

Entrevista

Juan Sebastián Riera, Director Provincial de Hospitales. Pcia. de Buenos Aires

“La pandemia puso en relevancia el rol del Estado”

La salud como un derecho, la importancia del recurso humano en salud y el pluriempleo. Cómo impacta el pase a planta de más de mil residentes.

Págs. 6 y 7



“En cuatro meses perdimos 335 mil beneficiarios”



Eugenio Zanmarini, Superintendente de Servicios de Salud de la Nación habla de los problemas estructurales de la seguridad social, la necesidad de una reforma y las oportunidades de trabajo que brindó la pandemia.

Págs. 8 y 9

“Desarrollar redes integradas es transformar el sistema”



Martín Sabignoso, al frente de la Secretaría de Equidad de la cartera sanitaria nacional, se refiere a la agenda de salud digital como posibilitador del trabajo en la integración de los sistemas de salud.

Pág. 11

Media sanción del Senado para Telesalud y Cuidados Paliativos

Pág. 4



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

Trabajo y esfuerzo

Afortunadamente, según las últimas cifras oficiales, la pandemia de coronavirus está cediendo en su virulencia en el área metropolitana y especialmente en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano se reabren actividades paulatinamente, siempre con los protocolos generados por las autoridades sanitarias.

Por supuesto que es necesario continuar con las medidas de prevención para evitar rebrotes como sucede en países europeos, hasta que se pueda utilizar la vacuna que esperamos sea la solución definitiva.

Ahora nos debemos abocar a la solución de algunos problemas que esta pandemia puso más de manifiesto.

Uno es la pobreza estructural, que según estadísticas rondaría el cincuenta por ciento de la población, pues hay mucha gente que era de clase media baja y esta situación los hundió en la escala social. Rápidamente hay que poner en marcha medidas que reactiven las actividades productivas y el consumo interno para mejorar esta grave situación.

Otro problema que merece rápida solución es el educativo. Las escuelas deben volver con urgencia a las clases presenciales para recuperar todo lo perdido este año. La educación es lo único que hace que las personas partan en un pie de igualdad para desarrollarse en un futuro en la lucha por una vida mejor.

En cuanto a la parte sanitaria, debemos mantener y mejorar todo lo que se ha logrado este año en los sistemas público y privado, reforzando si es posible los recursos humanos en las áreas críticas y mejorando las condiciones de trabajo y las remuneraciones del personal de salud que fueron los verdaderos héroes en esta pandemia y muchos hasta dieron su vida en el cuidado y protección de sus semejantes.

Un Estado y un sector privado eficientes que trabajen mancomunadamente son una garantía para combatir la pobreza y la desigualdad social que existen en nuestro país, y el trabajo y el esfuerzo de todos nos sacará más rápidamente de esta situación.

Volvamos a la cultura del trabajo que nos legaron nuestros abuelos para hacer el país grande que supimos ser.

ENTIDADES INTEGRANTES



IOMA Digital: Jornada de capacitación

Rubén
Torres
en FEMECON

3

IOMA realizó en forma virtual la Jornada de Capacitación IOMA Digital, dirigida tanto al personal administrativo como a los profesionales médicos convocados a través de distintas Federaciones, Agremiaciones y Círculos Médicos. Las herramientas de IOMA Digital sobre las que se capacitó son la Receta Electrónica, la Credencial Digital y la Clave de Validación de prestaciones.

“Resulta indispensable avanzar en herramientas que optimicen la atención y des-papelización de los procedimientos porque esto va a beneficiar a profesionales, prestadores, instituciones y afiliados” dijo Juan Librandi, miembro de la Unidad de Presidencia de IOMA. Por su parte, Eduardo Boveri, a cargo de la implementación técnica de los nuevos cambios aclaró que se van a entregar manuales para resolver las cuestiones necesarias y brindó los medios de comunicación para evacuar las dudas que puedan surgir a lo largo del proceso de implementación. Además, anunció que estos cambios van a incidir de manera positiva en las evaluaciones de auditoría, medición de resultados, calidad de atención y mejora en el acto prestacional. “No son herramientas futuras, sino que ya están disponibles” subrayó e hizo hincapié en que “habrá un acompañamiento mutuo hasta la óptima implementación”. “Trabajar en línea nos permite hacerlo de forma más ágil, trazable y ordenada” dijo.

Credencial Digital

Esta herramienta ya está disponible y accesible desde el sitio oficial de IOMA y puede ser utilizada junto a las ya existentes. Si bien es complementaria, se recomienda su



pronta utilización porque a la brevedad será la obligatoria. Los prestadores deben ingresar a Autogestión Prestadores, y en el Portal Prestadores, tienen la opción de validar la credencial colocando el número de afiliación, que demuestra la condición activa del afiliado. En caso de ser necesario, se puede imprimir la validación de la pantalla.

Clave de Validación de Prestaciones – TOKEN

El objetivo de este dispositivo es “agilizar los procesos de autorización de los afiliados y dotar al proceso de mayores elementos de seguridad y autogestión”.

Se trata de un código dinámico de seguridad de seis caracteres, que va rotando y es válido para una única persona y único momento. Los prestadores pueden escanear los códigos y desde la entidad sostiene que “aportará ventajas al momento de la facturación”. En caso de falta de conec-

tividad se puede optar por el Token preimpreso.

Receta Electrónica

“Es una herramienta pensada para facilitar el acceso a los medicamentos ambulatorios con mayor transparencia” señalaron desde IOMA. Se puede portar en el teléfono celular sin necesidad de llevarla impresa a la farmacia, aunque también es viable la opción de la impresión o el envío por correo electrónico. Son los mismos datos de los recetarios actuales pero dispuestos en receta electrónica. Los prestadores, a través de la web IOMA en Autogestión Prestadores, pueden buscar el vademecum en línea, codificar el diagnóstico y realizar transcripciones médicas. También podrán generar recetas de manera secuencial, acceder a una historia farmacológica, y validar online el estado de afiliación otorgando seguridad del reconocimiento de la prestación realizada.



El próximo martes 10 de noviembre a las 16.30 hs el Dr. Rubén Torres, rector de la Universidad Isalud, disertará por Zoom para FEMECON sobre su libro “Mitos y Verdades de las Obras Sociales”. “Un libro que presenta una descripción integral del Sistema de Salud de la Seguridad Social en Argentina, y su relación con el mundo del trabajo intentando superar algunas visiones limitadas que han hecho del mismo una de las fuentes de insatisfacción y confrontación en el campo de las políticas sociales en la Argentina”. Informes: secretaria@femecon.org.ar

CENAS en ExpoMEDICAL 2020

Rastreo Covid-19, vigilancia epidemiológica de casos y contactos

4

El jueves 19 de octubre, el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud -CENAS- participó del Ciclo de Webinars de ExpoMEDICAL 2020 con el tema "La Calidad en las Instituciones de Salud y el COVID-19".

Participaron como disertantes Santiago Spadafora, director del Diplomado en Gestión Hospitalaria de la Universidad ISALUD; Carlos Alberto Díaz, gerente Médico de la Clínica Sagrado Corazón y Profesor Titular en ISALUD; Josefina Serrichio, responsable de Calidad del Instituto IPENSA y miembro del equipo del CENAS; y Alberto Díaz Legaspe del CENAS, que fue el encargado de coordinar el panel.

"La calidad es un resultado de las instituciones de salud que cada vez es más tenida en cuenta en lo que se denomina la evaluación de los resultados de una institución" dijo Spadafora y con respecto a la situación Argentina sostiene una visión crítica. "Más allá de que hay establecimientos de salud públicos y privados que tienen un particular sentido de que la calidad hay que medirla y mirar los procesos que están detrás, para poder tener datos que permitan desde distintas variables tener indicadores que nos hablen de la calidad, en lo cotidiano se ve un déficit en la medida de las variables claves de la calidad en el conjunto de la institución y en determinadas prestaciones sean de promoción, prevención o rehabilitación". Para Spadafora los procesos están "difícilmente protocolizados", que deriva en poco control sobre la secuencia de las actividades que garantizan que, al final de los procesos asistenciales, haya un resultado téc-



nico de calidad. Por otro lado, destacó la falta de encuestas de satisfacción orientada con un criterio que pueda evaluar la calidad percibida y subrayó que la mayoría de las instituciones "no tienen control sobre los procesos".

