

ENTREVISTA: Fernando Avellaneda. Presidente del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA)

“Pensar qué sistema sanitario queremos para el país”



El dirigente apunta a profundizar la mirada federal del organismo y trabajar en políticas que acompañen las estrategias sanitarias nacionales. **Págs. 8 y 9**

“La pandemia amplifica el estado del sistema sanitario”

El presidente de FEMECON Roberto Scarsi, analiza las condiciones del trabajo médico y del sistema de salud argentino.

Pág.4



ENTREVISTA: Judit Díaz Bazán.

Subsecretaria de Calidad, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud

“Cuidar la salud de quienes nos cuidan”

Págs. 6 y 7



Para reducir el número de trabajadores de la salud infectados por COVID-19 se creó el Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud. “Hay que resignificar el valor del recurso humano”, dice Díaz Bazán.



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

Pandemia y lo que vendrá

La pandemia y estos largos doscientos días de cuarentena de mayor o menor restricción han sacado a la luz dos serios problemas que padece nuestra sociedad.

Una de ellas es el reconocimiento de amplios sectores de población que viven desde hace muchos años en condiciones marginales en los ahora llamados barrios populares, que han proliferado en los cinturones aledaños a los grandes centros urbanos en forma exponencial en las últimas décadas.

Otra situación que ha quedado visibilizada es la falta de preparación de los sistemas sanitarios para hacer frente a esta crisis, también causada por la falta de inversión en salud de todos los gobiernos de turno.

La aplicación de una cuarentena estricta en marzo chocó inmediatamente con la falta de preparación de la población, especialmente de esos barrios populares, a las medidas de aislamiento y distanciamiento social y de higiene personal, prácticamente imposibles de cumplir, lo que hizo que la expansión comunitaria del virus sea incontenible.

En él área de salud comenzó una carrera contra reloj para preparar los hospitales y centros de salud para recibir a los pacientes, aparentemente con buenos resultados salvo en algunas provincias.

Pero donde se nota la falta de inversión en salud es en el recurso humano para la atención de esta crisis. A pesar de todos los esfuerzos de los planteles de salud, diezmados por los contagios y por las muertes, agotados al límite de sus fuerzas y sin descanso, es notable la falta del recurso humano que hace años venimos señalando que necesita una solución.

En la post pandemia, que esperemos que suceda lo antes posible, además de prevenir y tratar todas las secuelas de enfermedades físicas y psicológicas que sobrevendrán sin duda, deberemos enfocar nuestros esfuerzos para que las condiciones de vida de la población sean más dignas y que los sistemas de salud estén mejor preparados ante eventuales crisis.

Además, tendremos que volver a una concepción de normalidad que fue radicalmente alterada y que todo el espectro de emociones negativas como temor al futuro, desesperanza y angustia que vemos ahora, sean desplazadas rápidamente por las emociones positivas de tranquilidad y optimismo.

No será una tarea fácil, pero deberemos asumirla con dedicación y valentía.

ENTIDADES INTEGRANTES

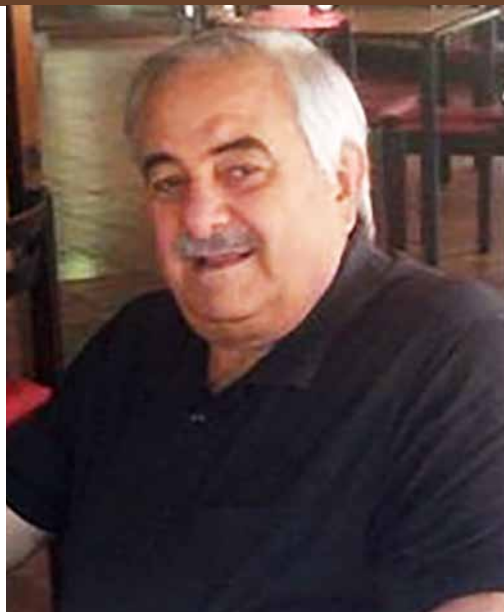


Adiós a un amigo

Con profundo pesar comunicamos el fallecimiento del Dr. Raúl Stortini, vocal de la Federación Médica del Conurbano y miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Médica de Almirante Brown. Con una larga trayectoria profesional, desarrolló su carrera como médico clínico hasta que se jubiló. Había nacido en Villa Cañás, provincia de Santa Fe. La sencillez y la humildad fueron su sello, querido por todos, amigo de muchos, desde la FEMECON lo despedimos con profundo dolor, y acompañamos a su familia en este duro momento.

“El 1ro. de septiembre el maldito virus, en un par de días, sólo un instante en la vida, se llevó a nuestro compañero y colega, Dr. Raúl Stortini, profesional con una larga trayectoria en la localidad de Longchamps, donde desarrolló casi toda su carrera de médico clínico hasta su jubilación. Muy querido por sus pacientes, al que consideraban rápidamente su amigo por su sencillez campechana e innata para transmitir con humildad su experiencia de médico probo en lo ético y humano.

Partió de su pueblo natal en Villa Cañás, provincia de Santa Fe, para hacer real el sueño de ser médico. Hablaba de su entorno familiar con ternura, disfrutaba de sentirse indispensable, de llevar una solución a sus cotidianos requerimientos, De igual manera se comportaba con sus colegas de la Asociación Médica de Almirante Brown, interviniendo activamente en su comisión directiva como Secretario de Actas, frater-



nizando con sus pares en la AMEJU y asistiendo en tesorería de la Asociación Mutual de Médicos de Almirante Brown.

Se sumó en la vocalía al consejo directivo de la FEMECON, donde llevó su espontaneidad y simpatía, más de una vez rompió la formalidad con alguna anécdota personal de su larga experiencia de médico pueblerino. Contagiaba su entusiasmo de aprender, investigar y fue durante mucho tiempo responsable de la edición de nuestra revista de interés general, donde se destacaba por sus conocimientos de hechos históricos del municipio, del folklore y creencias de origen nativo.

Quedará en nuestra memoria como un amigo que se volcaba naturalmente hacia los colegas con una mezcla de ingenuidad y sabiduría de hombre simple”.

Adiós Raúl, QEPD
Alberto Gómez
Pte. AMAB

Negociaciones entre IOMA y FEMECON

3

Al cierre de esta edición están culminando las negociaciones entre el IOMA y la Federación Médica del Conurbano con temas relativos a la actualización de los montos capítarios para mejorar los honorarios de consultas y prácticas de los profesionales médicos de nuestra entidad, junto a otros acuerdos que se están concretando a nivel provincial.

Además, las autoridades del Instituto indicaron que su intención es ir normalizando los pagos y también marcaron el compromiso de continuar con el diálogo para resolver los problemas que se presenten.

Provincia de Buenos Aires

Residentes se incorporan al sistema de salud

Un total de 1.137 profesionales de la salud que terminaron sus residencias en septiembre pasarán a planta permanente en forma automática a partir del 1° de octubre en hospitales públicos bonaerenses. Esta posibilidad se les ofreció al 100% del total de residentes que finalizaron su formación y el 72% aceptó.

“Esta medida posibilita fortalecer el sistema de salud en 83 especialidades”, explicó el ministro de Salud bonaerense, Daniel Gollan quien celebró que los residentes que se forman “con el esfuerzo de las ciudadanas y los ciudadanos de la Provincia puedan seguir desarrollando sus actividades en los hospitales públicos”.

Mario Rovere, actual director de la Escuela de Gobierno en Salud “Florencia Ferrara” de la cartera sanitaria bonaerense dijo al respecto que “ésta es una situación excepcional. En un acontecimiento inédito, se le ha ofrecido al 100% de los residentes la posibilidad de quedarse en los servicios de la Provincia. La gran mayoría aceptó, lo cual

nos pone muy contentos”.

