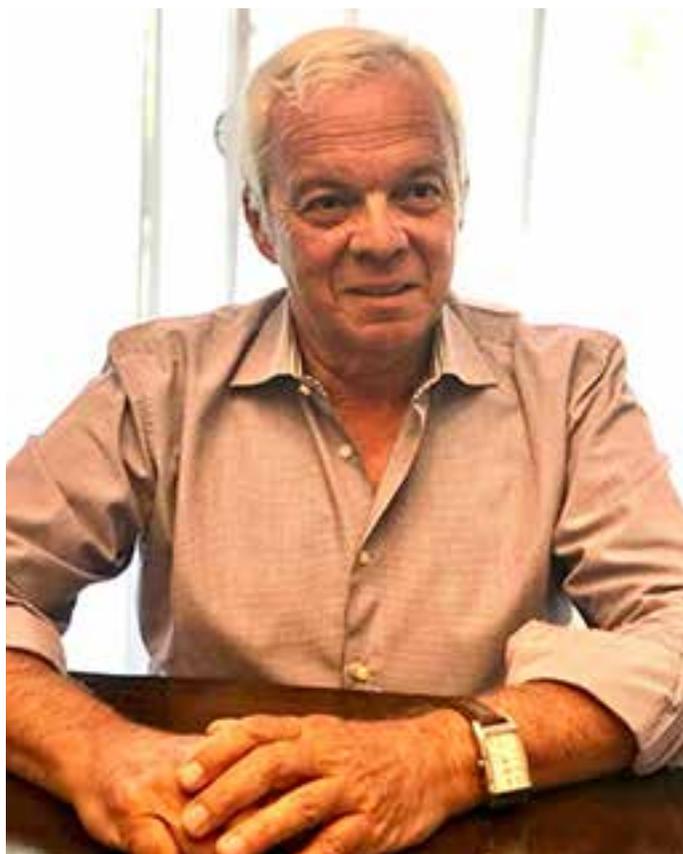


ENTREVISTA ROBERTO SCARSI - Presidente de FEMECON

“Transitamos nuestro propio camino”



Hace 30 años un puñado de entidades comenzaban a escribir su historia en búsqueda de una identidad y estructura propias. Hoy FEMECON es un actor fuerte del sistema de salud que incide en aspectos de la política sanitaria, la seguridad social y la actividad médico-asistencial.

Págs. 6,7,8 y 9

Hoy más que nunca
les deseamos un

MUY FELIZ DÍA DEL MÉDICO

3 de Diciembre



Programa Médico Obligatorio

Los costos de salud, por encima de la inflación

Pág. 3

Conferencia en FEMECON

Mitos y realidades de las obras sociales en la Argentina

Pág. 4



FENECON les desea Felices Fiestas



FEMECON INFORMA

Director

Dr. Roberto Scarsi

Jefe de Redacción

Dr. Abelardo Di Ludovico

Redactora

Camila Balbín

Redacción General

María José Ralli

Diseño Gráfico

Verónica Spitznagel

Informamos a los colegas nuestra página de internet y dirección de e-mail: www.femecon.com secretaria@femecon.org.ar para publicar en Femecon informa: femeconinforma@femecon.org.ar

Consejo Directivo / FEMECON

Presidente: Dr. Roberto Scarsi

Vicepresidente: Dr. René Vidal

Secretario General: Dr. Edmundo Filippo

Pro Secretario: Dr. Carlos Grebín

Tesorero: Dr. Marcelo Maucci

Pro Tesorero: Dr. Alberto Gómez

Secretaria Gremial: Dra. Marta Franco

Secretario de Actas: Dr. Alejandro Vallejo

Vocal 1: Dr. Adrian Balbín

Vocal 2: Dr. Augusto Fulgenzi

Vocal 3: Dra. Rosario Vidal Próspero

Vocal 4: Dr. Silvio Temnik

Vocal 5: Dr. Anibal Funes

Vocal 6: Dr. Celso Lazo Amaya

Vocal 7: Dr. Julio Panini

Vocal 8: Dr. Raúl Stortini

Vocal 9: Dr. Walter Zaldua

Comisión Revisora de Cuentas

Miembros Titulares

1. Dr. Abelardo Di Ludovico

2. Dr. Héctor Sainz

Miembros Suplentes

1. Dr. Roberto Gadea

2. Dr. Claudio Berra

Tribunal de Honor

Miembros Titulares

1. Dra. Clara Glas

2. Dr. Pedro Deambrogio

3. Dr. Omar Medano

Miembros Suplentes

1. Dr. Enrique Quiroga

2. Dr. Daniel Koffman

Editorial

2

Revalorizar al médico

Está finalizando un año que será recordado durante mucho tiempo como uno de los peores que ha padecido la humanidad.

No solamente por la pandemia provocada por el coronavirus, sino por las graves consecuencias sociales y económicas que se producen en un universo globalizado como nunca antes.

Los pueblos de todo el mundo han debido cambiar y adaptarse a un nuevo modo de normalidad a la que no estaban preparados y han debido hacerlo rápidamente pues el riesgo de vida que provoca el virus no permitía una lenta adecuación.

En nuestro país se debió implementar rápidamente un refuerzo extraordinario en todos los sistemas de salud, que no estaban en condiciones para responder a las demandas en los sectores de cuidados intensivos que requería la patogenicidad del virus.

Es en estas circunstancias, donde se ve lo mejor y lo peor del ser humano, los médicos fueron y son un ejemplo de vocación al servicio de la humanidad y lo demostraron nuevamente poniendo en riesgo su vida y la de su familia, lo que nos hace sentir a todos nosotros el orgullo de pertenecer a esta profesión.

En ese sentido, como médicos e integrantes de los equipos de salud, nos sentimos gratificados espiritualmente por la abnegación de todos sus integrantes, luchando en primera línea incansablemente en el cuidado de los pacientes y muchos de ellos dejando su salud y hasta su vida en esa demanda.

Ello no hace más que remarcar que ser médico es una vocación de toda la vida e irrenunciable en medio de todos los desastres.

Es ahora cuando las autoridades responsables en las áreas de salud deben darle la prioridad que corresponde a estos sectores que nunca fueron considerados en ningún gobierno.

Se agradecen los aplausos y felicitaciones, pero no son suficientes.

Hace mucho que la salud no es importante para la política.

Es el momento de retribuir económicamente con buenos sueldos y honorarios a aquellos que se sacrificaron en estas circunstancias y que lo volverán a hacer si la situación lo requiere.

Que las autoridades tomen conciencia y no dejen caer en el olvido nuevamente a los trabajadores de la salud.

ENTIDADES INTEGRANTES



Así indica la actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO), realizada por la Universidad ISALUD y Prosanity Consulting. La misma establece que los costos de salud acumulados en los últimos años (sin coseguros) son del 403%, mientras que la inflación acumulada es del 338%. Sin embargo, este año como novedad del estudio se observó que el incremento del PMO se ubica levemente por debajo de la inflación, por los siguientes efectos: postergación de aumentos en los aranceles, contención de costos y dilación de acuerdos de paritarias.

Esta actualización es considerada como un instrumento necesario para conocer la factibilidad económica de la cobertura a brindar. En este sentido, Rubén Torres, Rector de la Universidad ISALUD, explicó que la estimación del valor del PMO resulta de vital importancia para poder fundamentar políticas en el campo de la seguridad social, el aseguramiento privado y hasta del sector público. “En estos momentos de pandemia hay dos situaciones importantes que hacen mucho más necesario tener un lugar de referencia y estas son las condiciones económicas y sanitarias que nuestro país está transitando y nos obliga a ser mucho más eficientes y eficaces”, concluyó. Por su parte, Ernesto Van der Kooy, Director de Prosanity Consulting, dijo que “además del objetivo de la actualización hemos incorporado un segundo objetivo para saber en qué medida las obras sociales están en condiciones de afrontar este gasto”.

La metodología del estudio está basada en indicadores de uso, frecuencia de uso de las

| Concepto | Cápita Mensual | Coseguro al 100% | Coseguro al 50% |
|----------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Programas Preventivos | \$226,95 | - | - |
| Prestaciones Ambulatorias | \$963,84 | \$315,31 | \$239,72 |
| Prestaciones con Internación | \$608,43 | - | - |
| Prestaciones Especiales | \$742,31 | \$12,58 | \$7,00 |
| TOTAL | \$2541,53 | \$327,89 | \$246,72 |
| TOTAL 100% coseguro a cargo del beneficiario | | \$2869,42 | |
| TOTAL 50% coseguro a cargo del beneficiario | | | \$2788,25 |

prestaciones y el precio. La estimación concluye que el gasto promedio del PMO por beneficiario por mes es de \$2541, si se le suma el coseguro al 100% sería de \$2869, mientras que con el coseguro al 50% sería de \$2788. En el año 2019, el gasto estimado del PMO era de \$1833, sin contar los coseguros. El mayor porcentaje de gasto proviene de las prestaciones ambulatorias con un 37% y le siguen las prestaciones especiales con un 28%. Dentro de estas prestaciones un gran impacto del gasto se produce por los medicamentos de prestaciones ambulatorias y por los medicamentos especiales.