Las claves del déficit

Para el especialista en calidad "está faltando una política de recursos humanos de salud y una política de sistemas de información en salud".

"La pandemia ha puesto en relieve cuál es la debilidad en términos de política de recursos humanos con una mirada estratégica de largo plazo y un diagnóstico preciso de cuáles son las necesidades actuales y futuras de recursos humanos", dijo Spadafora y señaló que hace años existe un déficit en especialidades críticas y en enfermería, a nivel cuali y cuantitativo, difícil de estimar "porque no hay diagnóstico de una autori-

dad sanitaria que diga dónde estamos y hacia dónde vamos" al tiempo que subrayó que esta situación "involucra el déficit en la calidad de las instituciones de salud".

Una señal de alarma es "la alarmante minusvaloración que se le da a los datos y a la información. No tenemos sistemas de información que nos permitan conocer los datos de las variables críticas que hacen a los resultados de los procesos de salud", señaló.

A estas dos claves en la deficiencia de la calidad en salud, Spadafora suma una más: el déficit en las normas de manuales de procedimiento y protocolos de actuación que hace que los procesos tengan un resultado no satisfactorio.

"Si no medimos los resultados ni tenemos indicadores de calidad en forma sistemática y no esporádica y no sabemos cuál es el impacto que tienen sobre las personas, hay una gran deficiencia", indicó.

Finalmente hizo una reflexión sobre la coyuntura: "la Covid nos ha puesto un espejo para ver cómo estamos, y estamos bastante desnudos. Sin embargo, esto que hoy vemos como una amenaza lo podemos transformar en una oportunidad; depende de nosotros exigir que las instituciones prestadoras de salud pero también las financiadoras y reguladoras, la calidad sea una prioridad donde es necesario atacar las causas para enfrentar las dificultades".

Curso de formación de la COMRA

Organizado por la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (OMC) de España y a partir del convenio de formación celebrado entre la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) se propone esta iniciativa de capacitación.

El programa de formación:

"Rastreo Covid-19, vigilancia epidemiológica de casos y contactos", de la Escuela de Salud Pública John Hopkins de EE. UU está abierto a los integrantes de las filiales de la COMRA bajo la modalidad a distancia y autoadministrado.

Acceso a mayor información:

https://www.ffomc.org/Intro_Rastreadores

Los profesionales de Argentina interesados en acceder al curso deben comunicarse a la Secretaría de COMRA:

comra@confederacionmedica.com.ar

Media sanción del Senado para Telesalud y Cuidados Paliativos

El Senado de la Nación dio media sanción a los proyectos de ley sobre cuidados paliativos y telesalud, ambos fruto del consenso y del trabajo realizado en la Comisión de Salud, presidida por Mario Fiad.

La regulación de la telesalud tiene como objetivo definir los principios y regular los alcances de la telesalud como modalidad de prestación de servicios de salud y de capacitación del recurso humano con la incorporación del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) y dispositivos, a fin de contribuir a mejorar la accesibilidad y las condiciones sanitarias de la población.

“Si bien queda claro que hoy la pandemia aceleró los procesos y nos mostró la necesidad de regular la Salud Digital, este proyecto busca darle un marco normativo sólido a esas actividades que ya se venían realizando y que se seguirán desarrollando luego de esta pandemia. Debemos aprovechar los beneficios que trae la misma, sobre todo en esos lugares donde la distancia es un factor crítico, siempre preservando los derechos y la seguridad del paciente y también los derechos de los profesionales”, señaló Fiad. Y agregó que “la iniciativa de telesalud que estamos tratando viene a traer algunas certezas y definiciones a un tema de enorme complejidad, pero también de enormes posibilidades de desarrollo y de beneficios para ser empleada como herramienta para mejorar las condiciones sanitarias de la población. Las tecnologías de la información y la comunicación, nos ofrecen la posibilidad de la prestación de servicios de salud a distancia, de capacitación a distancia, de control y monitoreo de pacientes, de investigación y de innumerables posibilidades que avanzan de manera incesante.”

Ambas iniciativas sufrieron modificaciones propuestas por el oficialismo en el recinto, pero fueron aprobadas por unanimidad y pasaron a la Cámara de Diputados para su tratamiento.

Cuidados paliativos

El proyecto de Cuidados Paliativos por su parte, busca asegurar el acceso a estos cuidados a los pacientes que transitan una enfermedad amenazante para la vida y el acompañamiento a sus familias.

“Es una alegría aprobar este proyecto por el cual se hace operativo un derecho fundamental como es el derecho a los cuidados paliativos. Es un proyecto que trasciende la dimensión de la salud de las personas, ya que la integra con la protección de la dignidad” dijo Mario Fiad y explicó a su vez que se trata de un proyecto sobre el cual se viene trabajando hace tiempo y que busca “mejorar la calidad de vida de los pacientes, proporcionarles el trato digno que necesitan, atender sus necesidades, respetar su autonomía permitiéndole la toma de decisiones compartidas con el equipo de salud, garantizar la compañía de sus

seres queridos, dignificar su vida y cuidarlo hasta el último momento”.

Por otra parte, el proyecto pone especial hincapié en el acompañamiento a las familias y su capacitación sobre cómo asistir al paciente, cómo abordar la comunicación y de este modo, favorecer la reducción de las internaciones.

Objetivos de la ley de Telesalud

- Definir las condiciones de implementación y las prácticas a distancia que se realizan.
- Contribuir a mejorar la accesibilidad de las personas al sistema, la calidad del cuidado y las condiciones sanitarias de la población.
- Fortalecer los procesos de atención en salud y la integración de los sistemas y servicios y la participación del equipo de salud.
- Optimizar los recursos disponibles del sistema de salud.
- Promover la formación y capacitación continua de los recursos humanos y las investigaciones en salud.
- Promover el desarrollo de la telesalud como estrategia sanitaria de carácter polivalente de complejidad creciente y federal.
- Establecer y fortalecer mecanismos de conectividad y el desarrollo del software y hardware eficientes entre los actores, de acuerdo a los objetivos enunciados en la presente ley.

Definiciones

A los fines de esta ley se entiende por:
Telesalud: a la provisión de servicios de salud utilizando tecnologías de la información y de las comunicaciones con el objetivo de ofrecer información para diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y educación continua de los profesionales de la salud, todos a favor del avance de la salud de los individuos y sus comunidades.

Telemedicina: a la provisión de servicios de salud a distancia de forma sincrónica o asincrónica, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

“La salud es un derecho de todos”

La pandemia puso en relevancia el rol del Estado, la importancia del recurso humano en salud y su situación de pluriempleo. Cuáles son las condiciones de los trabajadores de la salud pública y cómo impacta el pase a planta permanente de más de mil residentes.

¿En qué condiciones se encuentran hoy los hospitales de la provincia de Buenos Aires?

Desde que iniciamos la gestión y a raíz de la llegada de los primeros casos de coronavirus a la provincia, incrementamos de manera muy importante el stock de camas críticas. Al inicio contábamos con 482 camas de terapia intensiva de adultos y 820 si sumamos todas las camas pediátricas y de neonatología. Hoy tenemos más de 2200 camas críticas, con respirador y monitor multiparamétrico y bombas de infusión, distribuidos en nuestros 80 efectores más los ocho hospitales modulares que se encuentran en el conurbano, que se suman al de Mar del Plata. Los hospitales tienen más de 70 camas, de las cuales 24 son de terapia intensiva y 56 camas de cuidados generales intermedios fundamentalmente porque tienen oxígeno. Sin duda se fortaleció mucho todo lo que tiene que ver con unidades de cuidados críticos. Para poner todo operativo hubo que hacer un esfuerzo muy grande y en términos de recurso humano, incorporamos más de 7000 trabajadores a

todo el sistema sanitario hospitalario de la provincia de Buenos Aires, cubriendo vacantes vacías generadas por bajas y jubilaciones. Hicimos un enorme esfuerzo para que el sistema vuelva a estar operativo y con el personal que el sistema requiere. La pandemia dejó en evidencia la precariedad laboral de los profesionales de la salud. Algo que evidenció la pandemia fue el pluriempleo de todos los profesionales de la salud, médicos, enfermeros y kinesiólogos. En nuestra provincia trabajan en múltiples lugares y eso se pudo ver en un primer momento con los primeros contagios horizontales entre trabajadores. A partir de entonces trabajamos mucho en medidas de bioseguridad, de utilización de elementos de protección personal. En un primer momento el poli empleo evidenció que una persona que trabajaba en algún hospital de la Ciudad de Buenos Aires o en alguna clínica venía a trabajar a la provincia, y a partir de esa movilización se manifestaron los primeros focos de contagios. Uno de los principales problemas fue el contagio entre trabajadores de la salud.