Desde la cartera de salud bonaerense detallaron además que ya se incorporaron durante el año 5.890 trabajadores profesionales y no profesionales a los hospitales públicos a los que se suman los nuevos residentes, entre ellos médicos de múltiples especialidades, enfermeros, bioquímicos, psicólogos, especialistas en diagnóstico por imágenes y agentes de otras disciplinas indispensables. “El 2020 es un año muy especial para el sistema de residencias. Primero se ha consolidado el examen único en todo el país, un sistema que permite ordenar de una manera distinta lo que antes era una puja entre jurisdicciones. Se ha cambiado el calendario, por lo cual los residentes que terminan se han quedado cuatro meses más y esto ha sido clave para enfrentar la pandemia. Además, no se puso en riesgo a los nuevos ingresantes y el sistema de salud ha aprovechado la experiencia de los residentes de los últimos años”, agregó Rovere.

“La pandemia es una gran lupa que amplifica el estado del sistema de salud”



Roberto Scarsi, presidente de FEMECON, analizó las condiciones de trabajo, el desempeño profesional y el hartazgo médico en el marco de un ciclo corto de encuentros organizado por Grupo PAIS -Pacto Argentino por la Inclusión en Salud-

“El sistema de salud es tricéfalo, fragmentado y con financiamiento superpuesto”, explicó y subrayó que esta situación “entorpece el adecuado uso de los recursos”.

“El trabajo médico es como un sismógrafo que copia los movimientos de la forma de la práctica médica y los vaivenes del sistema de salud” agregó y detalló que deja a la vista el pluriempleo, la superposición de tareas, la concentración del sector, la baja remuneración, el cambio de paradigma en la relación médico-paciente y la crisis de los recursos humanos.

Scarsi explicó además que “en general en el mundo del trabajo se cuenta con una suerte de tablero de control que permite objetivar la situación, y eso no pasa en el sector médico. No contamos con ese tablero de control que nos permita una clara conceptualización de una dinámica de trabajo tan heterogénea”. El presidente de FEMECON detalló que la dinámica laboral se mide con distintos marcapasos, uno que tiene que ver con la historia de la evolución

de la profesión y otro con el sistema de salud. “Llegamos a la pandemia con todo esto, ahora lo vemos más amplificado”, subrayó.

Mecanismos de adaptación

Scarsi hizo un repaso por una línea temporal del trabajo médico, una profesión liberal que en un principio se ejercía en forma autónoma, sin regulaciones, “con una suerte de contrato empático con el paciente, una modalidad prácticamente en extinción que hoy no llega al cinco por ciento del ejercicio de la medicina y está concentrado en las grandes metrópolis”, explicó y sostuvo que “la gran consigna de la libre elección y pago por acto médico se diluye en el tiempo a la luz de múltiples formas de contratación y formas de pago que se fueron imponiendo a lo largo del tiempo”.

Así, el trabajo médico se fue adecuando a fenómenos sociales, económicos y políticos y se sucedieron distintas generaciones de adaptación. La primera generación incluye el pluriempleo, la superposición de tareas, la especialización con aparatología y la compensación por cantidad. “Ya no es propio de la atención de la salud, es un factor de la economía en general donde salimos del terreno de la discusión del precio y pasamos a la compensación”, dijo Scarsi.

La segunda generación es “la salida del consultorio al desarrollo de algunas formas de adaptación como las cooperativas médicas, asociaciones de médicos que se unen para reducir costos de infraestructura”. En esta etapa es cuando aparecen también inversores no médicos, una concentración económica y prestacional y un marcado crecimiento de la relación de dependencia. “Es el camino a la burocratización del trabajo médico y está referido a la cada vez mayor dependencia del médico en el trabajo institucional por el crecimiento vertiginoso de la tecnología que vuelve casi imposible el trabajo individual”, analizó.

Una tercera generación de mecanismos de adaptación se da donde “todos coexisten y se superponen”. Así aparecen exigencias en las condiciones de trabajo, la elección de es-

pecialidades por costo/beneficio, la atención despersonalizada y la crisis del recurso humano en salud. “En este mecanismo crecen las condiciones en las exigencias del trabajo en términos más cercanos a lo que son las reivindicaciones sindicales habituales con características generacionales muy interesantes respecto de que la generación más joven, que tiene otras expectativas en relación al trabajo, más sanos para mi gusto, e incorporan algunos factores que tiene que ver con calidad de vida, algo que las generaciones más viejas nos llevamos por delante” observó.

Recurso humano

El presidente de FEMECON se refirió también a la formación de los recursos humanos en salud y reflexionó sobre la “selección adversa de la forma de acceder a una especialización”. “Se entra en una evaluación de costo-beneficio más allá de las cuestiones motivacionales” dijo y agregó que “esto está emparentado con la crisis de recursos humanos”. En este sentido, advirtió que empiezan a faltar especialidades médicas que no son elegidas por diferentes factores, como las condiciones laborales, el riesgo profesional y la despersonalización de la atención médica. “Cuanto más se enfría la relación médico-paciente más alta es la conflictividad, que luego deviene en litigiosidad, muchas veces indebida. Esto también afecta a la selección de determinados recursos”, sostuvo.

“Todo esto no lo trajo la pandemia, pero sí ejerce el efecto de una gran lupa sobre el sistema de salud y lo está haciendo visible socialmente” señaló y destacó el esfuerzo de los médicos en la superposición del trabajo. “La pandemia puso la lupa sobre algo que venimos advirtiendo hace mucho tiempo”, agregó.

Para terminar, Roberto Scarsi hizo una reflexión final: “Si se terminara mañana la pandemia, no tengo demasiada esperanza en que se empiecen a generar los instrumentos de un verdadero cambio. Hay tensiones y pujas del sistema que no están resueltas ni hay demasiadas ganas de resolverlas”.

“Sin recursos humanos no tenemos futuro”

5

Por Camila Balbín

Así se refirió el Ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, durante la jornada virtual “Pasado, presente y futuro de la salud” organizada por Consenso Salud. González García sostuvo que la pandemia puso en evidencia la problemática de la disponibilidad del recurso humano y dijo que ya se encuentran trabajando fuertemente en esa línea.

En el encuentro virtual el Ministro de Salud de la Nación hizo un balance de la gestión de la cartera en estos últimos meses, y habló de la búsqueda de la integración del sistema de salud y las estrategias para afrontar las problemáticas actuales.

Sobre cómo gestionaron la pandemia, el funcionario aseguró: “fuimos exitosos en la gestión durante varios meses, con un moderado incremento de los casos, siempre bajo control y con una conducta colectiva muy razonable” y agregó que “en este tiempo logramos una expansión impresionante del sistema ya que aumentamos la cantidad de camas, los insumos, los respiradores y los equipos de protección personal”. Manifestó que “en nuestro país seguimos teniendo un estándar de resultados mucho menos malo que el resto, ya que tenemos una mortalidad por millón que es una de las tres menores de toda América”. Sin embargo, advirtió que “en el momento que más suben los casos y que hay esperanza de una vacuna a mediano plazo, hay una especie de descompromiso social” y dijo que “no hay receta en el mundo que supere el cuidado, el distanciamiento y las medidas de profilaxis”. También, insistió con que “las personas no concurren a los establecimientos sanitarios por temor al contagio, hay una muy baja demanda vinculada a otros temas y una alta demanda con lo que tiene que ver con la pandemia”.

En cuanto a las vacunas, el ministro afirmó: “hablamos con varias fuentes de provisión de vacunas, estamos con la bolsa de provisión de OPS y tenemos la suerte de tener ensayos clínicos en Argentina”. Transmitió que su temor era no estar en la primera línea de acceso a la vacuna y aseguró que ese temor hoy lo han desvanecido. En este sentido, dijo “tenemos por delante pocos meses hasta la llegada de la vacuna y para el tiempo que resta se necesita una mayor responsabilidad social y un compromiso en la ciudadanía”.

