


La reunión se llevó cabo el jueves 8 de septiembre en nuestra sede de Cerrito 774 12° CABA., organizada por la Comisión de Auditores Médicos de ADEMP. En la misma disertó el Dr. Manuel Mendizabal (Médico de Planta Unidad de Hígado y Trasplante Hepático del Hospital Universitario Austral).



# SBRT

Radioterapia Estereotáxica Extracraneal



**VIDT CENTRO MEDICO**  
Excelencia en Terapia Radiante

Contamos con la mejor tecnología del mundo que combina desarrollo e investigación en aceleradores de partículas subatómicas con softwares y robótica de última generación, brindando ventajas diferenciales para radioterapia guiada por imágenes.

- Dosis muy altas de radiación.
- Sesiones de tratamiento más cortas.
- Técnica menos invasiva.
- Ideal para aquellas lesiones cuyo campo a irradiar posee un diámetro de hasta 50 mm.
- Posibilidad de tratar nuevos tumores (pulmonares, espinales, hepáticos y renales no resecables) y enfermedades oligometastásicas.



# SOCIEDAD

**Lic. Osvaldo Elissetche**  
*Director*

**Lic. Cecilia Giordano**  
*Gestión y Organización*

*ECO Redes*



## Conflictos en las organizaciones

Hay dos preguntas iniciales que podemos formular en esta nota.

La primera es ¿son buenos o malos los conflictos?; si los conflictos son malos, la segunda es ¿podemos en algún momento terminar con ellos?

Los efectos negativos de los conflictos en la vida de la organización son evidentes: peleas, enemistades, frustración, desacuerdo, pérdida de motivación y de confianza entre colegas y con los

clientes y, como consecuencia, pérdida de efectividad de las acciones e impacto negativo en los resultados.

No es tan frecuente que se mencionen y destaquen efectos positivos. Sin embargo, en un



ámbito de apertura, tolerancia, libre expresión de las opiniones, es saludable que haya diferencias, posiciones encontradas y - muchas veces- situaciones conflictivas. Algunos sostienen que los conflictos permiten que afloren cuestiones que antes estaban ocultas, y hacen que quienes creen que hay una sola manera de ver las cosas recapaciten y abran sus mentes a otras alternativas. Así, pueden surgir nuevas ideas para mejorar y crecer.

*¿Es posible terminar con los conflictos, tener una vida libre de ellos?* Es claro que no. Y menos mal que no, dirían aquellos que han sido contratados por las empresas para hacerse cargo de posibles conflictos: directivos, gerentes, vendedores, compradores, abogados, todos quienes tienen contacto directo con clientes, pacientes, usuarios, etc., etc. Si no hubiera más conflictos... se quedarían sin trabajo.

Apenas analizamos un poco el tema, nos percatamos que el verdadero problema no es tener problemas. El problema es no tener modos efectivos de encauzar y resolver problemas. Hace falta que la empresa cuente con un método para anticipar, encauzar y resolver conflictos. Sugerimos a continuación algunos pasos que podría incluir ese método.

Los conflictos generalmente no surgen de la nada. Siempre hay indicios (que pueden o no percibirse) de la posibilidad de que emerja un conflicto. El primer paso del método sería registrar y

“

La actitud de ignorar un conflicto en general no lo resuelve, sino más bien lo empeora. No hay conflicto que se pueda resolver si primero no es reconocido.

Un segundo paso sería entonces reconocer su existencia, prestar atención al problema, sus características, su magnitud e implicancias.”

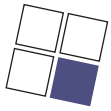
prestar atención a las señales de una diferencia que podría terminar en conflicto. Podríamos decir que ésta es la fase de anticipar. El conflicto todavía no se ha manifestado abiertamente. Hay manifestaciones indirectas de una inconformidad, más o menos encubiertas. El riesgo consiste en desestimarlas o ignorarlas, y puede expresarse como: *“los pacientes siempre se quejan”* o *“no se puede satisfacer a todos”*.

Cuidado en este punto. Alguien puede pensar que no se le está brindando la atención que merece, lo que puede anticipar una reacción negativa en el futuro. Podríamos haber conservado algunos afiliados o pacientes si hubiéramos prestado atención a tiempo a algunas quejas sobre el servicio que les brindamos. Podríamos haber conservado colaboradores valiosos que se fueron de la empresa, si hubiéramos prestado atención a tiempo a su disconformidad con algunos aspectos del trabajo. *¿Tenemos algún registro de estas*

*cuestiones? ¿Las estamos apreciando en su verdadera magnitud?*

La actitud de ignorar un conflicto en general no lo resuelve, sino más bien lo empeora. No hay conflicto que se pueda resolver si primero no es reconocido. Un segundo paso sería entonces reconocer su existencia, prestar atención al problema, sus características, su magnitud e implicancias. Según el enfoque de la Gestión de Calidad, el cliente (ya sea externo o interno) no siempre tiene razón, pero el cliente es la razón de nuestro trabajo, y merece nuestra atención.