¿Cómo trabajan desde la Dirección para revertirlo?

Para disminuir los casos de contagios entre los trabajadores de la salud comenzamos a hacer capacitaciones en forma presencial en la Escuela de Gobierno de Salud La Plata que está a cargo de Mario Róvere. Y trabajamos también en forma remota con teleconferencias sobre la utilización de los equipos de protección personal. En un principio los trabajadores y trabajadoras lo manipulaban a la vieja usanza, sin prestar atención a la utilización del material, por desconocimiento principalmente. Ahora somos mucho más rigurosos en ese sentido, no sólo con la higiene de manos sino también con la utilización de productos para desinfección, lo que permitió que en el acto de ponerse o sacarse elementos de protección personal, disminuyeran drásticamente los contagios entre el personal de salud.

Es enorme el impacto que han tenido las capacitaciones. Hoy el porcentaje de trabajadores de la salud dependiente de la Dirección Provincial de Hospitales sobre el total de contagios de coronavirus, está por debajo del 2 por ciento.

¿Cómo es ese aprendizaje sobre la marcha?

Todos estamos aprendiendo de esta enfermedad que era desconocida cuando llegó porque no podemos ir a un libro y estudiar sobre coronavirus. Fuimos aprendiendo de acuerdo a la experiencia clínica y la atención de los pacientes. La evolución y el manejo fue todo un aprendizaje. Nos sirvió ver lo que pasaba en otros países y sus dis-



tintas formas de abordar la enfermedad, y también estar en contacto de manera regular con otros países y avanzar con experiencias previas, como por ejemplo la utilización de plasma de convalecientes. Estamos teniendo muy buenas experiencias, conocíamos el tratamiento para la fiebre hemorrágica y lo empezamos a trabajar de manera experimental a través de un ensayo clínico controlado. Ya llevamos el segundo informe con resultados muy importantes en pacientes que están en estado moderado o empezando a agravarse. Esto hoy nos permite tener una herramienta terapéutica más.

“Es enorme el impacto que han tenido las capacitaciones. Hoy el porcentaje de trabajadores de la salud dependiente de la Dirección Provincial de Hospitales está por debajo del 2% sobre el total de contagios de coronavirus”



“Había que abrir la canilla y destrabar la llave para que se produjera una política integral de recursos humanos. De 1400 residentes, 1117 optaron por quedarse en el sistema público. Eligieron, había que darles la oportunidad”

El 1ro. de octubre oficializaron el pase a planta de más de 1117 residentes. ¿Qué impacto tiene hoy esa medida?

Es una política de recursos humanos que plantea que todo recurso humano que produce y forma la provincia tiene que tener la posibilidad de incorporarse a la estructura provincial. Si después ese recurso humano decide tomar otro camino está perfecto, pero nosotros tenemos que darle la oportunidad de que todos se puedan incluir. A medida que nosotros garanticemos ese ingreso a las residencias, la formación del recurso humano irá en la línea de la política sanitaria que plantea la provincia. Si se producen pediatras, eso va a garantizar una mayor asistencia infantil en un determinado territorio, con un recurso humano formado disponible. De la misma manera se pueden aumentar los cupos de residencia en los territorios donde uno ya sabe que se necesita cubrir con determinadas especialidades. Se trata de una política integral. Había que abrir la canilla y destrabar la llave para que se produjera una política integral de recursos humanos.

De 1400 residentes, 1117 optaron por quedarse en el sistema público. Eligieron, había que darles la oportunidad.

¿Existe en la Dirección una planificación de los recursos humanos que necesita la provincia? ¿Cuál cree que será el impacto a futuro?

Formar un terapeuta lleva cuatro años, entonces uno no puede no planificar el tiempo que va a llevar capacitar a un recurso humano calificado. Lo mismo con pediatras, ginecólogos o médicos generalistas. Claro que es necesario planificar la formación del recurso humano para que luego se distribuya con criterio sanitario en el territorio. El impacto sin duda será mejorar los indicadores que uno esté dispuesto a mejorar. Si tenemos profesionales para cubrir la demanda de patologías prevalentes, la atención del niño sano y de embarazadas, va a redundar en un embarazo controlado y un niño con menor posibilidad de desnutrición. La calidad de la salud de esa población en virtud del equipo que va a estar trabajando en función de sus necesidades, va a ser mucho mejor.

Hasta hoy el Estado no regula ni es rector en la formación del recurso humano. El que interviene es el merca-

do. Incluso las universidades y su currícula no dan cobertura a algo que es muy demandado. Ese lugar lo cubre la educación privada y el mercado en términos de ordenador, que forma a aquellas especialidades que tienen algún tipo de rentabilidad.

Muchas veces las especialidades lineales o las especialidades que se llaman básicas no son las más rentables, pero sin duda son las que de alguna manera previenen que los pacientes se compliquen y luego sí tengan que hacer uso alguna especialidad que sea mucho más crítica. Por eso es fundamental que el Estado sea parte, para tener un rol regulador del mercado en términos de la oferta de la formación.

¿Uno de los grandes reclamos es la recomposición salarial del sector?

Este año las paritarias se están dando en un marco muy particular, con la pandemia como protagonista. Por supuesto hay un planteo de reclamo salarial sobre el que estamos trabajando y discutiendo. Y también hay un planteo de agotamiento y de cansancio porque los trabajadores estamos muy exigidos. No obstante todos están dando una enorme respuesta frente a esta pandemia. En este contexto se está hablando también de condiciones extra salariales, situaciones que tienen que ver con lo laboral y con las licencias. Seguiremos trabajando en estos puntos, porque la pandemia no se termina mañana. Hay que encontrar la mejor forma de cuidar a los trabajadores y por eso la cuestión paritaria también va girando en torno a esta situación. Estamos acercando posiciones y muy pronto llegaremos a un acuerdo.

¿Cree que la pandemia puso en relevancia el rol del Estado en la salud pública?

Absolutamente. Empezó a cuestionar un sistema que había tecnificado la medicina y había encarecido a la salud, priorizando cuestiones que tenían que ver con la tecnologías duras y no con lo que es el cuidado de la salud y la promoción y prevención. El sector privado se vio muy complicado y fue el Estado el que pudo dar respuesta. La pandemia puso en relevancia que la salud no es un bien de mercado sino un derecho.

“Sólo en cuatro meses perdimos en el sistema a 335.000 beneficiarios”

Así lo aseguró Eugenio Zanarini, Superintendente de Servicios de Salud de la Nación, durante el cuarto encuentro del Congreso Internacional CAES “Salud, Crisis y Reforma” y agregó que “de esos beneficiarios el 90% son trabajadores en relación de dependencia”. Los problemas estructurales de la seguridad social, la necesidad de una reforma y las oportunidades de trabajo que brindó la pandemia.

Problemas estructurales del sistema de la seguridad social

El funcionario dijo que “desde hace muchísimos años se plantean los diagnósticos y las falencias estructurales del sistema, pero pasa el tiempo y nadie hace nada y los problemas se han ido profundizando. Nos pasamos diciendo lo que hay que hacer pero lo único que hicimos es profundizar los males del sistema”.

Entre uno de los grandes problemas estructurales Zanarini mencionó al financiamiento y manifestó que “el sistema no quiebra porque el ajuste lo reciben los trabajadores, los profesionales y los beneficiarios”. A su vez, dijo que el alto costo de los medicamentos agrava la situación y mencionó: “pretendemos que el Tesoro Nacional comience a apoyar a la seguridad social, pero también debemos asumir las circunstancias en la que está el país y reconocer que nuestro sistema está pobre en un país que empobrece día a día”. Expresó que la CGT

hizo un pedido para mejorar los ingresos de sus Obras Sociales y afirmó que “es importante para el sistema pero no es la solución definitiva, hay que lograr que mayores ingresos vayan acompañados de medidas que transformen el sistema”.