En cuanto a la evaluación de la capacidad de financiamiento que tienen los agentes obligados a brindar el PMO a sus afiliados, el estudio estima que el 74% de las Obras Sociales, es decir 216 en total, no llega a

cubrir el gasto del PMO con ingresos provenientes de aportes y contribuciones y esto significa el 79% de los afiliados, aproximadamente 11 millones de beneficiarios. De esta forma, solo el 26%, es decir, 74 Obras Sociales pueden cubrir el PMO y esto significa 2 millones de afiliados. Si a esos ingresos se le suma el aporte Fondo Solidario de Redistribución, son el 51% de las Obras Sociales, es decir 148 en total, las que no llegan a cubrir el gasto del PMO y significa el 45% de los afiliados, aproximadamente 6 millones de beneficiarios. Por lo tanto, sólo 142 obras sociales recaudan lo suficiente para cubrir el PMO, significando 7 millones de afiliados aproximadamente.

Como conclusión, el estudio asegura que aumentó el gasto de bolsillo y que el mayor impacto corresponde a medicamentos ambulatorios. Por último, asegura que estos

resultados son extrapolables a grandes ciudades como Rosario, Córdoba y Mendoza.

Canasta básica en reemplazo del PMO

El titular de la Superintendencia de Servicios de Salud Eugenio Zanarini adelantó que el Programa Médico Obligatorio -PMO- será reemplazado durante 2021 por una canasta básica y universal de prestaciones. “Espero para el año próximo una canasta básica de servicios, que será universal y un derecho para todos, obligatoria para los financiadores y que refleje la política sanitaria del Estado”, anunció el titular de la SSS y precisó que en la elaboración de esa canasta “estamos trabajando con consultores nacionales e internacionales, con la Secretaría de Equidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación y con el BID”. “Es un trabajo arduo que vamos a consensuar con todos los sectores y para fin de año tendremos una idea más acabada” agregó. Zanarini también adelantó que “no se pueden sumar más obras sociales, porque es como pescar en una pecera y todo lo que quieren es una oficina de promoción para derivar a una prepaga”. En cuanto a las obras sociales con menos de mil afiliados el funcionario sostuvo que deberán fusionarse o aunar esfuerzos en convenios de cooperación para acceder a una economía de escala que les permita cumplir con la futura canasta básica de prestaciones. “Esto es lo más difícil y lo que más me desvela”, dijo.

Mitos y realidades de las obras sociales en la Argentina

En consonancia con el festejo por su 30° Aniversario y retomando la iniciativa fundacional de incursionar en el ámbito formativo del recurso humano, FEMECON realizó la conferencia “Mitos y realidades de las obras sociales en la Argentina”. El encuentro contó con la participación del Dr. Rubén Torres y de las licenciadas Natalia Jorgensen y Manuela Robba.

“En el país la salud no ha sido parte de la agenda durante muchísimos años y hoy tenemos la oportunidad de que esté en el escenario en función de la pandemia”, dijo Torres y agregó que “la situación del sistema de salud en general y de la seguridad social en particular es grave desde el punto de vista de la sustentabilidad. Su supervivencia es difícil si no se toman medidas”, agregó. El médico sanitarista señaló además: “nunca hemos dado soluciones claves, hemos puesto parches intentado modificar, pero nunca hicimos los cambios importantes que el sistema requiere”.

Torres repasó los principales problemas que enfrenta el sistema sanitario, con una sobreoferta de obras sociales nacionales, provinciales más el PAMI, que superponen coberturas pero que aún así “ninguna brinda los servicios que se pretende o se necesita”.

Torres subrayó la insustentabilidad del sistema que significa “el aumento del régimen de Monotributo, que aporta una suma fija y atenta contra la lógica del sistema de la seguridad social” que establece que quienes más ganan más aportan. La crisis se agudiza si se tiene en cuenta que el aporte promedio a la obra social está muy por debajo del PMO. “En la medida que aumen-



tan los monotributistas, más se vulnera la sustentabilidad del sistema”, subrayó. A esta realidad se suma la caída de los asalariados privados, el crecimiento de los empleados públicos, los monotributistas sociales y el engrosamiento de la población del PAMI producto del incremento de moratorias y en consecuencia aumento de jubilaciones. “¿Tenemos que tener un sistema con 300 obras sociales nacionales?” se preguntó Torres y detalló que “muchas tienen menos de diez mil beneficiarios y casi el 70 por ciento, menos de cinco mil”.

En cuanto a las obras sociales nacionales, la describió como una “falacia” y destacó que “en nueve provincias está el 80 por ciento de los afiliados”. “Si queremos ser serios, todo esto hay que discutirlo” enfatizó.

“Esto no se soluciona con curitas ni parches. Si no cambiamos el modelo de finan-

ciamiento, de atención y de gestión del sistema, no va a quebrar porque ya está quebrado. Tenemos que discutir hacia dónde los queremos llevar. Se necesita de una discusión seria que hoy no se está dando”, reflexionó.

El origen de los problemas

Para Natalia Jorgensen uno de los problemas es el envejecimiento poblacional y su impacto en los ingresos y en los recursos necesarios para financiar la salud de la población. A esto se suma el avance de la tecnología médica con prestaciones que superan el millón de dólares. “Ningún país por más rico que sea puede financiar la innovación sin que colapsen los sistemas” dijo y sumó entre las dificultades, el mercado laboral informal “que impacta en los recursos genuinos del sistema de salud para su financiación” y el aporte de los

monotributistas.

La especialista se refirió al mercado laboral que fue yendo a la informalidad, que impacta hoy en los recursos genuinos del sistema para su financiación y advirtió que “los ingresos esperados no van a crecer al mismo tiempo que los gastos esperados”. Además, resaltó que otro de los problemas es la falta de medición: “no sabemos qué tipo de cobertura y de qué calidad le estamos dando a la población” dijo y adelantó que “es necesaria una modificación de fondo y un cambio de paradigma. Cuáles son las barreras que tenemos que sortear e ir a un cambio del sistema desde el punto de vista de la financiación y de las prestaciones que estamos dando”.

Finalmente, Manuela Robba habló sobre la dificultad que afrontan las Obras Sociales Nacionales para cubrir el Programa Médico Obligatorio y los sistemáticos subsidios que se fueron incorporando para sostener el sistema. Hoy solo el 21 por ciento de las OSN cubren en un cien por ciento el PMO y éstas reúnen apenas el 17 por ciento de los beneficiarios de la seguridad social. “El 80 por ciento está en una obra social nacional que no recauda lo suficiente para cubrirlo”, señaló.

Como cierre y reflexión final, Torres convocó a pensar en un “pacto social de escasez” que reconozca los recursos con los que se cuenta y entre cuántos hay que repartirlos. “Venimos empeorando los indicadores en términos relativos con respecto a otros países de la región” dijo y convocó a todos los actores de la sociedad en su conjunto para encontrar una solución.



3 de Diciembre

DÍA DEL MÉDICO

NADA QUE FESTEJAR

El Coronavirus desnudó ante la sociedad la debilidad del Sistema Sanitario y nuestra precaria situación laboral. En nueve meses se infectaron más de mil médicos y perdimos decenas de colegas y compañeros, enfermeros, técnicos y profesionales de la salud como consecuencia de la pandemia, pero también, por la ineptitud y las deficiencias del propio sistema.

En la celebración de nuestro día:

- **Exigimos** a las autoridades y a los políticos que con nuestra participación diseñen una Política de Estado en Salud, que termine para siempre con el desfinanciamiento crónico del sector, la judicialización abusiva, la improvisación permanente y la vergonzosa inequidad.
- **Pedimos** a los gobiernos, a los grandes sanatorios, prepagas, obras sociales y laboratorios farmacéuticos que no gasten su dinero en solicitudes y anuncios de felicitación. Preferimos que lo destinen a mejorar nuestras **condiciones de trabajo**, nuestros **magros salarios** y a proveernos de los **elementos necesarios y adecuados para nuestra protección personal**.
- **Sentimos** un profundo repudio por las políticas públicas que durante décadas llevaron a nuestra sociedad a sus mayores índices de pobreza, indigencia y desigualdad, y por lo tanto, a más enfermedad, sumergiéndonos en el atraso.
- **Valoramos** los aplausos espontáneos de la gente, pero más valoramos a quienes siguen las normas de distanciamiento social y protocolos sanitarios, porque al cuidarse, nos cuidan.
- **Agradecemos** a nuestras familias por el aguante y les pedimos disculpas por nuestras ausencias, por los riesgos de la convivencia y por aportar salarios que a veces están por debajo de la línea de pobreza.
- **Declaramos** que la profesión de ser médico se ejerce solo por una fuerte vocación de servicio. Que no somos héroes, pero tampoco esclavos. Que siempre vamos a denunciar la inequidad, la injusticia y todo lo que ponga en riesgo la salud de la gente y la libertad de nuestro ejercicio profesional. Es la base de nuestro juramento.