Al analizar el problema identificamos los distintos actores relacionados con él, y a veces vemos una situación bastante distinta a la primera impresión que teníamos. Aquí viene entonces un tercer paso, que es el de analizar jurisdicciones. *¿A quiénes les corresponde actuar en este caso? ¿quiénes deben intervenir en la solución, para que ésta sea efectiva y duradera?*



“

Una vez que se ha hecho un buen análisis del problema y de las posibles alternativas de acción, el último paso es el de analizar e implementar una estrategia de negociación e implementación de la solución. Aquí entra en juego la capacidad de negociación de los responsables y de la organización en su conjunto.

”

En esta instancia habrá que decidir quiénes asumen la solución, mientras otros evitan intervenir (porque no les corresponde, o porque no es conveniente su intervención en este caso, o en este momento) o derivan sus responsabilidades a otros más calificados, con mejor información, etc. Según la complejidad o magnitud del problema, en muchas compañías este paso supone la conformación de un comité para efectuar su análisis y recomendar soluciones.

Este paso implica al menos dos riesgos a tener en cuenta. El primero es que en su conformación el comité deje afuera a algún actor clave en la situación -lo cual retrasará su trabajo y afectará su efectividad-, o que sus integrantes no tengan suficiente capacidad de decisión o peso institucional como para que sus recomendaciones sean luego debidamente atendidas.

El segundo riesgo es que el comité termine no resolviendo el problema y dilatando la solución. Se atribuye a Napoleón la frase: *“Si quieres que algo se haga, encárgaselo a una persona; si quieres que algo no se*

*haga, encárgaselo a un comité”.*

Cuando esto es intencional, es una forma más sofisticada y *“política”* de ignorar o no asumir el problema, con la excusa de que *“algo”* se está haciendo al respecto.

Una vez que se ha hecho un buen análisis del problema y de las posibles alternativas de acción, el cuarto y último paso es el de analizar e implementar una estrategia de negociación e implementación de la solución. Aquí entra en juego la capacidad de negociación de los responsables y de la organización en su conjunto.

El considerable nivel de conflicto existente en algunas organizaciones evidencia algunas dificultades en este sentido, y hace recomendable encarar acciones dirigidas al desarrollo de competencias de comunicación y negociación y, en un plano más integral, a una revisión de los aspectos de la cultura organizacional que son fundamentales para mantener un clima de trabajo satisfactorio y productivo, y una imagen de la organización que cuente con alta valoración de los clientes. ♦

**15**  
AÑOS



**ADMIFARM**  
G R O U P  
Priorizando lo esencial.

La innovación  
y la tecnología  
hacen la  
diferencia.

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



## INNOVACIÓN

## ESTRATEGIA

## COMPROMISO

- ✦ Administración de redes farmacéuticas
- ✦ Informes estadísticos y de consumo
- ✦ Auditoría y validación online de recetas
- ✦ Centro de patologías crónicas
- ✦ Trazabilidad: Auditoría y Gestión

- ✦ Management farmacéutico
- ✦ Uso racional de medicamentos
- ✦ Estudios de farmacoeconomía
- ✦ Provisión y distribución de medicamentos



Por Dr. Rafael Acevedo

Gerente Mutual Argentina Salud  
y Responsabilidad Profesional



## Valor probatorio de la historia clínica.

*Errores de registración más frecuentes.*

**D**esde hace tiempo es doctrina ampliamente aceptada aquella que sostiene que, salvo ciertas prácticas o intervenciones médicas respecto de las cuales se considera que la obligación asumida por el médico es de resultado, y que por tanto estamos frente a una responsabilidad objetiva cuyo análisis prescinde de la existencia o no de culpa en el obrar galénico, toda

vez que lo que interesa es el compromiso asumido de una conducta eficaz en torno al objeto de la prestación, o la traslación del riesgo que el acto médico involucra, en la generalidad de los casos el profesional solo compromete un obrar diligente en procura de recuperar, conservar o preservar la salud del enfermo (obligación de actividad), pero sin asegurar el resultado pretendido por aquél, siendo el paciente

# Corporación Médica Asistencial: nuestro plan, tu mejor plan.



Desde 1983 la medicina prepaga con planes de salud a tu medida.

- Sanatorio propio en San Martín.
- Estudios de baja y alta complejidad.
- Internaciones.
- Urgencias las 24 hs.
- Amplia red de prestadores.
- Asistencia al viajero.



 **Corporación**  
**Médica Asistencial**  
*Más para tu Salud.*

Matheu 4071 | San Martín, Buenos Aires | Argentina  
(+54 11) 4754-7500 | [www.webcorporacion.com.ar](http://www.webcorporacion.com.ar)



quien asume las consecuencias de un resultado disvalioso, por supuesto en la medida en que haya sido debidamente informado acerca del diagnóstico, alternativas terapéuticas, tratamiento instituido, riesgos y eventuales complicaciones del mismo. Así entonces, solo la culpa del profesional a partir de una acción contraria a las reglas consagradas por la práctica médica, de acuerdo al estado de los conocimientos al tiempo de cumplida la prestación, y su directa relación de causalidad con el daño sufrido por el paciente, pueden fundar una condena de responsabilidad civil.