También expuso al monotributo como “un tema que incide negativamente” y explicó que “tiene una cápita de \$1041 y hoy tenemos muchas obras sociales que no aceptan monotributistas en contra de la ley, muchas veces entonces el monotributista no recibe prestaciones y si las recibe no tiene las prestaciones que reciben el resto de los trabajadores”. Como solución posible planteó que “tenemos que ir a un sistema donde los monotributistas paguen según su categoría, que haya progresividad en las escalas, que incorpore a su grupo familiar y que pueda elegir obra social y nosotros desde la Superintendencia publicar cual es el ingreso promedio de cada obra social porque con los \$1041 pueden elegir obras sociales que tienen una cápita de \$5000”.

El superintendente aclaró que “siempre que pensamos en financiamiento nos centramos en los ingresos y esto es importante, pero también hay que pensar en los egresos” y aseguró que “el principal gasto que tenemos es el caso de personas con discapacidad, que insume el 40% del total del gasto del fondo solidario y de ese 40% el 70% son prestaciones que no son de sa-



lud sino involucran educación y transporte”.

Zanarini mencionó como otro problema estructural a la fragmentación y dijo que la Superintendencia de Servicios de Salud “autorizó 45 obras sociales nuevas de las cuales son muy poquitas obras sociales de actividad”. Sostuvo que “hay que realizar un análisis económico financiero y un análisis de los riesgos de todas las obras sociales. Tenemos 133 obras sociales que tienen el 3,5% de los beneficiarios, ahí están los problemas económicos financieros, algunas no llegan ni a los mil beneficiarios y muchas no están dando prestaciones”. En este sentido, expuso que “en la refor-

ma que queremos encarar pretendemos que la creación de obras sociales sea sumamente restrictiva”.

Otro tema que incide negativamente en el sistema es la opción de cambio, en cuanto a la facultad que tiene el beneficiario de elegir la obra social, “el sistema se transformó en fraudulento y engañoso” dijo el especialista y aclaró: “Hoy están siendo publicados el cambio de régimen de opción de cambio, el trámite va a ser personal a través de la página de AFIP con clave fiscal y ahí va a poder ejercer la opción de cambio sin que nadie le llene un formulario”.

Medidas posibles

Zanarini aseguró: “queremos trabajar con las obras sociales en la mejora de los servicios porque el fin último es el trabajador y su familia, hoy tenemos la posibilidad de que si queremos más financiamiento para el sector tenemos que demostrar que somos capaces de hacer reformas estructurales”. En este sentido, explicó “debemos consensuar con las empresas de medicina prepaga el pago al fondo solidario, arancelar servicios para que la gestión de la Superintendencia no sea una carga para los trabajadores, debemos constituir un fondo de emergencia anticíclico porque la muestra está en lo que nos pasó en plena pandemia, la Superintendencia pudo salir a salvar las recaudaciones de las obras sociales, a comprar respiradores, a establecer los módulos covid-19 porque había fondos que inexplicablemente no se habían usado” dijo el superintendente y agregó: “vamos a tener que reponer estos fondos para seguir teniendo un fondo anticrisis de emergencia, que permita afrontar este tipo de vicisitudes”.

A su vez, dijo que “hay que replantearse que es alto costo, evitar que las obras sociales gasten más en hacer un expediente de lo que se le va reintegrar por ese expediente, tenemos que hacerlo más ágil, tenemos que ver también donde está el gasto del fondo solidario y ahí se plantea que

el fondo sea un fondo nacional de recursos o un fondo con el sostén del Tesoro Nacional, este es un tema que estamos discutiendo con todos los actores y hay que llegar a un acuerdo”. También, sostuvo que para mejorar los egresos hay que crear una unidad cooperativa de compras centralizadas para mejorar el precio.

En cuanto al PMO, propuso que hay que ir hacia una canasta básica de prestaciones que sea universal, que este aprobada por ley y que tengan que adherir las provincias con sus obras sociales provinciales. Además, dijo que hay que reformularlo, sistematizarlo y actualizarlo. En esta línea, destacó la importancia de una Agencia de Evaluación de Tecnologías que brinde dictámenes y resoluciones.



Con respecto a la judicialización, dijo “estamos trabajando con el Ministerio de Salud para ayudar a las obras sociales a contestar los amparos, que todas hagan una evaluación de costo-efectividad, con evidencia, con evaluación médica correspondiente y que todas contesten desde el punto de vista científico con los mismos argumentos” y agregó “en la reforma estamos pensando seriamente en buscar mecanismos de instancia administrativa de mediación previa”.

La pandemia como una oportunidad

“Si algo deja la pandemia es que con los prestadores, financiadores y la CGT he-

mos generado espacios de dialogo y de consenso que nos permiten ser optimistas en tanto que podemos trabajar con tal de ver como solucionamos el grave problema del sector”, aseguró Zanarini y dijo que la palabra que tiene que ir unida al financiamiento es eficiencia, “tenemos que hacer eficiente el sistema”.

Como conclusión, expuso que han realizado mesas de dialogo con los prestadores ya que “creemos que los cambios hay que consensuarlos entre todos porque el sistema es uno solo y hay que bregar porque el sistema se mantenga” e indicó: “no hay financiador sin prestador y no hay prestador sin financiador”.

La situación de Argentina frente al Covid-19

10



Mirta Roses



Belén Bogado



Alejandro Costa

Organizado por Mundo Sano y el CORI -Consejo Argentino para las Relaciones Internacionales- se realizó el encuentro virtual “El papel de la Argentina en el actual contexto de covid-19”.

Mirta Roses, embajadora de la OMS para el COVID-19 analizó que “la pandemia surge en un momento de baja gobernanza e integración mundial, con una gran fragilidad del ecosistema debido a modelos económicos predatorios del medio ambiente”. Y advirtió que “la salud pública tiene que ser garantía de un crecimiento económico sostenible. No se produce salud si no se acompaña de una distribución equitativa. La salud pública debe ser UNA salud y un planeta, todos convergiendo para vivir en esta casa común, la tierra”. Roses hizo un llamado a abandonar la “falsa dicotomía de economía vs. salud en el marco de la pandemia y a articular políticas sanitarias con políticas sociales y productivas”. Además, revalorizó la concepción de la salud “como un derecho humano y de bien público garantizado por el Estado” y bregó por el fortalecimiento de la atención primaria de la salud “priorizando a las poblaciones más vulnerables”.

Una salida colectiva

El encuentro también contó con la participación de Alejandro Costa, subsecretario de Estrategias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación, quien sostuvo que “la covid generó una situación de amenaza que puso so-

bre la mesa aspectos de vulnerabilidad de tipo operativa pero también de oportunidad, de índole valorativa”. “Como toda cuestión que amenaza a la población, la salida se basa en la solidaridad”, agregó y subrayó que “entre una necesidad y una posibilidad, está lo colaborativo como punto de encuentro”. En este sentido, habló de los espacios de cooperación en todos los niveles e hizo hincapié en el espíritu de unidad “para llevar adelante acciones y tomar mejores decisiones para que el bienestar y la salud sean el objetivo”.

En cuanto a la estrategia frente a la pandemia, Costa explicó: “tomamos medidas precoces desde el punto de vista sanitario y hemos tenido una pendiente suave que generó un incremento de casos, desde una primera supervivencia a una progresiva convivencia con el virus y se han ido protocolizando y evaluando la situación epidemiológica en distintos territorios”. “Nuestras tasas de incidencia y de mortalidad están dentro de los parámetros normales” agregó el funcionario al tiempo que sostuvo que “la Argentina está viviendo su propia experiencia, que fomenta la presencia de un Estado expansivo en su gestión política e integrador, que lleva adelante acciones operativas”. Costa recordó asimismo las palabras de Ginés González García durante la 73ª Asamblea Mundial de la Salud donde dijo: “somos conscientes del daño socioeconómico que estamos atravesando a nivel global, y por ello debemos continuar trabajando bajo un enfoque integral poniendo en

primer lugar la protección de la vida de las personas”. Y agregó: “Esta batalla no es solo una tarea de los gobiernos, es una responsabilidad colectiva que exige diseñar y suscribir un gran Pacto de Solidaridad Global”.