Por todas estas razones hoy celebramos nuestro día en soledad, sin nada para festejar, pero unidos en la convicción y la protesta.

Confederación Médica de la República Argentina

www.comra.org.ar

Filiales COMRA: Federación Médica del Conurbano Bonaerense (Femecon), Federación Médica Gremial de la Capital Federal (Femeca), Círculo Médico de Catamarca, Colegio Médico Gremial de Chaco, Federación Médica del Chubut, Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba, Federación Médica Gremial de Corrientes, Federación Médica de Entre Ríos, Colegio Médico de Jujuy, Colegio Médico de La Pampa, Colegio Médico Gremial de La Rioja, Federación Médica de Mendoza, Federación Médica de Misiones, Federación Médica de Neuquén, Federación Médica de Río Negro, Federación Médica de Salta, Colegio Médico de San Juan, Federación Médica Gremial de San Luis, Colegio Médico de Santa Cruz, Federación Médica de Santa Fe, Asociación Médica de Tierra del Fuego, Colegio Médico de Tucumán.

ROBERTO SCARSI

Presidente de FEMECON

“Transitamos nuestro propio camino”

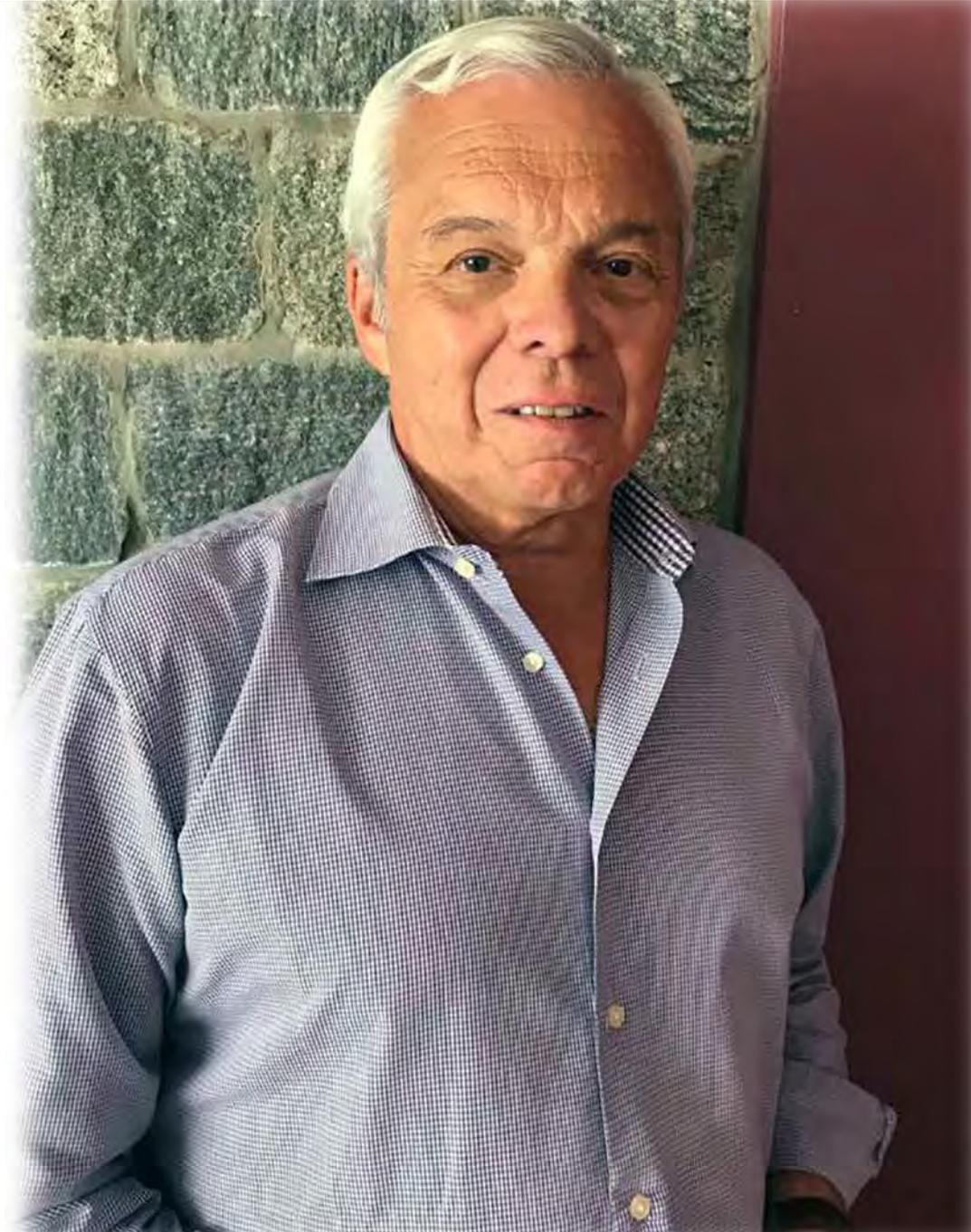
Hace 30 años un puñado de entidades comenzaban a escribir su historia en búsqueda de una identidad y estructura propias. “Hoy la FEMECON es un actor más del sistema de salud y es tenido en cuenta a la hora de incidir en algunos aspectos de la política sanitaria, la seguridad social y la actividad médico-asistencial”, dice Roberto Scarsi. Un repaso por los comienzos, el presente y el futuro de la entidad.

FEMECON celebra sus tres décadas en un contexto muy particular. ¿Cómo fueron los comienzos?

FEMECON no es ni más ni menos que la expresión de la composición social y demográfica de la provincia de Buenos Aires, donde hay un área muy particular y bien delimitada, no tanto geográficamente sino en sus características, que es el Conurbano, con una dinámica de trabajo que lo diferencia del resto de la provincia. Ni mejor ni

peor, ni más ni menos sino distinta, como puede pasar en tantos otros distritos en esta Argentina tan disímil, tan dispar y tan diversa.

En ese contexto el trabajo médico se desarrolla con particularidades distintivas que son las que animaron la promoción de una Federación Médica del Conurbano, algo que sentíamos desde hacía tiempo y que no estaba contenida en la estructura provincial.



¿Cómo dieron ese paso?

En esos años comenzó un movimiento de las entidades médicas del Conurbano en relación a las particularidades de trabajo médico es este territorio. Fue muy importante la constitución de las diferencias entre el Conurbano y el interior de la provincia en torno al modelo asistencial y contractual con el PAMI y muy difícil de contener en el plano institucional.

En esa época había también un factor fuerte que con el tiempo lamentablemente se fue desdibujando, que era la incursión en el área de la medicina prepaga, Femeba Salud provincial, que se proyectaba como una oferta muy importante.

También ahí se mostraban diferencias en los distintos corredores provinciales. Muy claramente lo que hoy se identifica como AMBA ya mostraba una dinámica muy diferenciada respecto del interior provincial. Se dio una suma de factores donde no inventamos nada, simplemente identificamos un cuadro distinto y tratamos de perfilar una organización representativa de esa realidad.

Por diferentes condicionantes que no per-

mitieron tomar la decisión fundacional en ese momento, de las 14 entidades que conformaban el área del Conurbano, quedamos cinco. Y así nos largamos cinco instituciones solas en esto que era tratar de buscar la propia identidad.

¿Cuál fue el primer desafío que afrontaron como nueva institución?

Entramos en la escena fuerte discutiendo mano a mano un convenio con el IOMA, nada más y nada menos, que significaba un vuelco sustancial en la estructura del trabajo. El IOMA venía de un fuerte deterioro de su estructura prestacional y políticamente se dieron las condiciones para plantear una nueva relación con las instituciones. Entramos a jugar con una enorme responsabilidad. Fuimos aprendiendo. Costaba mucho jugar el partido, la metáfora del ambiente decía que aún no jugábamos en primera. Con el tiempo jugamos el ascenso y creo que hoy estamos para la Selección también.

El tema IOMA fue determinante y nos dio un gran impulso, nos puso en escena y en consideración de todo el sector salud co-

mo un integrante más. Con esfuerzo y dificultades para lograr los espacios a través del tiempo.

Hoy somos uno más de los actores tenidos en cuenta a la hora de incidir en algunos aspectos de los lineamientos del sistema, la seguridad social y la actividad médico-asistencial de la provincia de Buenos Aires y también a nivel nacional.