En ese orden, también es mayoritariamente aceptado que es el paciente quien -en general- tiene la carga de probar tales presupuestos de la responsabilidad (violación de la *lex artis*, culpa in concreto, daño resarcible y relación de causalidad adecuada). Sin embargo, nuestras leyes adjetivas han consagrado en sus textos (y cuando no éstas, lo ha hecho la jurisprudencia imperante) un principio fundamental: el reparto de la carga probatoria. Cada parte debe introducir al proceso la prueba que se encuentre en mejor condición de producir. Actor y demandado deben colaborar con el fin del proceso (una sentencia justa basada en la verdad real), acreditando aquellos extremos que le resulten más fáciles de probar.

Efectivamente el médico no solo se desobliga invocando y acreditando el caso fortuito, o el hecho de la víctima -culpable o no- como causante del daño, sino que se libera también probando su obrar diligente. Dicho de otro modo, si no es posible acreditar de manera inequívoca relación adecuada de causalidad entre el daño y la atención médica reprochada, pues resulta jurídicamente casi irrelevante indagar sobre la pericia, diligencia o prudencia del obrar médico; pero si el resultado es fácticamente atribuible a la conducta médica, pues en ese contexto el médico debe defender su obrar y aportar toda la prueba a su alcance para acreditar que lo hizo sin culpa, y que por tanto el evento dañoso se produjo a pesar de haber cumplido él con su deber. Precisamente he aquí donde, para uno y otro campo de análisis de la cuestión, cobra extremo valor la historia clínica como instrumento donde el o los profesionales registran toda la labor diagnóstica, terapéutica y de control o seguimiento llevada a cabo para con el paciente, re-

sultando por tanto, en la inmensa mayoría de los casos, la prueba por excelencia del proceso, atento la prueba pericial se apoya en las evidencias allí contenidas.

En consecuencia, la confección de una clara y completa historia clínica no es solo una exigencia del sistema de la seguridad social, o una cuestión de valor a los efectos estadísticos o académicos, sino fundamentalmente un elemento de vital importancia para poder acreditar el diagnóstico, la aplicación de un tratamiento aceptado por la ciencia médica, la adopción de decisiones médicas correctas, el control y seguimiento del paciente, y, por qué no, eventuales circunstancias que operan como eximentes de responsabilidad, tales como: rechazo terapéutico, abandono de tratamiento, incumplimiento del paciente al tratamiento instituido y/o a los controles clínicos o postquirúrgicos indicados, etc.

Cierto es que reconocida jurisprudencia, a la que adhiero, establece como regla general que ciertas omisiones o incluso irregularidades en la confección de la historia clínica no resultan suficientes per se para demostrar que el médico ha incurrido en mala práctica, pero no menos exacto es que en diversos e insoslayables pronunciamientos judiciales se ha juzgado que la presentación de documentación médica deficiente, sin registros cronológicos, claros, completos, veraces, creíbles y oportunos genera una presunción en contra del demandado, que de no poder ser desvirtuada por otros medios probatorios da lugar a una condena contra el profesional e institución médica accionados.

Es que, así como el profesional puede ampararse en la historia clínica para sostener la defensa en torno a su falta de responsabilidad, correlativamente cargará con las consecuencias de no poder aportar al proceso una prueba cuya producción le está legalmente impuesta. De allí que desde la óptica médico legal nos permitamos sostener que la buena praxis del médico empieza por una buena relación médico paciente y por la confección de una correcta historia clínica. Historia clínica que se integra con los estudios de laboratorio, imágenes, interconsultas, y demás registros y prácticas médicas relacionadas al diagnóstico y atención del paciente.

Con lo hasta aquí dicho este trabajo adolecería de importancia práctica, sobre todo para el profesional



## CENTRO DE DIAGNÓSTICO PARQUE

- Resonancia Magnética
- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Radiología Digital
- Imágenes Odontológicas
- 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
- OCT
- Láser - Magnetoterapia
- Audiología - Foniatría



Campana 3252/72 - Villa del Parque - Cap.Fed. (1417) . Tel.: 4505-4300

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



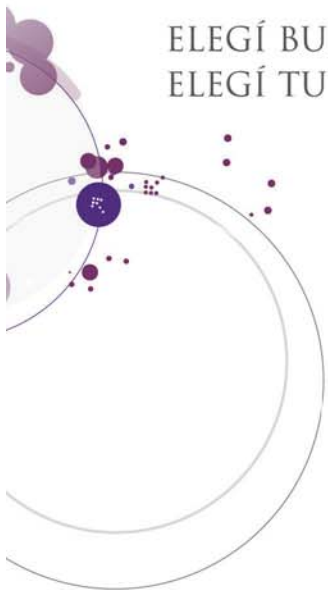


de la medicina, si no dedicara su parte final a, al menos, enunciar cuáles son los más comunes y frecuentes errores en los que se incurre en materia de registración del accionar médico. No desde la óptica de un médico legista, que no lo soy, sino a partir de la vivencia que uno tiene por la cotidiana labor dedicada como abogado a la prevención del riesgo y a asesorar y ejercer defensas de profesionales e instituciones de salud, lo que supone la no sencilla tarea de reunir y analizar toda la prueba documental sobre la que sustentamos el planteo de rechazo de la demanda. Desde esa posición me atrevo a puntualizar una treintena de errores o falencias en las que suele incurrirse en la confección de la historia clínica (naturalmente no todas juntas), lo cual en reiteradas ocasiones hace de la misma un instrumento que carece de valor legal para sostener la pericia o diligencia desplegada en la atención, y con ello la imposibilidad de arrimar al juicio aquel elemento probatorio que los tribunales le imponen al demandado.