Obstáculos hacia afuera

“Estamos en una situación sin precedentes. Necesitamos ser innovadores, con respuestas out of the box para cumplir con el mandato de no dejar a nadie atrás”, dijo por su parte Belén Bogado del Ministerio de Relaciones Exteriores, y señaló que Argentina “enfrenta obstáculos para avanzar en el desarrollo, con brechas estructurales que debemos intentar ir cerrando y superando. Es aquí donde la cooperación internacional se vuelve un instrumento ineludible”. La funcionaria explicó que para acceder a los recursos de cooperación “venimos trabajando con la Unión Europea, las Naciones Unidas, países como Japón, donde visibilizamos la situación de los países de renta media”. Bogado sostuvo que más del 60 por ciento de la población en situación de pobreza en el mundo vive en países de renta media y analizó que “el debate lo estamos dando con pares de la región en todos los foros internacionales para influir y modelar una nueva arquitectura más inclusiva, más aún en el contexto de pandemia”. “Tenemos el desafío de trabajar juntos en un mundo post-coronavirus para sentar las bases de un crecimiento equilibrado, sostenible e inclusivo para nuestro país y para la región”, concluyó.

“Desarrollar redes integradas de los servicios de salud es transformar todo el sistema”



Así afirmó Martín Sabignoso, titular de la Secretaría de Equidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, durante un encuentro virtual organizado por el área de Calidad de FEMEBA. El funcionario habló sobre la agenda de salud digital como un posibilitador del trabajo en la integración de los sistemas de salud.

Desde la secretaría buscan cambios positivos en tres comportamientos principales: en la forma de trabajar en el sistema de salud, en la forma en que las personas demandan los servicios de salud y en los hábitos de convivencia sanitaria. “Hay una planificación estratégica y estamos avanzando con proyectos concretos” aseguró Sabignoso y dijo “obviamente poniendo

énfasis en el primer nivel de atención que debería ser el coordinador de los servicios que necesitamos y siempre debe ser el punto de apoyo para todas las decisiones que toma el sistema respecto de nuestra salud”.

El especialista aseguró que el principal objetivo de la cartera sanitaria nacional es “la integración de los sistemas de salud a través de la agenda de salud digital que la ubicamos como un posibilitador de ese sistema que queremos construir para que sea más articulado y más equitativo y eficiente en varios sentidos” y continuó: “no sólo porque sabemos que con mejor información podemos mejorar la toma de decisiones, sino que además podemos evitar

todos los esfuerzos en vano que se realizan, por ejemplo, la repetición de prácticas diagnósticas porque no conocemos la trayectoria de salud de las personas”. En ese sentido, el secretario dijo “necesitamos lograr que los prestadores trabajen de manera colaborativa y compartan el conocimiento sobre una misma población a cargo” y postuló a la Historia Clínica digital como un posibilitador de ese continuo de atención. En cuanto al programa federal de salud digital aseguró que su propósito es integrar los sistemas de la información entre niveles de atención y entre subsectores como parte de una integración mayor y dijo que “la agenda de salud digital se centra en integrar herramientas y trabajar en la gobernanza del sistema de salud sobre la salud digital y estamos trabajando en la disminución de brechas tecnológicas y también en perfeccionar la gestión de los procesos”.

En esta línea, en el sector público “queremos cerrar brechas en cuanto a herramientas informáticas y de conectividad” y sostuvo “buscamos que todas las herramientas de la información puedan nutrir todos los procesos decisionales, mejorando decisiones de prestadores, pagadores, pacientes, programas de políticas sanitarias y de los decisores políticos”.

“Muchas veces los proyectos tecnológicos se tardan porque se pone énfasis en la tecnología y no en la generación de cambios en la estructura organización, en generar lo incentivos adecuados y en la capacitación necesaria” explicó el funcionario y di-

jo que “hay muchos estudios que muestran que el 75% de los sistemas de información fracasan porque se piensa solo en la tecnología como un proceso exclusivamente tecnológico y no hay suficiente involucramiento de los niveles de dirección y de los usuarios”.

En este punto, mencionó al empoderamiento de los pacientes como un objetivo clave y dijo que la integración de los sistemas de información es una oportunidad para empoderar a los pacientes para que puedan tener acceso a su información, a su Historia Clínica a disposición y que puedan ser corresponsales del cuidado de su salud. “Si empoderamos a los pacientes, más los crónicos, en coger su salud se hace mucho más eficiente el sistema de salud y mejora el bienestar de las personas”, manifestó.

Además, habló sobre la importancia de la construcción de consensos para realizar cambios en el sistema: “Creemos en que la manera de tener un mejor sistema, sobre todo ahora que la pandemia puso en evidencia cuestiones estructurales, es tener una visión común a todos los actores relevantes porque todos apoyamos aquello que ayudamos a construir”.

Como conclusión, dijo que el sistema tiene que sostener la incorporación del mundo científico al mundo decisional político. “No sólo tiene que darse en situación de pandemia sino seguir evaluando las políticas sanitarias a partir de la información y el conocimiento científico”, sentenció.

“Hacer eficiente el gasto es asignar el recurso en donde es más útil”

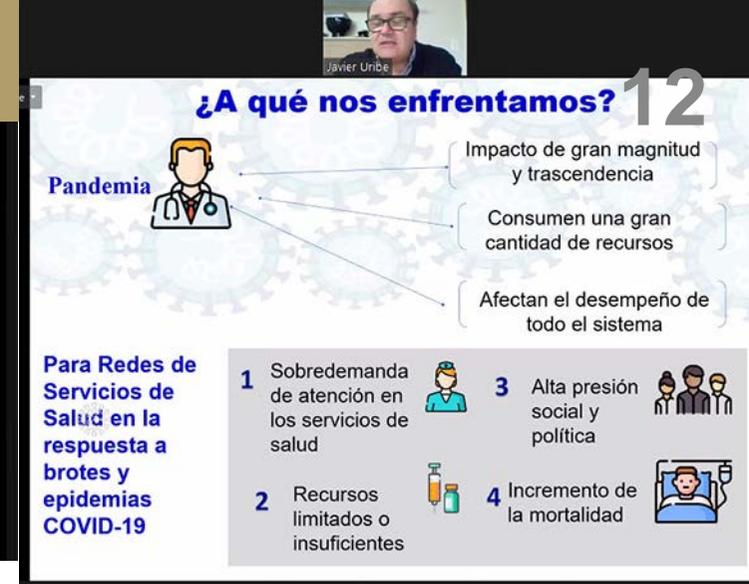


ciudadanos” y señaló que “la pandemia se combate con la gente y con el equipo de salud, en un abordaje integrado en la red de servicios que incluye a todos, el sector público, privado y de la seguridad social”. Uribe hizo hincapié en la necesidad de optimizar el manejo de los recursos “donde todos tienen un rol importante para garantizar la salud de todos los prestadores de salud”. “Es importante mencionar que el primer nivel de atención está a la altura de la atención hospitalaria, son aliados estratégicos y cada uno necesita sus insumos y recursos financieros”, enfatizó. Uribe se refirió al Pacto 30-30-30 APS para la Salud Universal que implica transformar los sistemas de salud para el 2030, eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo y aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del PBI e invertir al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención. Para Uribe el enfoque de la respuesta a la pandemia tiene que tener un abordaje integral y participativo que incluya a los servicios de salud, las organizaciones comunitarias y los actores intersectoriales, con el foco puesto en la salud pública, la pro-

moción de la salud, la prevención y los cuidados apropiados. A su vez, es necesario un enfoque integrado con todos los niveles de los servicios de salud a la vez, que incluya tanto al sector público como al privado con un uso racional, eficiente e integrado de todos los recursos del sistema nacional de salud.

Recursos humanos y desafíos

“El déficit existente previamente en la región de recursos humanos en salud ha expuesto el desafío que han tenido los servicios para responder a la pandemia y la continuidad de los servicios esenciales”, dijo Uribe y subrayó que esta realidad “ha sido crítica en los servicios hospitalarios con médicos intensivistas y personal para atender los casos hospitalizados”. Para el representante de la OPS los máximos desafíos que impone esta coyuntura son “mantener un equilibrio entre los recursos destinados al primer nivel de atención, a los servicios hospitalarios y hospitales móviles; reforzar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para responder a la Covid-19 y asegurar la continuidad



de los servicios esenciales y finalmente expandir y mantener los servicios para brindar atención en las áreas periurbanas pobres, rurales e indígenas”.