¿Hoy la FEMECON tiene un lugar en la mesa de discusión de la política sanitaria?

No veo una mesa de discusión sanitaria, veo muchas. A lo mejor tan fragmentadas como nuestro propio sistema de salud. Participamos de varias y aspiramos a que superadas las urgencias de la pandemia se abra el espacio para discutir las cuestiones de fondo.

Hemos crecido institucionalmente y FEMECON tiene hoy un volumen que le asegura un lugar en esa futura mesa. Somos ya nueve las instituciones que representamos a 12 distritos del Conurbano, donde viven millones de habitantes que son asistidos por nuestros seis mil médicos.

“Siempre escapamos al concepto corporativo clásico de las organizaciones, no porque estén mal las corporaciones, sino porque en tal caso formamos cuerpo de otra manera, con una ambición un poco más amplia. No queremos olvidar al ser médico y al ser personas”

“Vamos transitando un camino que tiene que ver con tratar de darle contención y respuesta al trabajo médico en el marco de una atención médica de calidad. También con una respuesta y una forma de participación social muy fuerte”

“IOMA ha ratificado su decisión de continuar trabajando con las entidades representativas. Podrá haber cambio de modalidades, modificaciones de aspectos contractuales, pero siempre en reconocimiento de las representaciones formales de los profesionales como es la FEMECON”

¿Cómo evalúa la situación del médico a nivel laboral?

Muy lejos de lo que aspiramos en términos de trabajo, remuneración y calidad de vida. La crisis de la pandemia en el caso particular del trabajo médico no hizo más que poner una lupa gigantesca sobre los déficits preexistentes de larguísima data. Lo que pasa hoy no se puede recortar ni de la historia ni de la contingencia, es producto de ambas cosas. Hay una solución de continuidad en la crisis de la salud que no se puede desconocer, que se puede tomar desde varias ópticas. Desde el sentido gremial, social, económico o académico. Si nos ceñimos a lo estrictamente gremial y tomamos una posición dogmática-sindical, iría por la formalización del trabajo médico, la relación de dependencia y sus reivindicaciones, pero esto responde a un sector y no a todo. Hay una parte que mantiene otra dinámica más parecida al libre ejercicio de la profesión y a veces se mezclan ambas cosas. Queremos tomar obviamente lo mejor de cada uno. Pero lo cierto es que hoy y desde hace tiempo, el trabajo médico es en general bastante disociado. Tiene una relación de dependencia hospitalaria o privada y alguna actividad de práctica libre o alguna mixta. Es muy heterogéneo.

¿Cree que es necesario repensar las nuevas formas del trabajo médico?

Si, claro. Pero sin perder de vista lo que el médico elige como modalidad de trabajo. Es muy difícil conciliar las reivindicacio-

nes gremiales tradicionales con lo aspiracional del trabajo médico en términos de libre ejercicio de la profesión. Hay todavía una larga discusión no saldada.

El sector de la salud en la Argentina suele discutir desde el seguro privado al estilo norteamericano hasta los sistemas sociales europeos pasando por los mixtos y en cualquiera de ellos difícilmente los médicos estén plenamente conformes, como tampoco lo están los usuarios. Hoy todos los sistemas de salud en el mundo están en crisis más allá del mayor o menor volumen de recursos. Alcances de cobertura, modelo asistencial, financiamiento, remuneración y formación de recursos humanos, todo esto implica al trabajo médico. En definitiva, estamos siempre frente al viejo tema de que nuestro trabajo es una mezcla de ciencia y arte, muy difícil de encuadrar en términos gremiales.

¿Cómo marcha en este contexto el convenio con el IOMA?

Este año se dieron dos cuestiones particulares: la pandemia a la que naturalmente nos tuvimos que adecuar y la llegada de un nuevo gobierno con signo político distinto al anterior.

Obviamente con el estilo y la impronta política de quien tiene la responsabilidad de conducir pero con un reconocimiento implícito de los vínculos institucionales, al menos entre quienes representamos el trabajo médico. Esperamos superar la urgencia lo antes posible para empezar a abordar lo importante.



¿Y a nivel económico?

En lo económico es un año muy difícil. Lo que nos pasa es el reflejo de la economía nacional, todos estamos sufriendo la depreciación de los ingresos, el drama de los cambios de valores para quienes trabajan con insumos. La recaudación del IOMA no escapa a las generales de la ley y se refleja en la enorme dificultad para actualizar los valores a los niveles que merecerían.

Es un año muy duro y en esto también destaco la posibilidad y capacidad de diálogo, hemos podido superar los meses más difíciles de la cuarentena, compensando la merma de trabajo médico con un honorario diferenciado. El volumen del trabajo cayó producto de la pandemia y se encareció porque atender el covid requiere una inversión importante. Como el médico en definitiva terminó facturando menos, se compensó con un plus aplicado al honorario durante esos meses para tratar de mejorar la situación. Por otro lado, a partir del mes de julio hubo un aumento del 16 por ciento en el valor de las consultas y un 8 por ciento en las prácticas, que se verá reflejado en estos días porque los pagos vienen con un poco de atrasos. Y habrá otro aumento del 10 por ciento a partir de noviembre.

Lo cierto es que corremos desde atrás el impacto inflacionario, la devaluación y la economía como todo el país. Lo discutimos en forma permanente y reconocemos el esfuerzo de todos y básicamente de los médicos y también del IOMA, que se nutre del empleo público que no está atravesando su mejor momento. Es un círculo muy difícil de salir sobre todo en estas condiciones y tratando de respetar que nadie quede fuera del circuito de trabajo. Sería muy fácil romper con el criterio de la libre elección y darse con un grupo que concentre el trabajo y con buena facturación. Pero esto provocaría una merma en la calidad de atención, una oferta limitada y una enorme desocupación. El mayor esfuerzo tiene que ser la búsqueda de consensos y equilibrios para brindar la adecuada contención al sistema en el que están incluidos los médicos y los pacientes.

¿Cómo percibe que impactó la pandemia en el sector?

Un impacto impensado. Es la muestra descarnada de la globalización sanitaria y muy difícil de conceptualizar porque nos ha atravesado en todos los sentidos, nos puso a los médicos en el centro de la escena y por supuesto que nos supera. No somos los únicos pero sí nos ha tocado estar en la primera línea y vamos a necesitar de un cierto tiempo para una larga reflexión acerca de todo esto que todavía no termina. Desde lo que significa la incorporación y adaptación de las nuevas herramientas de trabajo hasta las cuestiones emocionales que tienen que ver con lo cotidiano de los equipos de salud frente a esta realidad. No puedo dejar de mencionar el enorme dolor por los colegas que perdimos en estos meses y brindar un homenaje y un reconocimiento a todos los que de distintos lugares la pelearon y la siguen peleando todos los días.

¿Qué ve en el horizonte?

Esperanza, porque de lo contrario no podríamos vivir. Hay datos ciertos de que estamos a un paso del inicio de la vacunación y la ilusión de que en poco tiempo más nos reencontremos con nuestra cotidianeidad, sobre todos con nuestros afectos y nuestra particular y bella manera de expresarnos.

Por otro lado, hubo en este tiempo una forma de repensar y plantear los problemas. Esto lo valoro y lo pongo del lado del haber. Se promovieron amplias y múltiples discusiones, ponencias, investigaciones, discusión de trabajos científicos, de una manera inédita. Pero creo que también es producto de una necesidad de contacto y comunicación que no fue posible en los espacios naturales. Nos fuimos entrenando en manejar los instrumentos tecnológicos y se descubrió un mundo nuevo. Se fomentaron iniciativas para poder entre todos encontrar una respuesta a todo esto y calmar un poco la ansiedad. Aunque esto se tornó muy difícil de lograr.

Ser médicos y personas

“Estoy convencido de que el nuevo gremialismo significa no sólo la discusión de una paritaria o laboral propiamente dicha, sino una cantidad de cuestiones que hacen a la vida profesional y personal” dice Roberto Scarsi y subraya la formación y capacitación del recurso humano, algo que transita la FEMECON desde sus albores.

“Hemos sido impulsores desde los inicios en ese sentido” dice y reconoce que “con el tiempo los encuentros de capacitación y recreación se fueron espaciando. Primero porque en un momento se generó una sobreoferta no siempre de la mejor calidad, no hubo actualizaciones rápidas de instrumentos para acceder más fácilmente y a los médicos cada vez les cuesta más participar de actividades formativas, culturales y recreativas”.

Ahora, en medio de la pandemia, FEMECON retomó el camino con modalidad virtual, a la espera de volver a los encuentros presenciales y encontrarnos en nuestros espacios comunes. “Queremos volver a encontrarnos para hablar de temas relativos a la profesión, pero también incursionar en todo lo que hace a la vida, porque además de médicos somos personas”, dice Scarsi y agrega: “Nos alcanzaron las generales de la ley pero ojalá pronto nos encontremos”.