## Conclusión

1. *Ilegibilidad de los registros.*
2. *No se describe examen físico.*
3. *No se especifica el horario de la evolución, o no se aclara el nombre del profesional que la efectuó.*
4. *Se saltean días de evolución y se enmienda mal.*
5. *No se transcriben laboratorios y/o resultados de estudios en la evolución.*
6. *No se preservan o incorporan a la historia clínica radiografías y estudios de diagnóstico o control relevantes.*
7. *No concuerdan los datos del médico con la hoja de enfermería.*
8. *No se instrumenta el otorgamiento del consentimiento informado.*
9. *Se confunde consentimiento informado con el llamado consentimiento general de internación.-*
10. *No se registran advertencias o indicaciones dadas al paciente.-*





ELEGÍ BUENA SALUD,  
ELEGÍ TU PLAN EN [COBERMED.COM](http://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



11. No se registran comunicaciones con el paciente.-
12. No se documentan evidencias de incumplimientos del paciente.-
13. No se registran respuestas a indicaciones precisas.
14. No se registran ni instrumentan rechazos terapéuticos, abandono de tratamiento, externación o fuga del paciente si alta sanatorial.-
15. No se especifica el cuadro clínico y condiciones de ingreso o egreso del paciente en una derivación o alta sanatorial.
16. No se consignan demoras o complicaciones en el traslado del paciente.
17. Se confeccionan protocolos quirúrgicos que describen lo que NO se hizo.
18. No se describen hallazgos o complicaciones intraoperatorias.
19. Se solicita interconsulta con especialidad, y nunca se realiza.
20. No se registran respuesta o resultado de la interconsulta.
21. Se solicitan estudios y nunca se realizan.
22. No se registran eventos adversos, complicaciones, accidentes y contratiempos.-
23. No se documentan complicaciones (escaras, quemaduras, etc.)-.
24. No se documentan hallazgos clínicos esenciales para el diagnóstico o cuidado del paciente.-
25. No se deja constancia del pensamiento médico y algoritmos de diagnóstico.
26. No se cumplen protocolos o procedimientos especialmente instituidos para determinadas prácticas.
27. El médico "acusa" al colega.
28. No se confecciona epicrisis.
29. Falta de procedimientos comunes para la "administración" y custodia de las llamadas historia clínica de internación e historia clínica o ficha de

atención ambulatoria. Se agrega que repetidas veces existen discordancias entre unos y otros registros.

30. En atenciones por guardia nada se dice de los estudios realizados y tratamiento indicado, evolución, pautas de alarma, destino del paciente, eventual derivación o indicación de control por consultorios. Muchas instituciones no han reemplazado aun el inadmisibles y riesgoso mecanismo de registración en un par de renglones del Libro de Guardias.

Como podrá apreciarse se trata de falencias, errores, omisiones o irregularidades que no siempre acompañan o son el reflejo de una deficitaria o negligente atención médica, sino que más bien están asociadas a cierta desaprensión o hasta desidia respecto de un instrumento de inmenso valor legal.

Empezando por la propia ilegibilidad que revelan numerosas historias clínicas. Ilegibilidad que no solo "pone en jaque" el valor probatorio de la historia clínica, sino que también genera múltiples inconvenientes y riesgos en el ejercicio de la actividad médico asistencial, toda vez que una evolución o una indicación ilegible puede producir errores en el resto del equipo médico y paramédico que interviene en el cuidado y atención de la salud del enfermo, y de allí que en materia de prevención de riesgos médico legales este sea un punto a trabajar.

En definitiva, el diagnóstico y tratamiento de acuerdo a las circunstancias de tiempo, persona, lugar y modo que condicionan el acto médico pudo haber sido el correcto, pero si ello no es posible corroborarlo en la historia clínica difícilmente resulte ser esa la convicción a la que arribe el juez. Así como nuestra realidad es la que obra en el expediente judicial, la del médico y la institución pasa en gran medida por la que surja del expediente clínico. ♦

# Medifé

ME CUIDA



DE USHUAIA  
A LA QUIACA

Más de 60 sucursales en todo el país,  
para estar cerca tuyo sin importar las distancias.

[medife.com.ar/](http://medife.com.ar/)   



## 15 años de innovación y compromiso



En el año de su décimo quinto aniversario, Admifarm Group sigue

apostando al crecimiento.