Papel del Primer Nivel de Atención en la pandemia

Durante el período de transmisión comunitaria sostenida el PNA tiene tres funciones:

- 1** Atención centrada en la respuesta a la Covid-19: identificar, reportar, contener, manejar y referir.
- 2** Mantener la continuidad de los servicios esenciales durante la transmisión comunitaria.
- 3** Propiciar la descarga de la atención hospitalaria para la ampliación de la capacidad de los servicios hospitalarios en la respuesta a la Covid-19.

La importancia del capital humano

En el marco de la ExpoMedical 2020 el Grupo PAIS -Pacto Argentino por la Inclusión en Salud- organizó la conferencia “Gestión y calidad, un tridente clave para enfrentar el Covid-19”, donde se propuso una mirada sobre la formación del recurso humano en salud, a cargo de Marcelo García Diéguez, profesor de la Universidad Nacional del Sur.

García Diéguez sostuvo que formar recursos humanos es “ubicar a las personas precisas en los lugares adecuados”, subrayó que “el capital humano es útil cuando se da esta premisa” y advirtió que “tener personal competente en el lugar adecuado y en el número adecuado, no se da en el país”.

García Diéguez explicó que hoy el número de egresados de las universidades no aumenta aunque sí lo hace la cantidad de inscriptos y de carreras. En este sentido habló de los recursos, la inclusión y la equidad en el acceso a la formación, señaló que “está aumentando la oferta privada de formación en medicina, que hoy representa el 40 por ciento de las universidades del país” y resaltó a la carrera de enfermería “que tuvo un avance a nivel de formación universitaria”.

Hoy son 4500 los egresados por año en carreras relacionadas a la salud, con una notable mejora en las reformas curriculares y un aumento en la intensidad de las prácticas, pero, según García Diéguez, “con una baja eficiencia en la concentración de carreras y poca relación con la formación de posgrados”.

“Hoy tenemos residencias para todos pe-



ro el 30 por ciento no llegan a cubrirse” dijo y señaló que la pandemia puso en evidencia la relación del recurso humano disponible con las áreas descubiertas en provincias como Chaco y Jujuy “donde se evidenció la falta de profesionales”. “También tenemos déficit de cobertura en el primer nivel, déficit en áreas críticas (terapia intensiva, cuidados críticos infantiles y neonatología) y un alto número de infectados entre el personal de la salud. Cuando un profesional deja de trabajar deja tres puestos sin cubrir” ejemplificó.

La exposición también incluyó el problema del pluriempleo como parte de la crisis

en el recurso humano en salud, la política de retención de profesionales en el sector público y la distribución de ese recurso en todo el país. “Si miramos la cantidad de médicos por cada mil habitantes parece que tenemos cifras del primer mundo con 3.96/1000. Sin embargo, si miramos las provincias en detalle los números no son iguales en todo el país y hay muchas provincias por debajo de la media” explicó.

Soluciones

Con esta radiografía, García Diéguez propuso alternativas para cambiar el rumbo: promover políticas públicas como el

Registro de Profesionales, el Examen Único de Residencias y el PRONAFE - Programa de Fortalecimiento de carreras como enfermería- y resaltó la importancia de sostenerlo en el tiempo y que trasciendan los diferentes gobiernos.

Finalmente, entre las posibles acciones destacó la proyección de RRHH en base a las necesidades, basado en un modelo de atención integral que identifique las brechas, definir un modelo de formación en base a los requerimientos futuros y llevar a cabo los acuerdos para su implementación entre el sector público, privado y de educación. Además, contar con las residencias como camino formativo incluyendo en el debate a las universidades y contar con un plan de incentivos acorde a las brechas de especialidad y geográficas detectadas y un programa de contratación extendida con salarios acordes. Y concluyó que como condición, son imperantes la reformulación y ordenamiento del sistema de salud con una implementación progresiva de cada una de estas medidas.

“Si queremos fortalecer el primer nivel de atención, el modelo de formación tiene que estar acorde a esto”, indicó y sugirió salir del modelo fragmentado y concentrar tareas en un solo espacio. “Hace falta un acuerdo que nos de un sistema y no un caos No podemos ir de un día para otro, pero si no tenemos una meta no vamos a poder encontrar el camino. Hay buenos puntos de inflexión para pensar un sistema más justo y equitativo y que llegue a todos”, concluyó..

Financiamiento del Sistema de Salud

Durante el ciclo de conversatorios: “Que el árbol no tape al bosque. Financiamiento del sistema de salud en Argentina para la Pos-pandemia”, organizado por Fundación Güemes, diversos especialistas expusieron sus puntos de vista sobre el funcionamiento del sector salud y los lineamientos de posibles reformas.

Economía de la Salud

Mónica Panadeiros, Economista de la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL), dijo que “hay una fuerte presencia en el sistema de salud de lo que no es gasto de bolsillo, este gasto tiende a crecer primero por el proceso de envejecimiento poblacional y por la incorporación de innovaciones”. En cuanto al sistema público afirmó que tiene un 35% de la población total y si bien “hay disparidades regionales, el gasto por beneficiario sin cobertura no es bajo (en términos de PMO)”. Como atiende una población no nominada y por demanda espontánea, “eso da lugar a una filtración del uso de este sistema por parte de población que tiene cobertura y sin mediar pago”. Para este subsector, la especialista propone la alternativa de moverlo hacia un “seguro de salud con beneficiarios sin cargo y beneficia-

rios parcialmente financiados, partiendo de recursos nacionales como compensados”. Para ello, “se debería definir el PMO que se le daría y transferir a los agentes del seguro capitas ajustadas por riesgo y los agentes del seguro podrían ser las redes de hospitales y centros de salud organizados, ONGs, obras sociales y seguros privados”. Las ventajas de ello, asegura Panadeiros, que sería promover el acceso a servicios preventivos, una mayor eficiencia porque hay incentivos para minimizar costos y mayor transparencia.

Por su parte, Oscar Cetrangolo, economista e investigador del Instituto Interdisciplinario de Economía Política, presentó algunos matices respecto al diagnóstico anterior. A los problemas de equidad del sistema les agregó la problemática de la fragmentación y segmentación que produce “diferencias en los derechos de cada ciudadano en la atención de la salud”. Además, mencionó que hay problemas de eficiencia al referirse que hay duplicación y hasta triplicación de gastos y que hay problemas de regulación porque hay un gasto en salud enorme. “Hoy es un momento crítico y hay un reclamo muy fuerte del sector en busca de ayuda,

el gobierno tendrá que decidir donde pone los recursos escasos” aseguró y continuó: “si uno logra dar aseguramiento a los que no tiene seguro explícito puede trabajar en equiparar las capitas. Para poner esa idea hace falta primero tener una normativa general sobre la salud y poner límites a la múltiple cobertura y lo otro que hace falta son fondos públicos de parte del gobierno nacional”. En términos de seguridad social, el especialista dijo que “lo más importante es que cada uno sea dueño de su aporte y que hay que redefinir como se establece el PMO”.

¿Más salud por el mismo dinero?

Gabriel Lebersztein, Gerente Médico de OSECAC y presidente del Instituto de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social, afirmó que “podemos tener mejores resultados sanitarios con los mismo ingresos”, si bien advirtió que “lo que se recauda no va a alcanzar para cubrir las expectativas de pacientes, legisladores, jueces y creadores de tecnologías”. Lebersztein aseguró que hay que cambiar el modelo de atención y orientarlo a la atención primaria, con base en la evidencia científica para la toma de decisiones, donde los documentos sanitarios deberían ser únicos

para todo el sistema de salud. Respecto al comando, dijo que “con un 60% de la población cubierta por financiadores es muy difícil que el comando sea por la materia infectológica y no por gestores sanitarios, el comando tiene que estar integrado por financiadores y gestores”. A su vez, aseguró que los medicamentos monopólicos e insumos escasos tienen que ser provistos por el estado.