“Siempre escapamos al concepto corporativo clásico de las organizaciones, no porque estén mal las corporaciones, sino porque en tal caso formamos cuerpo de otra manera, con una ambición un poco más amplia. Jamás olvidamos que somos personas además de médicos y tenemos que trabajar para vivir mejor en un concepto amplio. Si seguimos dando pasos hacia ese camino me doy por satisfecho”, reflexiona.

Covid-19: evidencias sobre la transmisión

10

Por María José Ralli

Con una mirada multidisciplinaria y el aporte de las ciencias exactas, tres expertos analizan el modo de propagación del nuevo coronavirus, su impacto y las estrategias para la mitigación.

Durante tres días la Sociedad Argentina de Infectología -SADI- llevó adelante su congreso anual, este año en formato virtual, en consonancia con la celebración de su 20° Aniversario.

A lo largo de los encuentros, se cubrieron diversos aspectos del Covid-19, además de otros grandes temas de la infectología, con expositores e invitados nacionales e internacionales.

Una de las grandes convocatorias fue la mesa “Transmisión de Covid-19” con la moderación a cargo de Zacarías Bustos, representante en la Argentina de la coalición internacional Endcoronavirus.org, donde disertaron el bioinformático e investigador del Conicet Rodrigo Quiroga junto a Rodrigo Castro, Director del Laboratorio de Simulación de Eventos Discretos de la facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UBA y el español José Luis Giménez, especialista en aerosoles de la Universidad de Colorado, quienes aportaron una mirada multidisciplinaria sobre la propagación del nuevo coronavirus.

Rodrigo Castro abordó un enfoque ingenieril de la toma de decisiones a partir de datos, modelos y simulaciones, a través de un proyecto del Instituto de Ciencias de la Computación del Conicet, que se lleva adelante con apoyo público y privado de

modo interdisciplinario e interinstitucional, con objetivos pre definidos para evitar un efecto determinado. En este sentido, explicó cómo determinados algoritmos procesan fuentes de datos todo el tiempo sobre ocupación hospitalaria o casos de Covid de las diferentes jurisdicciones, que se accionan en forma automáticas predefinidas o manualmente.

El resultado es una gran base de datos que se genera a partir de preguntas sumadas a datos y modelos de simulación que resultan en proyecciones que sirven luego para tomar decisiones de políticas públicas.

“Los modelos matemáticos capturan la dinámica y son herramientas que reproducen la mecánica de la propagación de un virus en una población”, explicó Castro y aclaró que “las proyecciones responden a ciertas hipótesis y no son predicciones”. “Los modelos tienen en cuenta cuántas personas contagian a cada contagiado y los tiempos necesarios para que se produzcan nuevos contagios”, señaló y sostuvo que “los parámetros del modelo se estiman para que las simulaciones se ajusten lo mejor posible a los datos conocidos de la realidad”. Esto permite proyectar comportamientos a futuro suponiendo cambios en el comportamiento social, “o que todo siga igual”, añadió.

LIVE

SADI 2020

Toma de Decisiones. Datos, Modelos y Simulaciones.

Un enfoque ingenieril

Toma de Decisiones (impacto en la realidad, objetivos predefinidos)

Medir para conocer (dato)

Modelar para entender (información)

Proyectar para decidir (conocimiento)

SADI 2020

Dr. Rodrigo Castro

LIVE

SADI 2020

WHO: why social distance helps

Close: droplets can hit eyes / nose / mouth

These droplets can land in the mouths or noses of people who are nearby.

Dr. José Luis Giménez

Rodrigo Quiroga por su parte se refirió a la evaluación de estrategias de rastreo y prevención de contactos y también subrayó que “la transmisión va determinada por los comportamientos sociales”. Quiroga señaló que la evidencia científica acumulada revela la importancia de la transmisión por aerosoles y que el uso de los tapabocas y la sostenida higiene de manos “redujo la cantidad de contagios por gotas”. Aún así, se puede ver una heterogeneidad de los contagios: “hay evidencia sobre la existencia de muchas personas que contagian a uno solo y otras que contagian a 20 en los denominados eventos de superpropagación”.

El investigador del Conicet también señaló que en cuanto a los casos positivos “sólo detectamos una fracción de las infecciones reales”, producto de la circulación de asintomáticos, de sintomáticos que no acuden al sistema de salud y sintomáticos leves que no entran en la definición de caso sospechoso.

“Está claro que los asintomáticos contagian y tienen igual carga viral. La evidencia biológica dice que llevan una gran parte del contagio de esta pandemia”, aclaró. Quiroga también se explayó sobre las estrategias de mitigación: “con el tiempo pierden efectividad, y se relajan los cuidados individuales. Esto sumado a factores estacionales fue lo que provocó la segunda ola como la de Europa” dijo y advirtió: “tenemos que tener mucho cuidado en Argentina para marzo y abril del próximo año”.

Finalmente, subrayó la importancia de las estrategias de rastreo y aislamiento, así

como la necesidad de potenciar el sistema de diagnóstico para que el rastreo de contactos tenga mayor efecto. En este sentido adelantó que están trabajando en una aplicación de celular de manera anónima que alerta cuando una persona está teniendo demasiados contactos, para alentar a disminuir la circulación social. “Es importante tomar todas las medidas de prevención al mismo tiempo, porque cada una por sí sola no funciona”, advirtió.

La mirada internacional estuvo a cargo de José Luis Jiménez quien enfatizó en la transmisión por aerosoles como el modo más relevante de expansión del nuevo coronavirus. Si bien hay otras maneras de contagio, explicó, a través de las superficies o con gotas proyectiles que salen de boca y nariz, “los aerosoles quedan flotando en el aire e infectan por inhalación”. Y subrayó: “Hay una evidencia abrumadora de que la inhalación es una forma de transmisión importante”.

Para Jiménez a la Organización Mundial de la Salud “le costó reconocer que la ventilación es importante y aún así no mencionan los aerosoles. Para mí es importante explicar ésto a la gente para que se puedan proteger”. “Hay una probabilidad que sea la forma de transmisión dominante y puede ser que haya sido sobreestimada”, agregó.

Jiménez señaló además que en los eventos de superpropagación como los coros en Estados Unidos, fueron los responsables de contagios masivos: “En el interior es mucho más fácil infectarse que en el exterior y es sin duda por los aerosoles, don-

LIVE

SADI 2020

2

Detección de casos positivos

Testeamos sintomáticos

Percentage of symptomatic infections

| Age Group | Gender | Symptomatic (%) | Critical (%) |
|-----------|--------|-----------------|--------------|
| 0-19y | Male | ~35 | ~5 |
| 20-39y | Male | ~30 | ~5 |
| 40-59y | Male | ~25 | ~5 |
| 60-79y | Male | ~15 | ~5 |
| 80y+ | Male | ~10 | ~5 |
| 0-19y | Female | ~15 | ~5 |
| 20-39y | Female | ~20 | ~5 |
| 40-59y | Female | ~25 | ~5 |
| 60-79y | Female | ~30 | ~5 |
| 80y+ | Female | ~35 | ~5 |

Poletti, et al. Probability of symptoms and critical disease after SARS-CoV-2 infection, MedRxiv 2020

Dr. Rodrigo Quiroga

de diez casos contagian al 80 por ciento de los nuevos casos”.

El especialista explicó además que la física de la conversación favorece también este tipo de transmisión y por eso es tan importante el uso de mascarillas adecuadas y ajustadas, tener los ambientes ventilados, y proponer encuentros en espacios abiertos.

“La evidencia científica demuestra que tanto la tuberculosis como el sarampión se transmiten por aerosoles, en tanto que no existe evidencia de contagios por gotas” subrayó Jiménez y cuestionó que aún no se termine de aceptar la aerosolización como vía de contagios. “Los prejuicios que vienen de la historia se han convertido en

un dogma de la epidemiología y es un error seguir repitiéndolo”, dijo.

Finalmente, señaló que es necesario resaltar que los aerosoles tienen la dinámica de propagación similar al humo del cigarrillo y que controlar el dióxido de carbono es una buena estrategia para medir el aire exhalado. “En el exterior hay 400 partes de CO2 por millón, mientras que en un auto con aire acondicionado hay cuatro mil partes por millón. Esos niveles son peligrosos en lugares cerrados, pero con ventilación muy rápidamente baja a 800. Medir es útil para saber cómo sirve la ventilación”, graficó. Y concluyó: “Hay que asumir que se transmite por aerosoles hasta que se demuestre lo contrario”.