Con una red de más de 5.500 farmacias en todo el país, y cuatro empresas en franca expansión, el grupo se afianza para brindar más y mejores servicios en la administración y gestión de medicamentos.

Los Directores Generales de Admifarm Group, la Sra. Mirta Guzmán y el Dr. Juan Manuel Riveiro, detallan las claves del éxito y los planes a futuro.

**Admifarm Group**, una empresa innovadora de soluciones para la gestión de servicios farmacéuticos y la provisión de medicamentos en el ámbito de la salud, llega este año a su **15° Aniversario**. Nacida en el 2001, el eje de la empresa estuvo siempre puesto en brindar servicios novedosos y costo efectivos para lograr eficiencia en materia de gestión. Sus clientes, más de 100 financiadores de salud de todo el país, han confiado en la calidad de su trabajo y en la permanente mejora de sus productos y es por eso que hoy **Admifarm Group** engloba un grupo de empresas orientadas a la excelencia: **Admifarm Group Servicios SA**, la primera empresa y el core business de la organización, **AG Farmacias S.A.**, **ZBC Droguería y Emprendimientos Nutrar S.A.**, todas regidas por un mismo espíritu de innovación y calidad.

### Los comienzos

*Mirta Guzmán y Juan Manuel Riveiro*, ambos Directores Generales de **Admifarm Group** hoy, vieron en 2001 la posibilidad de hacerse cargo y tomar el desafío de continuar y acrecentar la empresa, *“para ofrecer servicios y tecnología de punta en un mercado que estaba inmerso en una revolución y una crisis importante”*. Los primeros clientes, detallan ambos, confiaron en el proyecto y, así, **Admifarm Group** comenzó a funcionar como mandataria y administrando convenios farmacéuticos armando una red de farmacias para sus clientes, que hoy cuenta con más de 5.500 establecimientos en todo el país. Esta fue una de las claves del éxito: poder, al mismo

tiempo, administrar convenios y generar una red de farmacias en constante crecimiento, algo que, hoy por hoy, distingue especialmente a **Admifarm Group** de otras empresas. Otro diferencial que da valor agregado es la presencia diaria y la participación constante de sus Directores Generales, quienes forman parte del día a día en la gestión y liderazgo del Grupo.

### Los clientes

La cartera de clientes de la empresa ha ido creciendo a lo largo de estos 15 años. Hoy, con más de 100 clientes, todos financiadores del sistema de salud, Admifarm sabe que el secreto está en la calidad y en la innovación: *“Nuestros clientes nos piden más servicios y productos porque ven la forma en la que trabajamos, nuestra seriedad, perseverancia, compromiso, cumplimiento y calidad”*, asegura **Mirta Guzmán**. En la actualidad, la empresa tiene el privilegio de ser considerada líder en su sector y trabaja muy especialmente en prevención, en farmacoeconomía y evaluación de tecnologías para diferenciarse. *“Tenemos un gran apoyo de la industria farmacéutica”*, agrega **Guzmán**. *“Ellos han entendido nuestra filosofía de trabajo, la comparten y nos ayudan a crecer”*. *“La Empresa busca siempre mantenerse actualizada y para ello la tecnología juega un papel muy importante”*, coincide **Riveiro**. *“En Admifarm Group, comentamos constantemente herramientas para lograr resultados eficientes y trasladarlos a nuestros clientes, brindándoles así soluciones a medida”*.



### Las empresas del grupo

Las ganas de crecer a pesar de las dificultades han llevado a Admifarm a arriesgar. Y ha sido con éxito. “Esa pequeña mandataria que nació en 2001 se ha convertido hoy en una mediana empresa, que está consolidada como grupo de distintas empresas”, afirma **Juan Manuel Riveiro**. **Admifarm Group Servicios SA**, la mandataria, sigue proyectándose a futuro y siendo el núcleo de la compañía, pero, además, se han sumado al grupo tres empresas más, ya consolidadas.

**AG Farmacias** nuclea las farmacias propias del grupo. Actualmente, la red posee dos establecimientos en Capital Federal y la firme premisa de seguir creciendo. Según detalla **Riveiro**, el grupo llegó a tener seis farmacias propias, pero en su mayoría eran gerenciadas o con locales

alquilados. “La coyuntura del país nos llevó a pensar en la importancia de tener locales propios”. Así, específica, logran mejorar la rentabilidad y sumar valor agregado a la gestión. “Hoy estamos dando ese giro y estamos por inaugurar un nueva farmacia”, señala. Se tratará de un local insignia, con más de 300 metros cuadrados en el área de atención y otros 150 en el subsuelo.

**Emprendimientos Nutrar SA**, por su parte, está formada por cuatro unidades de negocios: la primera es un centro de seguimiento de pacientes crónicos desde el medicamento. Habiendo empezado como un call center con un servicio de enrolamiento de pacientes crónicos, desde fines del año pasado el servicio se ha transformado en un software especializado y online, que le permite a las farmacias proveer medicamentos por el tiempo que el paciente lo necesite. El software, que recibe continuamente mejoras y nuevos servicios, tuvo tanto éxito que fueron

muchos los clientes que pidieron a **Admifarm Group** soluciones para gestionar otro tipo de enfermedades. “Así, gestionamos también discapacidad, internación domiciliaria, diabetes, oncología, HIV y toda patología que el cliente quiera gestionar desde el medicamento para sus pacientes”, explica **Guzmán**.