Por otro lado, Fernando Avellaneda, Presidente de la COSSPRA, manifestó que “las obras sociales provinciales somos el asegurador más grande que tiene la provincia y no hemos logrado la visibilidad que creo que deberíamos tener” y aseguró “que se encuentran trabajando en sumar las contribuciones y aportes de las obras sociales nacionales que han estado huérfanas y que no han tenido ningún tipo de asistencia”. En cuanto al recurso humano sanitario, Avellaneda explicó que debe tener un incentivo en la remuneración y que además hay que generar un recurso humano que supla las necesidades sanitarias “la formación de los profesionales de la salud no puede quedar sólo en mano de los educadores, para eso tenemos que pensar en una carrera sanitaria nacional”.

Congreso de las Comisiones de Salud de los Parlamentos de las Américas

15

Organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conjunto con las Comisiones de Salud de ambas cámaras del Congreso de la Nación, se realizó de forma virtual el primer seminario del VI Congreso de las Comisiones de Salud de los Parlamentos de las Américas bajo la convocatoria: “La transformación digital para la mejora de decisiones en salud pública. Oportunidades y retos parlamentarios”. Este año Argentina fue elegida como país anfitrión y encabezaron el encuentro los presidentes de las Comisiones de Salud, Mario Fiad (Senado) y Pablo Yedlin (Diputados). Esta fue la primera de tres jornadas y trató sobre “los principales retos y brechas en instrumentos jurídicos de la salud digital”. Este Congreso, que se viene realizando ininterrumpidamente desde el año 2015, surgió con la visión de generar un espacio de conocimiento, análisis e intercambio de experiencias permanente en temas de interés en materia de salud; identificar los aspectos críticos comunes que afectan la calidad de vida de la población del continente; y fortalecer las capacidades de los parlamentarios en la elaboración y aprobación de marcos jurídicos acordes con las políticas públicas que permitan el pleno ejercicio del derecho a la salud. “Es un orgullo para nosotros ser anfitriones de este VI Congreso que congrega a todas las Comisiones de Salud de los Parlamentos de las Américas. Estos espacios son muy importantes para generar vínculos y conocer las realidades en los distintos países americanos”, destacó Fiad.



El panel de apertura contó con la presencia de Sebastián García Saiso, director del Departamento de Evidencia e Inteligencia en Salud, OPS/OMS Oficinas Centrales; Enrique Pérez, representante interino de la OPS/OMS de Argentina; Martín Sabignoso, secretario de Equidad del Ministerio de Salud de Argentina; y los anfitriones, Fiad y Yedlin. La jornada se dividió en tres paneles temáticos. El primero estuvo abocado a la tele-salud y el desafío de la equidad; el segundo panel consistió en la interoperabilidad de los registros médicos como eje fundamental de los servicios de salud; y el tercero estuvo referido a la inteligencia artificial. Los tres contaron con la presencia de especialistas en cada tema, tanto del área salud, como también del área legislativa y legal. “La digitalización en salud es una herramienta de apoyo fundamental en el momen-

to de tomar decisiones, dado que nos permite llevar adelante el monitoreo continuo de nuestras acciones. Con su aplicación, podemos definir prioridades en la asignación de recursos y un uso más eficiente de los mismos” señaló Mario Fiad. Martín Sabignoso por su parte, destacó a la salud digital no solo como una innovación tecnológica, sino también como innovaciones sociales, “que acercan servicios a personas que están alejadas de los centros, y permiten a las personas acceder al sistema, como a los equipos de salud estar conectados” y advirtió que los avances tuvieron un respaldo normativo importante producto de una madurez normativa.

Los días 13 de noviembre y 4 de diciembre serán las próximas jornadas del Congreso, también con sede en Argentina, y donde se seguirá abordando la temática de salud digital.



Bajo la consigna “¿Podrán las vacunas contra la Covid-19 devolvernos la normalidad?” como premisa, se realizó la jornada sobre aspectos médicos, jurídicos y bioéticos de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las vacunas en el marco de la pandemia de Covid-19, organizada por el Instituto de Derecho de la Salud del Colegio de Abogados de Mar del Plata y el Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la UBA.

“No existe una nueva normalidad, sino una nueva realidad” dijo el infectólogo Roberto Debbag y advirtió que existe una gran incertidumbre. “Hemos empezado una era pandémica donde la manera de controlarla está basada en normativas. Si tenemos incertidumbres o carencias en las normativas y en los procesos de control vamos a estar complicados”.

Para Debbag hay tres factores en el mundo que propician la aparición de las pandemias, que señala se sucederán en tiempos cada vez más cortos: la globalización y el movimiento de las personas; las mejoras sociales en el planeta que generan la necesidad de mayor proteína en la alimentación que provienen del mundo animal; y la deforestación, que hace que el mundo del reino animal se acerque al mundo humano. “Todos estos factores son aceleradores de epidemias” subrayó.

El especialista también explicó que, así como en los años 80 y 90 hubo un “boom” en el desarrollo y la investigación de antibióticos, hoy sucede lo mismo con las vacunas. “Actualmente hay más de 200 vacunas en fase de desarrollo, 40 en fase clínica y 9 en fase tres de investigación, con pronóstico

de buenos datos”, dijo a la vez que resaltó que “las vacunas deben ser aprobadas basadas en las evidencias científicas de las diferentes fases y no basadas en variables geopolíticas”. En este sentido sugirió que no debe ser considerada “la nacionalidad” de la vacuna y advirtió que la garantía de la seguridad de lo que brindará la vacuna tiene que ver con lo ético: “el mejor producto que pueda proveer salud en la población”. Debbag también se refirió al rol de los estados como responsables de la logística para que la vacunación como control de la pandemia, sea eficaz y segura. Para esto, insistió, es necesario estar preparados territorialmente y seguir en línea a los pacientes vacunados, respaldados por un sistema de control y registro “para poder demostrar si a larga escala sigue siendo eficaz”. Y concluyó: “podemos decir que la vacuna es la solución, pero el sistema debe estar preparado para que llegue a quien lo necesita. Tenemos que estar alertas sobre cómo el mundo define si hay carencias de normativas para decidir quiénes van a recibirlas. Hoy lo que tenemos es el distanciamiento social, la utilización del tapabocas y los tests no sólo para hacer diagnóstico, sino para saber dónde están los asintomáticos que contagian y cómo darles una respuesta social sanitaria”.

¿Qué normalidad?

Para Ignacio Maglio, abogado especializado en bioética, plantear la vuelta a la normalidad tal como la conocemos no es el camino. “Yo no quiero volver a esa normalidad, donde la pandemia desnudó la inequidad y las profundas desigualdades en tér-



Mariza Aizenberg



Ignacio Maglio



Roberto Debbag

minos de acceso a la salud”, sostuvo y se refirió al “pretendido derecho a la salud, donde la pandemia también promueve esta confusión entre valor y precio, tema clave en cuanto a las vacunas”.

Maglio subrayó que es necesario “reflexionar sobre una atención centrada en la comunidad”. En este sentido, las vacunas, dijo, tienen que tener tres requerimientos: ser seguras, efectivas y de calidad. Y en cuarto lugar, desde la bioética social “tiene que tener accesibilidad”. “Este es un punto central donde no puede estar librado a las reglas del libre juego de la oferta y la demanda. La aplicación de las leyes de mercado hace a los enfermos más enfermos”, enfatizó. Los elementos esenciales de la accesibilidad implican la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información.

Por otro lado, Maglio se refirió a la Calidad, es decir que, además de ser aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud “deben ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, lo que requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamento y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia pota-

ble y condiciones sanitarias adecuadas. El especialista también abordó el alcance de las obligaciones: “cada Estado parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga”. Esas obligaciones prioritarias son proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad, y adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.

El cierre del encuentro estuvo a cargo de Marisa Aizenberg, directora académica del Observatorio de Salud, quien subrayó “la necesidad de repensar el derecho de la salud como eje transversal a la temática de las vacunas. La pandemia afecta la salud y es posible que prontamente podamos encontrar la forma de evitar muertes en esa incertidumbre”. Y agregó: “Se han visto desigualdades e inequidades. La vacuna debe formar parte de la estrategia global y las políticas públicas deben hacerse cargo”.

“Dentro del marco normativo necesitamos trabajar todos juntos en cooperación y que se considere de bien público global. Necesitamos una vacuna asequible para todos y en todas partes, nos salvaremos todos si todos estamos a salvo”, concluyó.