Hacia la integración del sistema de salud

El ministro sostuvo que durante su gestión se buscó la unidad nacional para enfrentar la pandemia y señaló “trabajar en un país federal es más difícil de manejar desde el punto de vista sanitario que los países unitarios”. Postuló a la construcción de consenso como una estrategia central para hacer políticas de salud ya que “permite llegar a acuerdos más definitivos”. En esa línea, expresó que recuperaron “la rectoría del Ministerio Nacional” y explicó que han avanzado en la tan deseada integración del sistema de salud realizando reuniones con las provincias, el sector privado y las obras sociales para trabajar de forma integrada. Expresó que en la pandemia “todos los recursos de la nación tanto estatales como privados deben estar en función de un orden público”.

Estrategias para problemáticas estructurales

En el encuentro, González García enumeró una serie de estrategias que están llevando a cabo desde el Ministerio que no sólo involucran a la pandemia sino que buscan introducir en la agenda temas como la prevención, vacunas y los cambios estructurales del sistema. En este sentido, aseguró que “estamos intentado revitalizar la atención primaria tanto en el sector público como en obras sociales” y dijo que tienen vacunas en cantidad y que se distribuyen en todo el país. Manifestó que un tema muy importante para continuar trabajando es el recurso humano ya que “tenemos una de las tasas de profesionales más altas del mundo pero tenemos dificultad para cubrir los cargos y no muy lejos sino a 50 kilómetros de Capital Federal”.

Con respecto a la desfinanciación del sistema de salud, el funcionario explicó que en este tiempo el sistema de la seguridad social fue compensado relativamente reinyectándole entre 25 y 30 millones de pesos y agregó: “esa inyección sumada a que hay menos prestaciones generó menos gastos pero no es una solución definitiva”. Por ello, explicó que hay dos lógicas en la seguridad social, una es que los aportes se los haga el Tesoro Nacional y la otra es que el aporte lo hagan los contri-



buyentes, y dijo que “con la CGT estamos hablando de realizar un incremento de los aportes de los trabajadores, pero esto no es suficiente. Hay que hacer cambios estructurales porque hay muchas obras sociales que no deberían existir y ahí estamos conversando para tomar medidas a corto plazo para que se empiece a modificar esto”. Señaló a los monotributistas como otro tema que “hay que corregir”. También, dijo que se encuentran buscando integrar obras sociales provinciales y nacionales para que sea un sistema solidario, “hay muchos temas del viejo oficio del sistema que son anti solidarios”. Para ello, explicó que hay que mejorar la calidad, la conectividad, el uso de la telemedicina, el manejo de la gestión de camas de forma coordinada y la gestión de medicamentos. Como conclusión, el funcionario indicó que esta circunstancia “nos está dando una ventana de oportunidades” y concluyó: “cuando salgamos de esto vamos a salir más fortalecidos”.

Judit Díaz Bazán. Subsecretaria de Calidad, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación

“Cuidar la salud de quienes nos cuidan”

Con el objetivo reducir el número de trabajadores de la salud infectados por COVID-19 y en base a una estrategia común en todas las jurisdicciones, se creó el Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud. “En todos mis años de médica no había visto que se murieran compañeros y compañeras por atender enfermedades. Esto nos tiene que movilizar”, dice Díaz Bazán.

En el contexto de la pandemia y teniendo en cuenta la exposición de los trabajadores de la salud, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró un plan con medidas especiales que tienen como objetivo garantizar su protección y la de su núcleo familiar. El objetivo central del plan es guiar a las instituciones efectoras de salud a realizar acciones para prevenir las infecciones por COVID-19 y las consecuencias indirectas que la pandemia ocasiona en la salud de los trabajadores.

En este sentido, el documento cuenta con tres ejes estratégicos: Políticas de Consenso, Rectoría y Articulación, destinado a promover acciones de coordinación entre el Ministerio de Salud de la Nación y las jurisdicciones para dar respuesta bajo estándares de calidad, tanto en el cuidado de la salud de personas afectadas por COVID-19, como en la seguridad y protección de los trabajadores; Políticas de Educación, Supervisión y Conocimiento que busca desarrollar ambientes propicios para la capacitación, entrenamiento y su-

pervisión de procesos de trabajo; y por último, Políticas para el Cuidado de los trabajadores a fin de disponer de una estrategia para la comunicación y detección de escenarios de riesgo y para el acompañamiento del personal de salud y sus familias.

-¿Cómo está funcionando el Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud?

El plan comenzó a funcionar la última semana de abril, un poco a demanda de los representantes gremiales con la necesidad de formar parte de las decisiones y las intervenciones sobre la realidad de los trabajadores de salud. En ese momento uno de los reclamos era el acceso masivo al test y equipos de protección personal. Estamos hablando de principios de mayo, recordemos que en esa instancia se daba la mayor cantidad de casos en Europa y EEUU y esto hacía que fuera dificultoso el acceso a los equipos de protección personal en nuestro país. Seguimos trabajando en cada reunión con representantes de los gre-



mios de los trabajadores de la salud con la Dirección de Talento Humano para la ejecución final donde terminan de conformarse los ejes de trabajo: definir qué estrategias íbamos a realizar con los y las trabajadores de la salud y de qué manera implementar la articulación entre éstos, en la capacitación en el uso de los equipos de protección personal.

-Implementaron una encuesta autoadministrada. ¿En qué consiste?

Es una encuesta anónima destinada a evaluar el grado de riesgo de contraer la enfermedad COVID-19 para desarrollar acciones y disminuirlo, que tiene su base en ARSAT y por lo tanto sus datos son absolutamente inviolables. Aquí trabajamos

mucho con la Dirección de Salud Mental, y preguntamos específicamente en forma personal si pueden responder si tienen equipos de protección personal, si lo encuentran disponible en su horario de trabajo, si es supervisado y qué percepción tiene de su propio uso. Nos parecía importante que los trabajadores pudieran hacerse esa pregunta. Nos llamó la atención que casi un 37 por ciento, con respecto a su propia percepción, el uso del EPP era regular.

Estos datos, que se recogen específicamente en cada institución, vuelven al área de recursos humanos, al representante del gremio del lugar donde está trabajando ese trabajador, para volver a insistir en que hay que capacitar.



“Esta pandemia nos enseñó que el conocimiento se tiene que acompañar con capacitación permanente y convertirse en hábito. Con el tiempo vemos que decaemos en la frecuencia de lo que se tiene que hacer correctamente”

-¿Por qué considera que es tan importante la autopercepción?

Porque esta pandemia nos enseñó que el conocimiento se tiene que acompañar dentro de la capacitación permanente y convertirse en hábito. Con el tiempo vemos que decaemos en la frecuencia de que esto se tiene que hacer correctamente.

Por eso también en una segunda etapa agregamos datos sobre salud mental: percepción de riesgo, temores, sensaciones de malestar y síntomas vinculados a pánico durante su rol en el lugar de trabajo.

Otro dato alarmante que surgió -es una estrategia que ya lleva consultadas a más de trece mil personas y que se habitúan a que les llegue esta encuesta y saben que es muy útil para autoreferenciarse- es la alta comorbilidad aún en personas jóvenes menores de 50 años que tiene obesidad, diabetes o una enfermedad cardiovascular. Cuando logremos disminuir un poco la atención de la pandemia va a ser una

estrategia fundamental cuidar la salud de los trabajadores desde esta percepción de proximidad.

-¿El objetivo es cuidar a los que cuidan?

Sin dudas es el objetivo. A propósito del Día mundial de la Seguridad del Paciente tuvimos una jornada cuyo lema este año ha sido “Trabajadores seguros para tener pacientes seguros”. Son muchas las asociaciones, entidades y agremiaciones que han intervenido, y quedaron de manifiesto las características del trabajo médico en la Argentina como el pluriempleo, la insatisfacción por la retribución salarial, el reclamo de derechos. Por supuesto que el incentivo económico es uno de los factores fundamentales, cuánto se gana por la hora laboral. Pero también resulta importante comenzar a interactuar con otros aspectos que tienen que ver con el ambiente seguro. Así lo considera también la Organización

Internacional del Trabajo -OIT-.