Encuesta al personal de la salud en tiempos de COVID-19

Durante la Jornada Virtual Argentina de Auditores y Gerentes de Salud organizada por SADAM, se realizó la presentación de la encuesta nacional a los recursos humanos de la salud en tiempos de covid-19. La encuesta tiene como objetivo entender la situación de los recursos humanos de la salud desde la dimensión organizacional, territorial y su interacción con las normativas oficiales, auscultar aspectos de la dinámica de recursos humanos en el escenario de crisis y reconocer el sentir actual de los encuestados y su proyección a futuro.

La misma concluye que las personas que trabajan en salud son el eje del sistema de salud. Si no están presentes, “despiertos”, contenidos y acompañados no hay atención posible, aumentando los riesgos de manera exponencial tanto para los profesionales de la salud como para todos los pacientes.

Resultados

En estos últimos meses, hubo un crecimiento progresivo de casos de contagios conocidos que pasó de un 48% en junio a un 71% a finales de septiembre. El aumento de las dotaciones afectadas por el alto ausentismo, que en junio eran menores al 24%, a fines de septiembre se ubican en un 40%. El 70% de los encuestados conocen algún miembro del equipo de salud que se haya contagiado de covid-19

y el 68% dice que sus pacientes Covid o aislados no llevan la pulsera de identificación.

En cuanto a la capacitación, el 73% de los encuestados manifestaron que recibieron la capacitación para hacer el exudado bucofaríngeo. El 85% de los encuestados recibieron información sobre la distancia física en el espacio laboral, mientras que el 60% recibió información sobre los cuidados al regresar a casa.

El 61% aseguró que en su lugar de trabajo no dispone de un sector de descanso apropiado, que permita guardar las distancias recomendadas. Además, el 46% sostuvo que recibe alimentación en su lugar de trabajo mientras que el 54% no la recibe. Sobre si recibieron el bono para el personal de salud otorgado en abril por el Poder Ejecutivo Nacional, el 53% si lo recibió, mientras que el 47% no.

En lo que refiere a si el equipo de trabajo está presente, el 38% de los encuestados forma parte de instituciones cuyas dotaciones están por debajo del 60% de integrantes. Solo un 23% trabajan en instituciones al 100% de dotación.

Con respecto a los hábitos incorporados en esta pandemia que se conservaran en un futuro, la mayoría de los encuestados mencionó al lavado de manos muy frecuente, la limpieza del celular con frecuen-

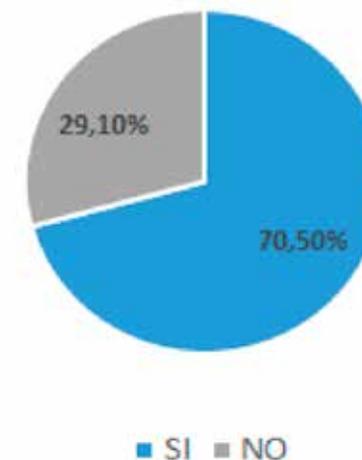
cia, la distancia entre colegas y el uso de mascarillas y guantes.

En la encuesta se les propuso que definan este momento con una sola palabra y la mayoría mencionó palabras como: agotamiento, incertidumbre, prueba, miedo, soledad, mentira y desconocimiento. Durante los últimos meses, al agotamiento físico se ha sumado el anímico, lo que surge con el progresivo aumento de la palabra agotamiento por encima de la pala-

bra incertidumbre, acompañado por la palabra miedo.

En lo que refiere a las “dotaciones en riesgo”, el grupo de riesgo identificado es el personal de instituciones del sector público, y en menor medida del privado, cuya antigüedad es mayor a 15 años, pertenecientes a los grupos de enfermería y médicos y que trabajan en ambos subsectores al mismo tiempo.

¿Conoce algún miembro del equipo de salud que se haya contagiado de COVID-19?



“La enfermedad debe salir a buscar la tecnología y no al revés”

Lo dijo Esteban Lifchitz, Director de la Carrera de Médico Especialista en Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Facultad de Medicina de la UBA en el webinar “Evaluación de tecnologías sanitarias: Una herramienta para tomar mejores decisiones en salud” organizada por SADAM.

El encuentro abordó la problemática que enfrenta el sistema de salud para brindar servicios y productos de alto costo cuando los recursos son escasos, y son muchas las necesidades. El dilema es cómo encontrar el modo de utilizar bien lo que se tiene pero a su vez, no dejar a nadie sin atención de la salud.

“Ningún país por más rico que sea está en condiciones de darle todo a todos” sentenció Lifchitz y sostuvo que es necesario encontrar la manera de llevar adelante la atención de la salud de todos y mejorar el acceso para quienes lo necesitan pero para eso “es preciso que alguien defina qué hay que cubrir y qué no”.

Lifchitz explicó que una innovación, además de ser nueva, “tiene que demostrar que aporta un valor que no existía hasta ese momento para la salud de la población”. “El tema es anterior a saber cuánto cuesta un medicamento” advirtió y subrayó que “somos cada vez más ineficientes en el uso de los recursos. Hay mucho por hablar antes de hablar de dinero”. En este sentido el especialista señaló que “los medicamentos tienen que estar en condiciones de decir si sirven para lo que dicen servir”. “Muchas decisiones de salud están basadas más en la fe que en la ciencia” dijo y explicó que los ensayos clínicos dan más certezas que los estudios observacionales.

Qué cubrir y a qué costo

Una de las incógnitas que se planteó es primero saber qué es necesario considerar para brindar una cobertura. El especialista detalló que es preciso que sean verdaderamente una solución al problema, que el precio tenga relación con el beneficio y previamente, realizar un análisis



comparativo con las tecnologías disponibles. Para zanjar estas dudas está la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), que está definida como “un proceso multidisciplinario que utiliza métodos explícitos para establecer el valor de las tecnologías sanitarias en diferentes momentos de su vida” y cuyo propósito es “informar a los decisores para promover un sistema de salud equitativo, eficiente y de alta calidad”.

“La ETS es una herramienta técnica para tomar mejores decisiones de políticas sanitarias” sostuvo Lifschitz y ejemplificó: “No es lo mismo una droga que mejora la sobrevivencia que la tasa de respuesta objetiva. Hay que mirar riesgos absolutos”.

Además, destacó que “la ETS tiene que ser un puente que tenga en cuenta la certeza sobre la vida real de los efectos que demuestran los estudios; el impacto clínico que determinen el comparador adecuado, los desenlaces que importan y el efecto mínimo aceptado y finalmente los aspectos económicos, que echen luz sobre si vale la pena pagar por esa tecnología y si realmente se puede

de pagar.

En este sentido subrayó que para empezar a tomar decisiones hay que ir por el principio: “Nada importa si la tecnología no es la solución a un problema. La enfermedad debe salir a buscar la tecnología y no al revés”, señaló y subrayó que “cada vez que decidimos incorporar una ETS a una cobertura significa aumentar el tamaño (mayor presupuesto) o desinvertir o bien la hipocresía”. “Si no podemos mejorar la hipocresía digamos la verdad” enfatizó. “Tenemos que sentarnos juntos en una mesa intentando ver de qué manera se incorpora la tecnología para que se beneficie el paciente, pero hay mucho camino por recorrer”, reconoció Lifchitz.

Y concluyó con una reflexión: “bienvenidas las tecnologías verdaderamente innovadoras que generen beneficios clínicos significativos, porque acelerar el acceso a tecnologías innecesarias equivale a retrasar el acceso a las verdaderamente necesarias”. “Se requieren herramientas de priorización explícitas que reduzcan el impacto de la medicina basada en la sentencia”, agregó.

Jornada nacional de compra estratégica de servicios

Encabezado por el secretario de Equidad en Salud Martín Sabignoso, se realizó el primer encuentro virtual sobre compra estratégica, con el objetivo de fortalecer el desempeño de los prestadores de salud para un mejor cuidado de la población y la reorientación de acciones de organización en políticas de sanidad.

Más de 200 personas entre funcionarios, referentes de las provincias y especialistas internacionales, participaron con el propósito de intercambiar experiencias e identificar aprendizajes, donde se destacó la implementación del Programa SUMAR (ver recuadro) como una estrategia con herramientas oportunas, rápidas y flexibles para que cada provincia pudiera acomodarse a su territorialidad para, a través de los diferentes programas, “llegar a la población de manera eficiente y oportuna”.

“Estamos avanzando en poder mostrar y reconocer que el financiamiento es solamente el combustible del sistema, sino que también puede ser un potenciador de esa transformación que buscamos”, dijo Sabignoso y señaló que “en pandemia ha sido importante para garantizar el acceso universal a servicios, incluyendo alternativas como la telemedicina que fortaleció la oferta”, y remarcó la necesidad de aprovechar la oportunidad para desarrollar “políticas de financiamiento con nuestros valores”.