Otra de las unidades de negocios de **Nutrar** se dedica a realizar campañas de prevención para distintos financiadores del sistema de salud. Admifarm diseña campañas a la medida de cada entidad, como fascículos de alimentación saludable, charlas y talleres. Para esta tarea,



el grupo cuenta con profesionales médicos de trayectoria. **Emprendimientos Nutrar** también está conformado por **Nutrar.com**, un portal gratuito y especializado que apunta a acercar consejos de buena salud y prevención a la comunidad. El portal, recibe más de 250 mil visitas por mes y tiene más de 100.000 suscriptores, incluye también una plataforma digital para realizar cursos a distancia.

**ZBC** es la droguería propia de **Admifarm Group** y se especializa en medicamentos de alto costo y baja incidencia. “Además, agrega **Guzmán**, asistimos a algunos de nuestros clientes en temas de discapacidad, internación domiciliaria e insumos para sus pacientes”.

### La importancia de las personas

“Admifarm Group es una empresa que cree mucho en el personal”, afirma **Riveiro**. Así, dedica mucho tiempo a la capacitación y presta es-

pecial atención para retener a los talentos profesionales, priorizando siempre las búsquedas internas. “Eso es parte del éxito de la empresa: la pertenencia, la dedicación, la tenacidad, la inteligencia y las ganas de asumir riesgos”. Además, **Admifarm Group** actúa como empresa solidaria: en ese marco, realizó numerosas acciones a beneficio de ASDRA (Asociación Síndrome de Down de la República Argentina), y de la Obra del Padre Mario Pantaleo. También ha trabajado con la ONG Pequeños Gestos Grandes Logros que, dirigida por Patricia Sosa, apoya a comunidades en situación

de extrema pobreza. Asimismo, el grupo colabora con la Casa Garrahan y Make a Wish.

### Presente y futuro

Para **Admifarm Group**, el presente está signado por el compromiso. “Festear los primeros quince

años es muy importante para nosotros”, señala **Mirta Guzmán**: “Demuestra el compromiso asumido con el país, con el mercado y con nuestra gente; estos años de trayectoria nos han permitido celebrar alianzas estratégicas con empresas de primer nivel, tanto nacionales como multinacionales”, agrega.

En los recientes cambios del país, **Admifarm Group** ve una oportunidad: “Las cosas se van afianzando; hay que dar pasos cortos pero seguros y eso es lo que nosotros estamos haciendo: arriesgamos y confiamos en el país y en las nuevas autoridades de salud”, aseguran **Mirta Guzmán** y **Juan Manuel Riveiro**. Con planes y proyectos a futuro, como la apertura de una nueva farmacia y la remodelación de sus oficinas, la empresa sigue apostando a la innovación y el compromiso con el país: “Somos optimistas y creemos que tanto nuestros clientes como nosotros vamos a seguir creciendo”. ♦



## Acudir amplía su estructura operativa y suma una nueva Base

**Acudir emergencias médicas** amplía su estructura operativa y suma una nueva Base a las 10 existentes, repartidas en sectores estratégicos de la Ciudad. De esta forma, consolida su liderazgo con la mayor estructura operativa en CABA.

*“Estar más cerca de nuestros pacientes, implica disminuir los tiempos de arribo a una emergencia y nos permite marcar una gran diferencia en la mejora continua hacia la que enfocamos todos nuestros servicios”,* aseguró el Dr. Agustín Apesteguía, Gerente Médico de Gestión de Acudir.

*“Llegar antes, en casos de riesgo de vida, implica un aumento sustancial en las posibilidades de sobrevida del paciente. En casos de muerte súbita puede llegar hasta un 70 por ciento”,* concluyó el especialista en emergentología.

La infraestructura edilicia, de 410 m metros cuadrados cubiertos (356 mts a disposición del personal) tiene capacidad para albergar las guardias médicas que prestan servicio de medicina de emergencias las 24 horas, durante todo el año.




Desde la nueva Base ubicada en Av. Córdoba 5651, la organización brinda prestaciones médicas especializadas en emergencias, urgencias y traslados programados, a través de sus equipos de trabajo conformados por paramédicos, enfermeros y médicos con distintas especialidades (pediatría, clínica médica, cardiología, terapia intensiva, cirugía y neonatología, entre otros).

Una resolución médica responsable –bajo normas de procedimiento estandarizadas y certificadas- sumada al efectivo cumplimiento de tiempos y la atención focalizada en el paciente, brindando calidad con calidez, suman para marcar una diferencia en el servicio.

Acudir brinda servicios a entidades de salud como sanatorios, prepagas y obras sociales y también ofrece planes especiales para áreas protegidas, ya sean comercios, edificios, clubes y distintos espacios de acceso público que necesitan proteger la salud de sus afiliados y clientes. Acudir pone a disposición toda su experiencia en medicina de emergencias y atención médica a domicilio y amplía su estructura operativa para mantener como un hecho concreto su lema **“la calidad es una actitud”**.