-¿Cómo debe ser un ambiente seguro?

El ambiente seguro tiene que ver con seguridad, con la calidad, con la oportunidad para el error. Toda una ciencia en la mejora del modelo de salud, cuántos eventos negativos de salud se registran. O cuántas veces intervenimos para que esos eventos no puedan suceder. Cuántas veces damos espacio para la escucha y un equipo transversal y no un equipo vertical. Son nuevos desafíos y tengo la ilusión y la esperanza que sirvan para poner en valor lo que ressignifica la ciencia humana dentro del mecanismo de respuesta sanitaria.

-¿Cómo es la articulación del trabajo entre Estado y actores del sistema sanitario?

Desde abril integramos la reunión con el COE -Centro de Operaciones de Emergencia- donde son parte todos los gremios con estas observaciones de medicina laboral, de contacto con las ART y es un hecho inédito. Luego salió la Ley Silvio, que permite ejecutar varios de los ejes de los que estamos hablando a partir de este Programa. Ojalá sea una oportunidad donde el planteo por el reclamo salarial esté incluido pero no sea excluyente. Porque volviendo al EPP, no se trata sólo de si lo tengo no. Queremos saber cómo se usa, si se percibe el riesgo, cómo se siente el trabajador de la salud, si tiene contención, si forma parte de un equipo, si tiene temor de estar en ese lugar.

-¿Dónde cree que hace falta seguir profundizando el trabajo?

Dejando de lado el reclamo salarial, que es tan diverso en nuestro país, tan dispar tan-

to en lo público como el sector privado, es fundamental esta oportunidad para la escucha. Poder armar áreas de trabajo en forma transversal para que cada actor del sistema de respuesta sanitaria del recurso humano pueda tener su participación.

Sabemos que los errores en salud cuestan vidas y cuestan recursos económicos. Es necesario enfocarnos fuertemente en esto como modelo y como política. Por primera vez el Ministerio tiene una Secretaría de Calidad, que garantiza el uso eficaz de los recursos. Tenemos que utilizar bien lo que tenemos para tener mejores resultados. En todos mis años de médica no había visto que se murieran compañeros y compañeras por atender enfermedades y esto nos tiene que movilizar. Con el equipo del área de Talento Humano que está a mi cargo comenzamos acompañando la tarea en el Chaco cuando la mitad del hospital estaba sin personal por exposición al virus y tuvo que aislarse.

A partir de allí cada secretaria representa la presencia de trabajadores de la salud en cada provincia. No sólo visitamos las provincias más comprometidas, estamos trabajando con equipos de salud donde hay que fortalecer y a la vez crear nuevas áreas de abordaje.

“Por primera vez el Ministerio tiene una Secretaría de Calidad, que garantiza el uso eficaz de los recursos. Utilizar bien lo que tenemos para obtener mejores resultados”

“Pensar qué sistema sanitario queremos para el país”

El flamante presidente del Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina adelantó que sus principales objetivos son continuar con la mirada federal del organismo y “trabajar en forma integrada en las políticas sanitarias nacionales”.

En forma virtual, con todos los requisitos y previa autorización de la Inspección General de Justicia, se llevó a cabo la primera Asamblea Ordinaria de la Cosspra que renovó autoridades y eligió a los representantes de la Junta Ejecutiva y la Comisión Fiscalizadora. Con lista única y por consenso Fernando Avellaneda fue elegido para estar al frente del Consejo.

-¿Con qué objetivos asume su gestión?

En primer lugar quiero resaltar que en la Cosspra, más allá de los espacios de designación que cada uno tenga, siempre vamos a mantener un espíritu participativo, donde todos pueden aportar desde su espacio de trabajo procurando mantener una mirada federal que no es tan sencilla, teniendo en cuenta que representamos a 24 provincias con realidades diferentes, a las que nos unen las mismas problemáticas. Dicho esto, mi principal objetivo es conti-

nuar con la mirada federal pero no desde el discurso, sino con la participación plena de todos los presidentes de las obras sociales provinciales. Y vamos a reactivar las reuniones regionales. La Cosspra está dividida en cinco regiones y así como la pandemia nos trajo muchísimas dificultades, también nos permitió utilizar herramientas que ya teníamos, como la posibilidad de hacer reuniones en forma virtual, algo que potencia el trabajo conjunto y que puede generar por regiones cada una de las obras sociales provinciales.

-¿Y hacia afuera?

El objetivo es trabajar en forma integrada en políticas sanitarias nacionales. Las obras sociales provinciales no han tenido una visibilidad suficiente para las autoridades sanitarias en cuanto a integrarse a las políticas y en la toma de decisiones. Yo fui secretario de Salud de la provincia



de Tucumán durante ocho años, también acompañé un tiempo a José Luis Manzur cuando fue Ministro durante la pandemia de H1N1 como secretario de Políticas, Regulaciones e Institutos. Tengo la fortuna de haber adquirido una visión amplia de la problemática del sector. Aún así, no logramos visualizar la necesidad de integrar a las obras sociales provinciales para las políticas sanitarias nacionales.

-¿Como por ejemplo?

En general se habla de la Atención Primaria de la Salud (APS) como eje integrador de las políticas sanitarias en relación a la comunidad. Pero resulta que muy pocas obras sociales han incorporado la APS co-

mo modelo de atención, salvo excepciones. Las obras sociales nacionales tampoco. ¿Cuánto de nuestro arsenal terapéutico se usa para el tratamiento de patologías específicas y muchas veces está lejanamente relacionado con lo que está propuesto por entidades nacionales?. Y así muchas cosas. Sin duda Cosspra viene dando visibilidad a toda esta problemática. Hoy se sabe que el Consejo representa a más de siete millones de beneficiarios y que si trabajamos en forma conjunta somos una fuerza poderosa en el sentido de acompañar a las políticas sanitarias tanto provinciales como nacionales. Ese fue el objetivo de inicio. Ahora, tenemos que continuar por este camino y seguir integrándonos.



“El objetivo es trabajar en forma integrada en políticas sanitarias nacionales. Las obras sociales provinciales no han tenido una visibilidad suficiente para las autoridades sanitarias en la toma de decisiones”

-¿Qué desafíos enfrentan ahora?

El Ministerio de Salud de la Nación nos ha propuesto integrar en forma activa e institucional la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías -CONETEC- creada en el anterior gobierno y que hoy tiene un representante técnico de la Cosspra y también un representante político. Además hemos sido invitados para participar en la ANLAP - Agencia Nacional de Laboratorios Públicos-. La idea es ir por este camino, integrarnos a lo que creemos que son pasos fundamentales que hay que dar para que el país pueda elegir el sistema sanitario que quiere por consenso y no el que nos toque en suerte. Para nosotros sería

muy importante estar sentados en esa mesa de discusión.

-¿Cuál cree que debe ser el rol del Estado en la discusión de un nuevo sistema sanitario?

Claramente las políticas sanitarias tienen que tener un rol rector de alguien. Salvo pocas excepciones, son los ministerios de Salud provinciales los que ejecutan las políticas sanitarias, y sin embargo no integran a las obras sociales provinciales para trabajar en la misma línea. El Ministerio de Salud de la Nación tiene la mirada macro, que sin duda es muy importante, la mirada integradora que puede pensar y ofre-

cer soluciones integrales. Quienes aseguramos desde el punto de vista económico la atención de los beneficiarios, debemos compartir la idea con el Ministerio de Salud de la Nación cuando propone campañas de alcance nacional y no esperar que adhieran las provincias o los efectores de salud.

-Desde su lugar, ¿qué evaluación hace del recurso humano en salud?