Carla Bonahora, Directora Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales de Salud, destacó el encuentro como un espacio para reflexionar en este marco complejo que plantea la pandemia, sobre la necesidad de innovar en salud. “Buscamos ir hacia una compra estratégica, impulsora de la articulación federal y la integración de los sistemas”, subrayó. Y agregó que se trata de “un proceso en el cual los actores se van vinculando, uniendo objetivos y recursos, a mediano y largo plazo, y queremos incrementar el acceso y la calidad de los servicios, desde una perspectiva de equidad”.

Adaptaciones al Programa SUMAR

Martín Sabignoso explicó en qué consisten las modificaciones que incorporaron al Programa Sumar, una estrategia que “promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud”. El funcionario señaló que hubo un “aumento significativo de los valores de los servicios del Plan de Servicios de Salud en consonancia con el aumento de la cápita y se articuló con la Superintendencia de Servicios de Salud en los valores abonados a los prestadores”. También sostuvo que “hubo una disposición operativa para ampliar el plazo de presentación de las prestaciones y de manera prospectiva a través del pago por cápita”. Finalmente, sostuvo que para facilitar la compra estratégica se crearon Fondos Provinciales de Emergencia Sanitaria y se implementó el límite de utilización de fondos para el pago de bonos al personal de salud.



ANLAP busca crear un “banco de proyectos”

14

La Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) adelantó en un encuentro virtual con los principales referentes de la producción estatal, una serie de medidas para reactivar la producción pública de medicamentos. Se trata de un “banco de proyectos” que buscará apoyar a las iniciativas en todo el país que pretendan crear plantas de tratamientos propias y ampliar las ya existentes. “Necesitamos pensar, diseñar y construir un modelo de producción nacional que responda a las necesidades sanitarias de la gente y no a los vaivenes del mercado”, destacó la subsecretaria de Medicamentos e Información Estratégica Sonia Tarragona y destacó que este “banco” tiene como objetivo hacer un “mapeo que le permita a la Agencia agilizar la evaluación y la proyección de los mismos”.

“Es necesario crear un círculo virtuoso que siempre parta de una necesidad sanitaria y continúe con la investigación, el desarrollo, el escalado y la producción. Esta dinámica debería ser eje del accionar de la producción pública de medicamentos”, afirmó Gastón Morán, presidente de la ANLAP y señaló que en este sentido se realizó un trabajo de vinculación entre el organismo y el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT).

Repensar el sistema desde la sustentabilidad

Se llevaron a cabo las Jornadas de Economía de la Salud “COVID-19 en el 2021 – Desafíos para la pos pandemia” organizadas por AES Asociación de Economía de la Salud.

“Este año va a quedar en la historia, nos ha cambiado la vida a todos y marcado la diferencia entre los distintos países. El covid llegó para replantearnos la fragilidad que tenemos como sociedad y como seres humanos”, fueron las palabras de apertura de Ariel Goldman, presidente de AES, quien señaló que por la coyuntura “la salud ha vuelto a la agenda, generado un cambio en su forma de atender que nos llevó a trabajar al límite y salir el sistema de su zona de confort”.

Goldman analizó que tanto Argentina como latinoamérica “han tenido tal vez el mayor impacto económico”, en tanto indicó que el país, que venía con una caída proyectada previa al coronavirus, llegará a un 12 por ciento “con falta de acceso a créditos internacionales, que nos llevará a repensar las estrategias”. A su vez, hizo hincapié en la caída del empleo y aseguró que es preciso “proyectar que este desempleo coyuntural no termine siendo estructural” y analizó que son necesarias acciones inmediatas. “Lo coyuntural se revierte con políticas de corto plazo, lo estructural con políticas de Estado y de largo plazo, y en esto aún no nos pusimos de acuerdo”, subrayó.

Seguridad social y reforma

Eugenio Zanarini, presidente de la Superintendencia de Servicios de Salud se refirió a la situación que atraviesa el sistema “que es pre pandemia, estructural y que venimos diagnosticando desde hace 20 años” y sostuvo que si bien se defiende el sistema de la seguridad social y la participación sindical, “puede ser que la pandemia haya profundizado más la crisis sectorial y tengamos menos posibilidades de barrer bajo la alfombra”.

Para Zanarini la pandemia generó una aceleración significativa de los mecanismos de desfinanciamiento del sis-

tema con una proyección a corto plazo “extremadamente preocupante”. Y explicó que las prestaciones y servicios de salud de casi el 70% de la población del país se financian mediante aportes y contribuciones sobre el salario, de los cuales el 53% corresponde al Sistema Nacional de Seguro de Salud (OOSS). Además, la recaudación de las obras sociales creció en el período marzo 2019-marzo 2020 un 29% “muy por debajo del IPC y del IPC Salud”, dijo y señaló que “las mediciones de estos indicadores pos pandemia van a ser mucho más negativos para el sector”. Otro dato alarmante es el crecimiento de los costos en salud en el período septiembre 2019/2020, con un incremento del 46,7% y una incidencia de los medicamentos que pasó del 25,97% a un 31,59%.

El Superintendente también dijo que del universo de las obras sociales, 290 a la fecha, sólo un 14% tienen un ingreso promedio que cubre el costo estimado del PMO. “Hay una mayoría silenciosa que asume costos de bolsillo que nosotros no podemos detectar. La diferencia entre el PMO y el sueldo promedio está siendo solventada por los bolsillos de los beneficiarios”.

Para Zanarini “otro grave problema es el Fondo Solidario de Redistribución, “que fue una herramienta efectiva para subsidiar las patologías de alto costo y baja incidencia pero que hoy no lo es por distintas razones y se fueron agregando diferentes subsidios automáticos para paliar las asimetrías y empezó a hacer mella”. Y explicó que del sistema de integración que solventa los gastos del sistema único para personas con discapacidad, sólo queda un 30 por ciento, es decir, cerca de 24 millones de pesos para patologías de alto costo o las prolongadas en el tiempo como diabetes o VIH.

“Sin transformaciones importantes no puede haber recursos y lamentablemente hacen falta recursos para transformar”, reflexionó y adelantó que están analizando “cuál tendría que ser la reforma del sistema para mejorar la sustentabilidad suponiendo que en los próximos años no va-



mos a poder pensar en que el sistema distributivo pueda ser complementado por el Tesoro”.

“La situación de la economía hace que no podamos pensar que en el corto plazo tengamos plata”, subrayó e insistió en que están trabajando sobre un proyecto junto al Ministerio de Economía para que los autorice “a avanzar en la búsqueda de fondos internacionales para la creación de un programa de reconversión” basado en tres áreas: la sustentabilidad, la eficiencia y las coberturas con calidad y equidad.

“Nuestros objetivos son una mayor gobernanza, mayor integración de las obras sociales, reducir costos de gestión e incrementar los niveles de control”, enfatizó y señaló que para ello son necesarios cuatro pilares “un equilibrio económico, una gestión sanitaria con cambios en el modelo de atención con una nueva canasta de servicios, mantener la calidad de los cuidados y la satisfacción de los usuarios y sumar la telesalud y la digitalización”.

“Tenemos que tener una canasta de derechos para todos y hacerlos universales y no un PMO para el 30 por ciento de la población. Y tenemos que dejar de hablar de Atención Primaria de la Salud, hacer un cambio cultural y llevar a la práctica la priorización de los servicios y un sistema más racional de los servicios de salud”, concluyó.

“La AGNET producirá la información necesaria para la formulación de políticas sanitarias”



Lo dijo el senador Mario Fiad, presidente de la Comisión de Salud de la Cámara Alta durante el seminario “El valor del medicamento: una construcción de múltiples actores”, donde resaltó además la “gran importancia de contar con una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para mejorar la toma de decisiones”. Actualmente en la Cámara de Senadores hay tres proyectos sobre la creación de la AGNET y otro en la Cámara de Diputados. “Una Agencia sería ordenadora del sistema de salud, todos queremos que sea equitativo pero también coincidimos en asegurar la sostenibilidad” agregó Fiad y subrayó que es necesario “que nazca bien y tenga el prestigio que tiene que tener un organismo de estas características”.

Pablo Yedlin, presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados, resaltó a su vez el trabajo que se viene realizando desde la CONETEC -Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías- “que intenta generar una lógica en el sistema solidario de atención” y subrayó la experiencia exitosa de la CONAIN -Comisión Nacional de Inmunizaciones, “una estructura ad honorem, no vinculante y formada por un grupo de especialistas y delegados de las sociedades científicas y jefes de vacunación por región que trabaja para asesorar al Ministerio de Salud declarando si hay conflicto de interés”. “Para mí ese puede ser un camino”, subrayó y dijo que “armar una Agencia es un desafío federal”.