## HOSPITAL ALEMÁN Y LA CONFERENCIA SOBRE “MEDICINA DEL VIAJERO”

El 21 de octubre pasado, tuvo lugar  Hospital Alemán en el Salón de Actos del Hospital Alemán, la conferencia sobre **“medicina del viajero”**, dictada por la Dra. Mariana Radosta y Dra. Viviana Rodríguez, del Servicio de Infectología, sobre la importancia que tiene la consulta médica previa a realizar un viaje y los cuidados generales que deben tenerse en cuenta a la hora de viajar.

Se explicó sobre las vacunas sugeridas y obligatorias según los destinos turísticos más frecuentes, cuidados en cuanto a la alimentación y medidas sanitarias a tener en cuenta, así como los medicamentos que pueden ser útiles cuando salimos de casa.

## VIDT APOYA LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA

**Vidt**, empresa líder en oncología radiante, se sumó a la campaña digital



**#CuidasTusLolas** con el objetivo de concientizar sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama, desde una mirada artística y en el marco de la conmemoración del Día Internacional de la lucha contra la enfermedad.

Bajo el lema **“Tu cuerpo es una obra de arte, descubrelo, revisate, chequeate”**, participaron de la edición más de 30 artistas, fotógrafos, escultores y pintores nacionales e internacionales, quienes abordando la enfermedad desde el arte aportaron sus obras, buscando así la sensibilización en la comunidad.

**Vidt** líder en oncología radiante, con más de 60 años de trayectoria y con centros distribuidos geográficamente por CABA y GBA.

# 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 • DERMATOLOGÍA  
OFTALMOLOGÍA • ENFERMERÍA • ODONTOLOGÍA  
UROLOGÍA • RED DE LABORATORIOS  
ECOGRAFÍAS • VACUNATORIO



## CePre Salud

La Red de Centros de Prevención



Central de turnos: **0810-122-9876** • [www.cepresalud.com.ar](http://www.cepresalud.com.ar)

Hipólito Yrigoyen 9215 (Lomas de Zamora)

**PRÓXIMA APERTURA**

Bartolomé Mitre 1059 (Morón)

Av. Corrientes 753, piso 6 (Microcentro)



## LEMUS FUE ELEGIDO PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DEL COMITÉ EJECUTIVO DE OPS

En el marco de la 55 Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que se realizó en Washington D.C., el ministro de Salud de la Nación, Jorge Lemus, accedió por aclamación a la presidencia de la Mesa Directiva del Comité Ejecutivo.



El ministro pronunció un discurso sobre transición epidemiológica, promoción y protección de la salud, epidemia de zika y presentó la Cobertura Universal de Salud y la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Salud. Lemus expresó que *“todo esto debe estar enfocado en lograr la atención primaria al alcance de todos para que finalmente podamos dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que no hemos alcanzado aún; mantener los logros de salud de la región y afrontar las nuevas amenazas”*

El 55° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, reunió a los ministros de Salud de las Américas con el fin de acordar las políticas y acciones para hacer frente a las principales amenazas en salud de la región, así como para establecer las prioridades de la cooperación técnica de la OPS con sus países miembros.

En la reunión los temas a debatir giraron en torno a la prevención de enfermedades como dengue, zika y chikungunya; la eliminación de la malaria; y la prevención y control del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual.

A su vez, los ministros y demás autoridades de Salud abordaron un plan de acción para reducir el riesgo a desastres y discutieron la respuesta sanitaria en casos de emergencia. Se desarrollaron otros temas como el acceso y uso racional de los medicamentos y de otras tecnologías sanitarias estratégicas y de alto costo; y la salud de los migrantes que recibe cada país.

También se realizó un análisis del informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y las metas de salud, y se trató la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la región de las Américas.

## Universal Assistance sponsor de la maratón



Por tercera vez consecutiva y con una importante concurrencia, la **Fundación Universal Assistance** participó de la maratón impulsada por la **Asociación de Profesionales del Hospital Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna)**.

Fortaleciendo el compromiso asumido con el Hospital Pedro de Elizalde, la fundación vuelve a ser sponsor de la maratón; continúa trabajando junto al hospital, asumiendo desafíos y comprometiéndose con quienes más lo necesitan, de esta forma continua reivindicando la igualdad del derecho a la salud de todos los niños. La misma tuvo lugar en Puerto Madero el 1° de octubre, en Julieta Lanteri y E. Ezcurra. La **Fundación Universal Assistance** para el Cuidado de la Salud se creó el 19 de noviembre de 2010. Sus fundadores, *Inés y Oscar Civile*, la gestaron como una propuesta de intervención para disminuir la desigualdad en salud en la niñez. Está compuesta por un equipo de profesionales de distintas disciplinas que se agruparon para un mismo fin: promover la igualdad del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.