El sistema sanitario argentino es gente que atiende gente. Si hay una máquina, sólo es una interfase, detrás de la máquina hay una persona. Aún incluso en la informatización y digitalización, detrás de la pantalla, hay gente.

Este recurso humano es lo más valioso y se ve claramente en esta pandemia. Hoy es un recurso crítico para la atención de los ciudadanos, cuando falta profesional calificado y con las competencias adecuadas. Esta planificación del recurso humano nunca se hizo en la Argentina, y sigue dependiendo del sistema educativo que no conoce las necesidades del sistema sanitario. Esa necesidad de recurso humano tiene que ser la base del sistema que queremos y acorde a las necesidades de nuestra gente. Ese desafío lo tiene el Ministerio de Salud de la Nación. Pero tenemos que pensar juntos qué sistema sanitario queremos para nuestro país.

“Preocupa el desgaste del recurso humano”

Lo dijo Lisandro Bonelli, Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud de la Nación durante el segundo encuentro del congreso anual organizado por la Cámara Argentina de Empresas de Salud.

El Congreso Internacional de la Cámara Argentina de Empresas de Salud CAES “Salud, Crisis y Reforma” realiza su encuentro anual en formato virtual con conferencias que debaten distintos aspectos y enfoques del escenario post pandemia Covid-19 y sus consecuencias en el sector. Del segundo encuentro del congreso, participó el Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud de la Nación, Lisandro Bonelli, quien manifestó que “la máxima preocupación que tenemos hoy es lo que sucede en el interior del país”. En este sentido, dijo “notamos con mucha preocupación lo que viene sucediendo en el interior del país porque se está saturando la respuesta del sistema sanitario, ya que el recurso humano y la cantidad de camas es mucho menor en comparación a CABA y al conurbano bonaerense”. Otro tema preocupante para el Ministerio es “el desgaste normal del recurso humano sanitario y que, además, hay muchos que lamentablemente se han ido contagiando. El recurso humano es un recurso finito y la demanda es muy importante.” El funcionario sostuvo que el virus hoy se encuentra en todo el territorio nacional y que “hay un cansancio normal de la sociedad por las restricciones que compleji-

za mucho más la situación”. Por ello, hizo hincapié en la importancia de la responsabilidad individual, cumpliendo las normas de distanciamiento social, usando tapaboca y evitando las reuniones sociales. Por último, concluyó que desde el Ministerio creen que el tiempo de cuarentena ha servido para conocer más cómo funciona el virus y para preparar y fortalecer al sistema sanitario para dar respuesta, “ya que en estos 6 meses conocemos más de cómo se mueve el virus, cómo enfrentarlo y cómo mitigar el avance” afirmó y agregó “haber actuado con anticipación nos sirvió para ver la prueba y error de otros países y a no cometer los mismos errores”.

Luego, disertó Gustavo Irico, Secretario de Investigación y Docencia de ACLISA Córdoba, quien aseguró que “la pandemia golpeó duramente al sistema de salud en extremo debilitado, con un gran desfinanciamiento e insostenibilidad”. El especialista demostró como en los últimos años los costos de prestaciones de los servicios de salud han crecido fuertemente y ejemplificó: “en los últimos 10 años el costo de UTI adulto se incrementó en un 1548%, es decir, casi 17 veces”. Actualmente, la irrupción del covid-19 tuvo un fuerte impacto

sobre costos, inversiones y tecnologías “por qué se suspendieron las consultas y las cirugías programadas, se establecieron circuitos covid-19 con personal exclusivo y se realizaron comunicaciones de los distintos protocolos que disparó una secuencia de capacitación. A su vez, se realizaron esfuerzos en inversiones en infraestructura para dar respuestas asistenciales con un cumplimiento epidemiológico y hubo que adquirir nuevas tecnologías e insumos”. Siguiendo el ejemplo de la cama de terapia intensiva de adulto, aseguró que a partir de esto los costos se duplicaron. A su vez, reconoció que los ATP alivian e inciden entre un 8 y 13 % en los costos. De todas formas, concluyó que “los escenarios a futuro nos muestran un incremento en los costos de prestación y una disminución de los recursos financieros”.

El próximo encuentro será el jueves 1ro. de octubre y contará con la presencia de José Soto Bonel, Presidente de la Organización



Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud (OIPSS); Oscar Herrera Ahuad, Gobernador de la provincia de Misiones; Eugenio Zanarini, Superintendente de Servicios de Salud, con la coordinación de Luis Sánchez Rivas, Presidente de CONFELISA.

Finalmente, el 15 de octubre será el cierre del Congreso que contará con las disertaciones de Carlos West Ocampo, Presidente Fundación Docencia e Investigación para la Salud; Aldo Yunes, Presidente CAES; José Luis Sánchez Rivas, Presidente de CONFELISA.

La salud en tiempos de Covid-19

En el mes de septiembre comenzó el XXIII Congreso Argentino de Salud, organizado por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), que culminará en el mes de octubre. Cinco encuentros para pensar las consecuencias de la pandemia en el sector.

A lo largo del mes de septiembre ACAMI realizó cuatro encuentros virtuales en el marco de su congreso anual, esta vez en formato virtual. La apertura estuvo a cargo del Ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, quien se refirió a las políticas adoptadas por el país para evitar que el sistema sanitario de salud colapse teniendo en cuenta la ventaja de poder anticipar la situación y dijo que “para sortear estos desafíos conseguimos trabajar al unísono y centralizadamente en un país federal”.

El funcionario agregó que advirtieron “desde un primer momento a los recursos humanos como un factor crítico, por lo que intentamos capacitarlos al máximo” y “se ampliaron las camas de las unidades de terapia intensiva de 8500 a 12500 en tan solo cuatro meses”. Sin embargo, reconoció el grado de agotamiento que tienen hoy en día los médicos, ya que a pesar de que la curva de contagios es achatada, “es alta y dura mucho en el tiempo”.

Durante la primera jornada también participaron el presidente de ACAMI, Hugo Magonza, quien brindó las palabras de bienvenida a los participantes, el director del Instituto Catalán de la Salud, Josep Argimon, que se refirió a las políticas y experiencias en España y particularmente en Cataluña respecto a la salud ante el COVID-19 y el profesor e investigador en la Universidad Johns Hopkins, Oscar Cingolani, que contó lo realizado en EEUU y dio su punto de vista respecto a las realidades observadas en ese país.

Construir consensos

El Ministro de Desarrollo Social de la Nación, Daniel Arroyo, disertó durante el segundo módulo del congreso y habló sobre el impacto psicosocial del aislamiento comunitario. El funcionario expresó que si bien están brindando asistencia alimentaria, la gran dificultad a enfrentar es la calidad nutricional y dijo que “es un problema central que hay que trabajar”. También, aseguró que el contexto de pandemia pro-

dujo un evidente deterioro de la dimensión social que se encuentra en una situación crítica ya que muchos se han quedado sin ingresos. Al tiempo que sostuvo que “se profundizaron las desigualdades de oportunidades y la desigualdad educativa, porque hay algunos que se han podido conectar y una parte importante que no”. En esta línea, Arroyo dijo que “el año que viene el eje central del ministerio será la creación de trabajo” y que se concentrarán en tres ejes: “potenciar el trabajo, el ingreso de base y la urbanización de los barrios”, que estarán complementados por el acceso universal a los jardines maternos, inclusión para que los jóvenes terminen la secundaria y fortalecimiento de la red social. A modo de cierre, planteó los desafíos por adelante y dijo que es tiempo de “hacer cambios estructurales, construir nuevos paradigmas, realizar compromisos fuertes y construir consensos básicos”.