Durante el Congreso de la Asociación Argentina de Salud Mental, se presentó el dispositivo para el cuidado de la salud mental de los equipos de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19 llevado adelante por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.



Patricia Mansi

Patricia Mansi, representante de la dirección, aseguró que uno de los grupos con mayor vulnerabilidad en este contexto son los equipos de salud y que fue a partir del mes de julio, cuando los profesionales de salud se empezaron a enfermar, que los directivos de hospitales de las diferentes jurisdicciones requirieron un acompañamiento externo. “Entre julio y agosto se quintuplicaron los casos de trabajadores de la salud contagiados, ya era otro escenario, hoy tenemos en los lugares de trabajo equipos que están trabajando aún en situación de duelo y ahí es muy difícil pensar que la salud mental no va a tener un lugar prioritario”, sostuvo la funcionaria y aclaró que “la variable tiempo está pesando muchísimo, ya que cuando la vacuna este los equipos de trabajo van a ser los mismos y este va a ser uno de los desafíos que vamos a tener en lo que llamamos post pandemia”. Por su parte, el director nacional de salud mental y adicciones, Hugo Barrionuevo, explicó que el acompañamiento en salud mental ha tomado una gran dimensión y que “queremos incorporar este enfoque para acompañar a los profesionales de salud”.

Intervenciones

Las intervenciones se centraron en un espacio de pausa y de escucha para los equipos de salud, con la finalidad de construir estrategias singulares para paliar y aliviar la situación que estaban atravesando. “Realizamos espacios de encuentro haciendo una pausa en la tarea, favoreciendo que participen, para que puedan poner en palabras todo lo que les estaba pasando y poder reflexionar acerca de esto”, aseguraron desde la Dirección Nacional de Salud Mental. La participación de los trabajadores en los encuentros era voluntaria y durante los mismos se le brindaron pautas de alarma, se buscaron modos para disminuir los niveles de estrés y se pensaron estrategias para ver cómo podían acompañar a sus propios compañeros, empezar a tener un poco más de registro de ese equipo y de poder recordarles cuestiones como que descansen, que coman y que puedan hablar de lo que les pasaba.

Entre los beneficios de este dispositivo se ubicó alivio en los profesionales, una identificación de emociones esperables, un reconocimiento de como esas emociones impactan en el trabajo y la necesidad de acompañamiento y de cuidado. El dispositivo se centra en las necesidades de cada equipo de salud en un contexto específico y a partir de ahí se construye una respuesta posible que genere alivio. “Se buscó situar la cantidad de variables que estaban interviniendo y que naturalizaban la situación, sin este espacio de circulación de la palabra hubiese sido muy difícil para ellos poder valorar esto de frenar un minuto como una forma de cuidado”, concluyeron desde la dirección.

La voz de los equipos de salud

Durante los encuentros se ubicó que los trabajadores tenían un constante nivel de estrés al estar hiper alerta, con mucha incertidumbre y cambios en los ritmos de trabajo. También, detectaron estados de shock, angustia, ansiedad, miedo al contagio propio y de sus seres queridos, tensiones entre la vocación de cuidar al otro y el temor al contagio y reacciones interpersonales con conductas que tendían al aislamiento, a no poder disfrutar y a la frialdad.

Entre las reacciones físicas detectaron cansancio, fatiga, taquicardias, problemas para conciliar el sueño. A su vez, identificaron que había poco registro para poder oír las señales del cuerpo de cada uno para poder descansar, alimentarse, tomar un vaso de agua y tomar una pausa.

En las intervenciones se identificaron frases como “con mis compañeros nos vemos cada tanto a los ojos hace seis meses” y “las marcas de los elementos de protección personal nosotros las podemos cuidar, lo que nos preocupa son las marcas de la pandemia y por eso necesitamos acompañamiento de salud mental”.



Hugo Barrionuevo

Conclusiones del Congreso Salud, Crisis y Reforma

Finalizó el XXVI Congreso Internacional CAES “Salud, Crisis y Reforma” organizado por la Cámara Argentina de Empresas de Salud y la Fundación Docencia e Investigación para la Salud. Fueron cinco encuentros virtuales que se desarrollaron entre los meses de agosto y octubre, que contaron con la participación de referentes del gobierno nacional, autoridades sanitarias, invitados internacionales, economistas y académicos, que analizaron y debatieron el escenario post pandemia Covid-19 y sus consecuencias en el sector de la Salud.

“La emergencia de la salud ya cumplió 18 años y sigue quedando debajo de la alfombra la basura de la falta de soluciones estructurales. Basta de emergencia sanitaria. La pandemia hace que la decadencia nos ilumine para ver el camino. Busquemos opciones que nos estimulen”, dijo Norberto Larroca, presidente del Congreso, e instó a avanzar en la integración estatal-privada: “trabajemos con todos los gobernadores, que el árbol de la construcción urbana no tape todo el bosque que es nuestro país federal”, resaltó. En las palabras de cierre de la última jornada, subrayó una vez más que “la vida es una sucesión de expectativas y en esas expectativas vamos a seguir caminando y buscando un sistema de salud que tenga al hombre como eje, para que todo el mundo tenga lo que le corresponde y el sector sea lo más sustentable posible”.

Rubén Torres, presidente del CENAS y rector de Isalud, fue uno de los disertantes y destacó “la oportunidad de haber recuperado la idea de la centralidad del Estado que ha sido igualadora. A todos, cualquiera sea nuestro nivel de cobertura, nos pone en una dificultad común, y ahí es don-



de el Estado tiene un papel central en la disminución de la inequidad. Ojalá que esto no se olvide el día después de la pandemia”. También resaltó la necesidad de mantener a la salud en agenda, para que “sea entendida como un bien común, público, a disposición y sostenida por el conjunto de los argentinos”. “Tenemos el lujo de tener un sistema que brinda cobertura al 100% de los ciudadanos, pero sigue siendo inequitativo” y subrayó la “hipocresía del sistema de salud, que dice ser solidario y legislar para todos pero que sin embargo deja a los más desprotegidos sin los mismos derechos de los que tienen prepaga y seguridad social”.

Por su parte, para Carlos West Ocampo, presidente de la Fundación Docencia e Investigación para la Salud, “todavía no encontramos las soluciones a un sistema que ha sido descuidado durante décadas. Siempre pensamos que era insuficiente pero nunca creímos que iba a estar tan desfasado con las necesidades”. En cuanto a las consecuencias, afirmó que es necesario “pensar en que todo lo

que tenemos es insuficiente: los insumos, el conocimiento, la cantidad de personas que hoy conforman todo el sistema de salud en Argentina, tanto público como privado, para hacer frente a la pandemia”. Y concluyó: “Estamos en el peor de los momentos y a pesar de que se han volcado recursos al sector de la salud sabemos que no alcanza y que estamos en una situación de enorme debilidad. No podemos prever ni establecer cuál va a ser el financiamiento del sector de la salud. Es todo temporal y tenemos un horizonte que termina a fin de año, tanto con el financiamiento para el sector de la salud como el de los salarios, el de las empresas, etc. Es imposible pensar en el mediano y largo plazo e imaginarse el futuro, cuánto debe invertirse y cuál es el sector de la salud que puede dar respuesta a los próximos desafíos.”

Las palabras de cierre estuvieron a cargo de José Luis Sánchez Rivas, presidente de CONFELISA, quien alertó que “estamos en un momento trascendente, no hay más tiempo para dilaciones. No podemos esperar. Ahora hay que poner a nuestro sistema de salud en el centro de la discusión. No puede haber retoques parciales que siempre han fracasado, esto no lo puede arreglar un grupo de iluminados, no se puede ocultar el sol con las manos”. Y llamó a consolidar acuerdos y consensos políticos “para cambiar”. “De las crisis coyunturales se sale con dinero, pero las estructurales se superan con políticas” dijo y señaló que “ahí estará nuestro aporte y colaboración como siempre. Mientras tanto, aún en un escenario tan adverso, vemos cómo nuestras instituciones, a lo largo y a lo ancho del país, han respondido con esfuerzo, compromiso y solidaridad.”

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 (líneas rotativas)

Asociación Médica de Almirante Brown

Macías 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

FEDERACIÓN MÉDICA DEL CONURBANO

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