Plasma de convaleciente: resultados preliminares



Gonzalo Perez Marc, uno de los principales investigadores del proyecto que lleva adelante la Fundación INFANT para conocer la eficacia del Plasma de convaleciente de coronavirus en adultos mayores, sostuvo en un seminario web organizado por Grupo PAIS -Pacto Argentino por la Inclusión en Salud-, que los resultados preliminares “nos da un 60 por ciento de eficacia en pacientes con covid testeados en forma temprana” y agregó que “cualquier tipo de terapéutica en enfermedades respiratorias, ese nivel de eficacia es altísimo”. Pérez Marc explicó que si bien en un principio no era posible realizar el estudio en forma temprana porque no había testeos suficientes, insistieron en esa línea de trabajo apuntada a los primeros días de contagio. “Otros estudios se enfocaron en pacientes graves, y fueron pre-aprobando nuestra hipótesis”, dijo y señaló que “se fue de-

mostrando que no tuvo eficacia ni en graves ni en moderados”. El científico subrayó que el estudio “fue randomizado doble ciego controlado contra placebo multicéntrico y aleatorizado, para garantizar la objetividad”. Además, fue seguido por el IECS en el manejo de datos “para garantizar más efectividad” y con el seguimiento de un equipo de seguridad independiente.

Pérez Marc explicó que en un principio “la idea era juntar 210 pacientes, pero alcanzamos el 76 por ciento” y resaltó que “los resultados son preliminares, ahora tiene que ser evaluado por pares”. El científico dijo además que para llevar a cabo el estudio clínico fue necesario organizar el sistema para captar pacientes, hacer PCR de alta calidad, llevarlos a las instituciones involucradas, realizar pruebas de compatibilidad y transfundirlos antes de las 72 horas totales de la aparición de síntomas.

“Creamos la base para un sistema de salud coordinado y participativo” 17

Así se refirió Fernán Quirós, ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, durante la 9ª Jornada sobre Responsabilidad Social en Salud y Medio Ambiente de la Fundación FESS. El funcionario añadió que es necesario que el sistema de salud “brinde un cuidado de calidad y esté adaptado a las necesidades de nuestra población”.

En cuanto a la pandemia, el ministro de Salud porteño aseguró que puso en evidencia que “los determinantes sociales son un componente esencial en la salud de los ciudadanos y demostró la necesidad imperiosa de la coordinación entre subsectores” y resaltó el trabajo que han realizado con las diferentes cámaras, asociaciones y gobiernos “para coordinar las metodologías y tener un plan estratégico”. Otro punto que destacó fue que “el sistema de salud es un grupo humano con talento y vocación de servicio y, por ello, hay que repensar los recursos humanos”.

Por último remarcó “la importancia de los sistemas de salud que gestionan información y la importancia de tener el talento humano para crear conocimiento en situaciones desconocidas, hemos sido capaces de entender rápidamente la dinámica de esta enfermedad, y hemos podido diseñar políticas públicas y crear alternativas con conocimiento y talento propio”.

Con respecto al cuidado de los trabajadores de la salud, durante el encuentro, Judit Díaz Bazán, subsecretaria de Calidad, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud, explicó que están realizando un acompañamiento en salud mental porque observaron agotamiento, estrés y temor a

la muerte en los profesionales de la salud. La funcionaria agregó que han trabajado fuertemente en la capacitación, en realizar recomendaciones y dijo: “hemos puesto en valor más de 287 guías y tenemos que acostumbrarnos a poder utilizarlas ya que son una herramienta útil para la acción”. Además, sostuvo que van a comenzar una segunda etapa donde se realizarán nuevamente tests serológicos a los trabajadores de la salud y se realizará este recorrido en todo el país.

Telemedicina

Gabriel Barbagallo, presidente de ACTRA (Asociación Civil de Telemedicina de la República Argentina), explicó cómo fue la experiencia de la institución durante este contexto de pandemia y dijo que “la video consulta es una herramienta más para mejorar el abordaje, el diagnóstico y tratamiento y no reemplaza la tarea del médico”. Además, el especialista agregó que hay evidencia de que los servicios de telemedicina han salvado muchas vidas, ya que por ejemplo hay sistemas de segunda opinión, evita la movilidad de las personas, entre otras cuestiones. Destacó la importancia de la gestión del cuidado del desarrollo del recurso humano en los próximos años y explicó que “en la pandemia en un país como el nuestro que tiene una población de la cual el 70% está concentrado en cuatro ciudades, la telemedicina permite llegar en tiempo y forma con los servicios de salud requeridos, desde asistencia, monitoreo de poblaciones vulnerables y teleeducación médica, ya que permite llegar con capacitación



más rápida a los profesionales de la salud”. Barbagallo concluyó que “la pandemia nos dejó a la telemedicina como herramienta que da accesibilidad, agilidad, ubicuidad, costo efectividad porque evitamos traslados y sustentabilidad”.

El sector privado de la salud en la pandemia

Por su parte, Jorge Cherro, presidente de ADECRA, explicó cuáles son las problemáticas que está enfrentando el prestador sanatorial privado con internación y dijo “el sector privado estaba al borde de la quiebra por la falta de pacientes al inicio de la pandemia, porque se dejó de atender el gran universo de patologías no covid en el año 2020”. También, aseguró que la pandemia profundizó todos los problemas estructurales y agregó nuevos problemas específicos y mencionó como uno de ellos a “los aranceles congelados que tuvo el sector sumado a el aumento de los costos biomédicos que son esen-

ciales para la atención”. Otra cuestión que enumeró fue la gestión de recursos humanos y dijo “tuvimos que licenciar a todo el personal que sea de riesgo”. Cherro sostuvo que la brecha entre costos e ingresos ascenderá al 47% y que el sector está enfrentando un déficit del 20%.

También disertó José Sánchez, presidente de EMERGENCIAS y FEM, quien aseguró que el sector privado prestador de salud atiende a 7 de 10 personas y dijo que “la crisis del sector ya se venía dando antes de la pandemia y que se debe a las crisis económicas del país”. Mencionó a la judicialización como una problemática que aumenta el gasto en salud y concluyó que “el futuro es incierto porque no se sabe que va a pasar con los fondos que está poniendo el estado”. Sánchez propuso que la solución a estas problemáticas debe ser pensada y trabajada de forma conjunta, “ya que no se puede solucionar desde un solo lugar, para lograr restaurar el sistema de salud de manera definitiva”.

Federación Médica del Conurbano

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

Asociación de Médicos de Gral. San Martín

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

Asociación Médica de Almirante Brown

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

Círculo Médico de Matanza

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

Círculo Médico de Lomas de Zamora

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

Círculo Médico de Morón, Hurlingham e Ituzaingó

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

Círculo Médico de San Isidro

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

Círculo Médico de Vicente López

D. F. Sarmiento 1755 Vicente López - Bs. As.
Tel.: 4796-1313

Agremiación Médica de Ezeiza

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

Círculo Médico de Esteban Echeverría

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



SOMOS TUS MÉDICOS

OSMECON SALUD

Banfield - Alsina 647 - 4202-6509
Cañuelas - Basavilbaso 453
(02226)431311
Ciudadela - Av. Rivadavia 12400
4486-3920
LaFerrere - E. Echeverría 5946
4457-9667
Hurlingham - Solís 1307 -
4452-1888
Ituzaingó - Las Heras 423 -
4661-1978
Lanús - Margarita Weild 1349
4241- 2912
Lomas de Zamora - Sáenz y
Acevedo 4292-9000
Turdera - Av. Hipólito Yrigoyen
11201 - 4298-6271

L DZ- Suc. Quilmes - Moreno 793
4253-5008
Luis Guillón - Boul. Buenos Aires
1306 4290-6133
Monte Grande - Las Heras 607
4290-8100
Monte Grande - Av. E. Santamarina
175 4296-1100
Morón - R. O. del Uruguay 327
44897500/7501/7502
Matanza - Av. De Mayo 743 - R.
Mejía 4469-6600
Pacheco - La Pampa 3 - 4835-0105
Rafael Calzada - Av. San Martín
3156 4219-0131

ASOC. MÉDICA DE ALTE. BROWN ADROGUÉ

Casa Central - Mitre 1077 - 2056-1507
Burzaco - Av. Espora y Almafuerte
Tel.: 4238- 4875
Guernica - Rucci 125
Tel.: (02224) 479506 / 479477
Lanús - Margarita Weild 1193 - 4241-2912
Longchamps - Av. Hipólito Yrigoyen 18345
Tel.: 4297-3292 o 4297-3567
Rafael Calzada - Av. San Martín 3116 -
4219-0131
San Vicente - 25 de Mayo 109 -
(02225) - 483264
Temperley - Av. Alte. Brown 4289. -
Tel.: 4292-3949
www.samisalud.com
Centro de atención al socio: 0-800-333-6763
Facebook: /samisalud

Para publicar en estas páginas

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

CIRCULO MÉDICO DE LA MATANZA

Ramos Mejía: Av. de Mayo 780
Tel. 4469-6500