Cuidar a quien nos cuida

Del tercer módulo participó Judit Díaz Bazán, Subsecretaria de Calidad, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación, quien destacó que el trabajador de la salud seguro garantiza la seguridad de los pacientes. En ese sentido, se creó el Plan Nacional de Cuidados de los Trabajadores de la Salud y uno de sus objetivos es “realizar la vigilancia epidemiológica activa para cuidar a quie-

nes cuidan”. Según las estadísticas, al 9 de septiembre, hubo 30.999 casos de covid-19 en trabajadores de la salud. La funcionaria aseguró que realizaron encuestas autoadministradas a los trabajadores de la salud sobre acceso, capacitación y buen uso del equipo de protección personal (EPP). De los resultados surgió que el 20% asegura que las capacitaciones para usar con eficacia los EPP fue baja y muy baja, el 16% dijo que usa poco o nunca los EPP, el 17% manifestó que poco o nunca se supervisa su uso correcto y el 7% indicó que la disponibilidad de EPP en su lugar de trabajo es baja y muy baja. También, explicó que este contexto pone en evidencia la disponibilidad del recurso humano y resaltó la importancia de garantizar que el empleo cumpla con sus objetivos profesionales y de vida.



XXIII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD

“La salud en tiempos de COVID-19”

JORNADAS VIRTUALES
SEPTIEMBRE • OCTUBRE 2020

Prestadores públicos y privados frente a la pandemia

12

Grupo PAIS -Pacto Argentino por la Inclusión en Salud- organizó una vez más un ciclo para pensar el presente y el futuro de la pandemia. Bajo la consigna “Los prestadores públicos y privados ante el desafío organizativo y clínico del coronavirus” fueron convocados Mario Lugones de la Fundación Sanatorio Güemes, Ignacio Previgliano del Hospital Fernández y Marcelo Marchetti del Hospital Italiano. Luego de realizar un análisis sobre cómo cada entidad debió readecuarse al nuevo escenario, los tres coincidieron en que es la primera vez que se enfrentan a una situación que involucra una crisis sanitaria, social y económica.

“Estamos en el peor momento”, sostuvo Lugones quien advirtió que la facturación no alcanza para mantener las estructuras hospitalarias. “Este sistema así es inviable, vamos a aprender de la pandemia que el sistema dependía de la actividad económica del país, y nosotros dependemos de terceros”, dijo y adelantó que están trabajando para alcanzar acuerdos que les permitan un desahogo financiero y aumentar la recaudación para hacer frente a los gastos. “Temo que salgamos perdiendo en la puja de la distribución”, adelantó.

Previgliano por su parte pronosticó que “el hospital público va a volver a tener una preeminencia como en el año 2003 después de esta pandemia” y sostuvo que en el Hospital Fernández está el compromiso de la ampliación del establecimiento “que nos va a permitir ir hacia lo que intentamos, que son los cuidados progresivos”. Sin embargo, adelantó que “acá va a haber un empobrecimiento de todos”.

Finalmente Marchetti hizo una reflexión: “Si consideran a la salud como esencial, que nos traten como a los colegios privados, con ventajas fiscales. Piensen que la amenaza es una eventual concentración, que atenta contra la pretensión de que haya calidad en la competencia. Hay severos impactos desde lo sanitario”.

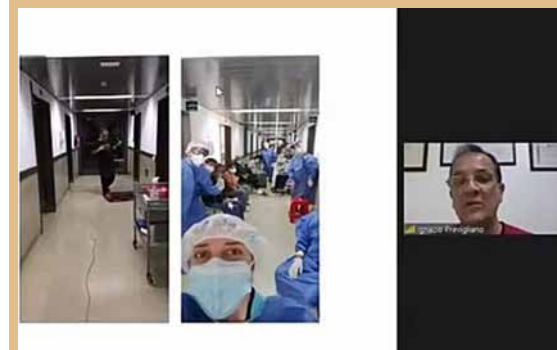
Adecuación

Previgliano hizo un repaso de la transformación que experimentó el Hospital Fernández en los últimos seis meses donde destacó que “cada jefe de división tiene poder y gobernanza y las camas son tomadas como propias”. “Generar cambios no es sencillo” dijo y explicó que la pandemia obligó a reducir las cirugías programadas y a ampliar las camas de cuidados críticos “que se hizo por etapas”. El establecimiento renovó su servicio de emergentología con once puestos de Terapia Intensiva con “camas vestidas: médico, enfermero y kinesiólogo”, explicó y sostuvo que “durante el tiempo que ganamos capacitamos al personal en Equipo de Protección Personal (EPP) y en la nueva tecnología que iba llegando”. “Estamos muy orgullosos de lo que estamos haciendo, estamos generando conocimiento y trabajando en red”, concluyó.

Marcelo Marchetti por su parte, explicó que para el Hospital Italiano la prioridad fueron sus afiliados y los médicos, la población cautiva que incluye 245 mil personas “sobre las que teníamos la responsabilidad primaria. Luego informamos que podíamos asistir a otras coberturas”. Marchetti contó que fue necesario adecuar procesos

asistenciales y conformar un equipo de comunicación interna con información transparente hacia dentro de la organización. De este modo fue posible hacer un análisis epidemiológico de las vías de contagio y llegar a testear a dos mil pacientes por semana. El directivo destacó también que “semana a semana se registra una baja en el porcentaje de casos de internación; en el momento más álgido tuvimos 205 camas ocupadas y tenemos un movimiento de paciente más o menos de acuerdo a lo previsto”

Mario Lugones en tanto fue contundente: “tuvimos que parar todo lo que estábamos haciendo” dijo y explicó que hubo que resolver el tema de la compra de respiradores, reemplazaron los camisolines descartables por lavables, trabajaron para reducir los costos de los residuos patológicos y siguen trabajando para resolver el problema del tiempo de rotación de las habitaciones. “La pandemia desfinanció todo el sistema de salud” subrayó y destacó el trabajo del personal de salud “que trabajó en forma intensa y en áreas que no les corresponden”. Lugones sostuvo asimismo que se enfrentan a un “cuello de botella”. “Tenemos un sistema que depende del trabajo que haya en el país; a las obras sociales las están subsidiando desde marzo de este año y será así hasta fin de año. En febrero vamos a cobrar lo que hayamos facturado en octubre y el país todavía no se reactivó” dijo y agregó que “no sabemos quiénes vamos a quedar y quiénes no. Muchos vamos a caer, el sistema no va a ser el mismo y nos tendremos que poner a trabajar todos juntos para mantenernos en pie”.



Marcelo Marchetti, Hosp. Italiano



Mario Lugones, Fund. Sanatorio Güemes



Ignacio Previgliano, Hosp. Fernández

Seguridad de los trabajadores de la salud

Por el día mundial de la Seguridad del Paciente, el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas realizó un encuentro virtual para hablar sobre la seguridad de los trabajadores de la salud. Zulma Ortiz, subdirectora ejecutiva del instituto, resaltó la importancia de rendir homenaje a los trabajadores de la salud que han sido afectados en la pandemia.

La especialista explicó: “la OPS nos encargó a revisar la evidencia científica que existe para mejorar la atracción, captación y retención del personal de salud, en particular en el primer nivel de atención” y agregó: “para lograrlo se necesita que estén sanos, motivados, satisfechos y que puedan desempeñarse libre y responsablemente en su ambiente de trabajo”. Para ello, propuso que se debe trabajar con la gestión de los recursos humanos y en el clima y la cultura de la organización que le da al trabajador autonomía, claridad en la división de trabajo y confianza. “Si nosotros queremos garantizar la calidad de la atención y seguridad del paciente necesitamos cinco elementos además de la remuneración: que la organización funcione, satisfacción del personal, balance familia y trabajo, desarrollo profesional y confianza de la cultura organizacional. Esto va a garantizar que el personal de salud no esté quemado (burn out) y no renuncie”, sostuvo.

“Este contexto puso en evidencia la situación crítica del personal de la salud que tomó estado público y se transformó en un asunto de estado” dijo Ortiz y añadió: “se puso en evidencia de que a pesar de los esfuerzos que se hacen, los cupos que se ofrecen año tras año en terapia intensiva no son cubiertos en su totalidad, aquí hay un trabajo para hacer y esto es una situación crónica que no sólo se da en especialidades críticas sino en otras como medicina general, donde el número de cupos no es cubierto en su totalidad”. Concluyó con que es necesario invertir en el personal sanitario y realizar un cambio transformador en las políticas de mercado de trabajo y en la formación de los equipos de salud.