La **Fundación Padre Lorenzo Massa** es el área social del Club Atlético San Lorenzo de Almagro que trabaja por la inclusión social de niños, niñas y jóvenes en situación de vulnerabilidad, promoviendo su desarrollo integral utilizando a recreación, el deporte y sus valores, entre otras herramientas para la integración. Trabaja en dos frentes: junto a su gente (hinchas, socios, deportistas, empleados) y junto a la comunidad (organizaciones y población de los barrios aledaños a su sede Ciudad Deportiva) generando programas y acciones que contribuyan a poner en práctica y transmitir los valores de su fundador, el *Padre Lorenzo Massa*.





## V CONGRESO ARGENTINO DE AUDITORES Y GERENTES DE SALUD



Se celebró el 6 de octubre en el Hotel Sheraton, el *Congreso 2016 de SADAM*, donde se abordaron los distintos ejes centrados en la atención del paciente y la continuidad asistencial. La *Continuidad Asistencial* es una visión continua y compartida de un trabajo en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de atención diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo final en común: *el ciudadano*.

La conferencia inaugural estuvo a cargo del *Dr. Luis Scervino*, Superintendente de Servicios de Salud y la conferencia de cierre a cargo de la *Dra. Zulma Ortiz*, Ministra de Salud de la Prov. de Buenos Aires.

Los paneles de conferencias trataron interesantes temáticas: "Experiencias de sistemas de salud con Continuidad asistencial", "Interoperabilidad entre los sistemas de Historias Clínicas" y "Programas de apoyo a los pacientes".

El Congreso contó con el apoyo de importantes financiadores de la salud nacionales y provinciales, clínicas y sanatorios, hospitales y de la industria farmacéutica.

## Centro de Diagnóstico Parque Turnos ONLINE

The screenshot shows the website header with navigation links: Turnos Online, Cómo llegar, RRHH, and LABORATORIO. Below the header is the Centro de Diagnóstico Parque logo and navigation menu: EL CENTRO | SERVICIOS | PREPAGAS Y OBRAS SOCIALES | PRENSA | CONTACTO. The main banner features the text "Nuevo Servicio" and "TURNOS ONLINE" with the subtext "Para tu comodidad, ahora podés solicitar turnos desde nuestra web." Below the banner are four service tiles: "Turnos Online", "Resultados OnLine", "Laboratorio:Indicaciones", and "Cómo llegar", each with a "Más información" link.

**Centro de Diagnóstico Parque**, pensando en la excelencia en la atención al paciente, lanzó un dinámico **Portal de Turnos online**, donde tendrán la opción de obtener turnos para cualquier especialidad a través de sus ordenadores o celulares, acercando una solución rápida y cómoda, ofreciendo así el mejor servicio.

Siempre apostando a crecer en calidad diagnóstica y equipamiento, se hizo un cambio total en el laboratorio de análisis clínicos para satisfacer las necesidades de los pacientes y profesionales que confían sus estudios en **Centro de Diagnóstico Parque**. Se amplió y aumentó la cantidad de salas de extracciones pensando tanto en nuestros pacientes adultos como en los niños, para ellos se ambientó una salita especial para que puedan retirarse de nuestra institución habiendo vivido una excelente experiencia.

Por todo esto y más **Centro de Diagnóstico Parque** está cada vez más cerca suyo.





**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: 0341-5304/4460/61/62/63  
www.allmedicinesa.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



**BOEDO SALUD S.A.**  
Boedo 535/543 4° 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  
dptcomercial@cemc.edu.ar



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



**CIRCULO MEDICO DE MATANZA**  
Av. De Mayo 743  
B1704BUH – Ramos Mejía – Bs. As.  
Tel./Fax: 4469-6600  
E-Mail: info@cirmedmatanza.com.ar



**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 9° C1009ABW - C.AB.A.  
Tel.: 4814-9055.  
www.europ-assistance.com.ar  
dpiscicelli@europ-assistance.com.ar



**FAMYL S.A.**  
Lebensohn 89 (B6000BHA) – Junín- Pcia. Bs.As.  
Tel: 0236-4431585  
www.famyl.com.ar  
E-mail: info@famyl.com.ar



**FEMEDICA**  
H. Yrigoyen 1124/26 C1086AAT - Cap. Fed.  
Tel.: 4370-1700 Fax: 4370-1754  
www.femédica.com.ar  
E-mail: info@femédica.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 PB. C . C1117ABI - Capital Federal  
Tel: 4824-9224 4827-0704  
e-mail: gap@psicogap.com



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



**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 11° 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 3° 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 8° 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 5° P  
Tel.: 4372-2096/0538 C1036AAY - Capital Federal  
E-Mail:administración@oswitcel.com.ar

Asociate llamando al  
**0800 555 2700**



**TENER AL ALEMÁN EN TU CARTILLA ES MUY BUENO,  
PERO SER SOCIO DEL ALEMÁN ES MUCHO MEJOR.**

**15% de descuento**  
en las 6 primeras cuotas



[www.hospitalaleman.org.ar/plan-medico](http://www.hospitalaleman.org.ar/plan-medico)



# apres

COBERTURA MEDICA

**0800-666-3640**  
**www.apres.com.ar**