Por su parte, Mónica Confalone Gregorián, también representando al Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, explicó que realizaron un

trabajo de investigación para relevar la percepción del personal de la salud de todos los subsectores respecto al clima de la organización, ya que esto influye en la atención de los pacientes. Todas las profesiones de los trabajadores de la salud estuvieron representadas y se abordó la investigación desde seis elementos claves: liderazgo, cohesión y gestión de conflictos, comunicación, recursos institucionales, capacitación y las preocupaciones específicas por la pandemia. Entre los resultados se encontró que la mayoría tenía un comité de crisis pero que no se percibió que era suficiente, la mayoría dijo que había tenido capacitación pero que no se auto percibían con habilidad, se manifestó ausencia de un canal de comunicación institucional único, problemas con la infodemia y ausencia de una estrategia de comunicación, también destacaron la unión de los equipos pero reclamaron la falta de espacios institucionales de contención y por último, hubo una percepción de estar trabajando sin los resguardos necesarios.

Para finalizar, Claudio Ortiz, Director Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, enumeró tres herramientas creadas por el Ministerio de Salud de la Nación en este contexto. La primera es el Plan nacional de cuidado de trabajadores de la salud que tiene tres ejes principales “políticas de cuidado de los trabajadores, políticas de consenso, rectoría y articulación y políticas de educación, supervisión y conocimiento”. La segunda es la herramienta para la evaluación y mejora de la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria cuyos objetivos específicos son realizar un diagnóstico de situación de la seguridad de atención en los centros sanitarios, identificar fortalezas y oportunidades de mejora y promover el desarrollo y la implementación de planes de mejora continua. Por último, la tercera es un manual de los derechos del paciente donde se enumeran recomendaciones sobre derechos y obligaciones de pacientes y del equipo de salud. “Está muy enfocado en la situación de empoderar y tratar que los equipos de salud conozcan sus derechos, obligaciones y los marcos éticos, con una perspectiva de derechos humanos”, sostuvo el director.



*Zulma Ortiz, subdirectora
ejecutiva del Instituto de
Investigaciones Epidemiológicas*

El sistema sanitario sigue trabajando por toda la salud

En un comunicado, integrantes del sistema argentino de salud tanto público como privado, recuerdan a la población “la importancia de continuar realizando las consultas habituales y prestando atención a otras enfermedades por fuera del COVID”. En este sentido, y para garantizar la adecuada atención de los pacientes, las autoridades sanitarias y los prestadores elaboraron y adoptaron los protocolos necesarios para que las personas que tengan otras patologías puedan concurrir a sus consultas médicas con todas las medidas de seguridad y protección. “Los profesionales de la salud redoblamos nuestro compromiso para que, siguiendo las pautas de seguridad establecidas, todas las personas puedan continuar realizando los chequeos, controles médicos, consultas con especialistas y ocuparse de su salud bucodental sin ningún tipo de interrupción”, sostienen y advierten que “desde el inicio de la pandemia, el sistema de salud público y privado

ha desarrollado distintas estrategias para poder brindar las prestaciones necesarias y ofrecer opciones para programar estudios que no dilaten la evaluación regular de los pacientes y evitar, a futuro, la sobredemanda y demoras en el sistema. Convocamos a la sociedad a seguir manteniendo la donación de sangre y plasma para poder continuar brindando las intervenciones y tratamientos habituales en pos de la salud de todos”.

Firman: CONFELISA - Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales / ADECRA - Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina / CEDIM - Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio / FEM - Federación de Cámaras de Emergencias Médicas y Medicina Domiciliaria / CEPAL - Cámara de Entidades Prestadoras de Salud / MSAL - Ministerio de Salud de la Nación.

La medicina: una profesión riesgosa no valorada

El Consejo Superior del Colegio de Médicos de la pcia. de Bs. As., el CONFEMECO -Federación de Entidades Médicas Colegiadas-, la Caja de Previsión y Seguro Médico de la pcia. de Bs. As. y el sindicato médico AMRA, entidades constituidas en la Mesa de Organizaciones Médicas de Argentina (MOMA), manifestaron su preocupación por el estado actual de la pandemia.

“Nos encontramos con médicas y médicos agobiados por una tarea fatigosa y extenuante, sin el descanso apropiado y con el sentimiento de no contar, en su justa medida, con el reconocimiento y la empatía, consecuentes al compromiso adquirido en la lucha contra esta pandemia. En estos meses hemos sufrido el destrato hacia colegas que no se les ha abonado el salario habiendo enfermado de Covid 19 o ser aislado por ser contacto estrecho, dado que su contratación era precarizada. Se ha intentado criminalizar al médico contagiado, mediante denuncias de funcionarios municipales a la Justicia con el objeto de ocultar la ineficacia de su gestión en materia sanitaria, a sabiendas del conocimiento de la presencia de un virus inédito, imprevisible y del cual se desconocían fehacientemente las fuentes de contagio y diseminación. También hemos

sido discriminados por el solo hecho de ser personal de la salud, impidiendo el necesario descanso en nuestros propios domicilios o la atención de nuestros propios pacientes. La necesidad del pluriempleo, por las miserables retribuciones que percibimos para el sostén de nuestra economía familiar, ha provocado el contagio del virus en los colegas por el incremento notorio en el nivel de exposición”, sostiene el comunicado.

Ante esta situación, las entidades requieren:

- 1) Extremar la responsabilidad social e individual a efectos de evitar la diseminación del virus.
- 2) Restringir nuestra circulación a las cosas indispensables.
- 3) Otorgamiento de descansos rotativos para el personal de salud.
- 4) El pago de una suma de emergencia destinado al reconocimiento de los trabajadores en la primera línea de atención.
- 5) Protección de la Salud Mental de los mismos para paliar el Síndrome de Desgaste Profesional (Burn Out) y el estrés postraumático.
- 6) Garantizar el efectivo cobro de sus haberes a los profesionales infectados o aislados, sin importar el contrato laboral vigente”.

“Podemos ser parte de la cadena de transmisión o un escudo para cortarla”

Lo dijo Florencia Cahn, médica infectóloga y asesora del Comité de Expertos del gobierno. Y agregó: “este problema es lo suficientemente grave y serio como para que esté por encima de cualquier diferencia política”. Cahn, quien además preside la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología -SAVE- se refirió en un encuentro virtual a la situación que atraviesa hoy el país en relación al Covid-19. “Podemos incidir en la evolución de la pandemia reduciendo las salidas, manteniendo la higiene y el lavado de mano, y consultando tempranamente ante la aparición de síntomas” sostuvo y subrayó que “no alcanza con la responsabilidad individual. Algunas regiones del país están viviendo una situación de tensión en su sistema sanitario”. Florencia Cahn explicó que hay mucha diversidad epidemiológica, con la mitad de los casos fuera del AMBA. “Tenemos que tener en cuenta cómo circula el virus en cada lugar, y las autoridades locales tomar las decisiones de cerrar en forma intermitente según las necesidades” dijo y resaltó que “los aislamientos intermitentes posibilitarán ir abriendo y cerrando diferentes zonas según cada situación” “Más temprano que tarde vamos a tener una vacuna, pero en el mientras tanto tenemos que trabajar juntos para que el número de víctimas sea el menor posible”, agregó.

La especialista sostuvo que si bien el AMBA “está con un número estable de casos aún y tiene que bajar”. Hoy el virus llegó al resto de las provincias “y hay que to-



mar medidas, cada jurisdicción tiene que hacerlo según sus realidades epidemiológicas, y dentro de cada ciudad, cada barrio. Se necesita responsabilidad individual y también de los dirigentes para que se tomen en cada lugar las decisiones epidemiológicas” subrayó.

Con respecto al inicio de las clases presenciales, Cahn dijo que “si bien hay cosas que se pueden ver de otros países para comparar, las realidades argentinas requieren soluciones argentinas. no todo es imitable, tendríamos que poder garantizar que los chicos y chicas que no pueden ir a las aulas tengan las herramientas para seguir con su educación en forma remota porque hay mucha circulación del virus”. “Tenemos que aprender a convivir con el virus sin por eso naturalizar los números. y sin por eso dejar de cuidarnos” enfatizó.

“La salud se construye en equipo” 15

La Sociedad Argentina de Infectología -SADI- advirtió en un comunicado su preocupación debido a que “en el tratamiento de pacientes con Covid-19, tanto a nivel individual, institucional y aún de políticas sanitarias, se está promoviendo el uso de medicamentos y terapias que carecen aún de comprobación científica respecto de su eficacia. Y cuya seguridad tampoco conocemos por completo. Entre estas terapias podemos mencionar hoy el uso del ibuprofeno inhalado, la ivermectina y hasta el plasma de convalecientes. Del mismo modo discutimos hace algunas semanas atrás el uso de lopinavir/ritonavir, la hidroxicloroquina y azitromicina, y hoy sabemos que no sólo son inefectivas, sino que algunas hasta podrían ser perjudiciales”, subrayaron.

El comunicado oficial sostiene además: “Es lícito y hasta deseable la utilización de tratamientos novedosos y aún experimentales, aunque siempre dentro del contexto de ensayos clínicos adecuadamente diseñados y con las aprobaciones éticas y regulatorias correspondientes.

Los usos “extendidos” de medicación y los tratamientos compasivos constituyen situaciones excepcionales definidas por el criterio médico que deben ser explicitadas como experimentales frente a los pacientes y sus familiares y su validación depende estrictamente de la generación de conocimiento a partir de su investigación apropiada, la cual deben siempre facilitar en lugar de impedir. Son situaciones puntuales que en ningún caso deben convertirse en regla o transformarse en “estándar” de cuidado.

Tenemos que trabajar con el doble compromiso de aceptar la limitación del conocimiento actual y al mismo tiempo el deber moral de generar mayor conocimiento de calidad. Y todo eso con la extrema urgencia determinada por la circunstancia”.

Y agrega: “Hoy por hoy sabemos mucho más acerca del Covid-19 que lo que conocíamos a finales de marzo de este año. Sabemos acerca de intervenciones que son reales alternativas del tratamiento, como de aquellas que definitivamente no lo son. Sabemos que el distanciamiento físico protege de los contagios, que el testeo, la detección precoz y el aislamiento de casos son fundamentales para el control epidemiológico de la epidemia. Sabemos que los cuidados respiratorios adecuados constituyen el principal argumento del manejo de los pacientes internados y que el uso de corticoides ayuda a mejorar a un subgrupo de los pacientes con enfermedad más grave”.

“Difícilmente aparezcan soluciones mágicas. Mientras tanto la medicina está avanzando en la búsqueda de soluciones para esta pandemia. Y tiene mucho más para dar. La SADI mantiene su voluntad de trabajar en conjunto con la sociedad y con las autoridades. Con un compromiso irrenunciable. Asumiendo la verdad de hoy y construyendo la verdad del mañana. Priorizar la atención sobre supuestas soluciones mágicas nos atrasan como sociedad y quitan la atención sobre la necesidad fortalecimiento del sistema de salud cuyos trabajadores ponen cada día su conocimiento y dedicación al servicio de los demás”, concluye el comunicado.

Salud, economía y pandemia

Nuevos **16** derechos en materia de salud digital



Ariel Goldman, presidente de la Asociación de Economía de la Salud (AES) brindó la charla virtual “Nuevas herramientas para enfrentar el desafío” organizada por la Confederación Médica de la República Argentina y la Red Argentina de Salud y en una radiografía de la situación económica del país dijo: “tenemos un límite, que es un déficit del 8 por ciento del PBI. Nuestro problema es que no tenemos plata, no tenemos financiamiento externo ni PBI interno que siga aguantando esta situación”. Y adelantó que “está previsto que caiga un 12 por ciento en su PBI con respecto al año pasado”. “Los escenarios son muy cambiantes, nadie sabía que la pandemia iba a ser tan larga”, agregó y se refirió al desempleo como un problema mundial donde cayeron las exportaciones y las importaciones, la producción y el turismo. Para el especialista “lo grave de la Argentina es el

desempleo coyuntural que va a dejar mucha gente fuera si no logramos revertirlo”. “Vamos a tener que sobrevivir todos juntos, el Estado tiene que tomar empuje y el Ministerio de Salud hacerse fuerte en la rectoría del sistema”, pronosticó. Y concluyó: “hasta que no podamos controlar la pandemia con una vacuna no habrá reactivación posible. Será necesario un cambio cultural, volver a la solidaridad”. Goldman repasó algunos números y señaló que la Ciudad de Buenos Aires “gasta el 70 por ciento de su presupuesto en salud”, y agregó: “claramente en los resultados todas las medidas que se tomaron no alcanzan”. El economista definió al escenario actual como “muy cambiante” y destacó el arreglo económico con los bonistas como una medida “que puede mejorar el panorama”. Sin embargo, aclaró, “las experiencias in-

ternacionales demuestran que cuando los países tienen un déficit de más del 7% tienen problemas con el empleo, la pobreza y la inflación”.

El escenario mundial tampoco es alentador, el desempleo es un problema global, cayeron las exportaciones y las importaciones, la producción y el turismo. “La gente deja de consumir por más que haya apertura económica. Si se cae el comercio internacional y la industria nacional y el consumo, también cae el empleo”, explicó y agregó que “lo grave de la Argentina es que ese desempleo coyuntural deja mucha gente afuera si no logramos revertirlo”. Ariel Goldman resaltó que el sector de la salud, dentro de todo este panorama, logró grandes inversiones y destacó que ahora es cuando “el Estado tiene que tomar el empuje y el Ministerio hacerse fuerte en la rectoría del sistema”. Y agregó: “Es necesario que haya créditos para el sector privado, mucha empleabilidad y mano de obra en relación de dependencia”.

A modo de conclusión, el presidente de AES subrayó “los positivos resultados sanitarios, que podrían haber sido mejores si hubiésemos reforzado la atención primaria de la salud en un primer momento” y resaltó entre el balance negativo los resultados económicos. “Independientemente del culpable, covid o aislamiento, tenemos un problema estructural, si no hacemos reformas en el sector a nivel financiero, impositivo y bancario, no vamos a salir nunca de estas crisis” dijo. Y concluyó: “Para salir es necesario aplanar la doble curva: la sanitaria y la económica. Esto es una maratón, no una carrera de corto plazo”.

“La irrupción de la tecnología provoca cambios disruptivos que redefinen la atención de la salud y la relación médico paciente con la pandemia” dijo Marisa Aizenberg, Directora Académica del Observatorio de Derecho de la Salud de la UBA en el webinar “Construcción de ciudadanía sanitaria”.

La especialista se refirió a los “derechos del paciente, el derecho a la privacidad, las redes sociales y el manejo ético y legal de un conjunto enorme de datos en salud, que pueden provocar grandes vulnerabilidades”.

Aizenberg explicó que la circulación de datos puede derivar en situaciones que afecten derechos como conseguir trabajo o acceder a un crédito, producto de la categorización de determinados algoritmos. Para evitar estos desenlaces “resulta necesario contar con marcos éticos y legales que acompañen los procesos y tengan la capacidad de dar respuesta a la rapidez de estos cambios” y agregó que es preciso hacer “una relectura de la realidad”.

“Hoy hablamos de salud digital como un componente de la atención sanitaria, de cómo ayuda la inteligencia artificial para acelerar los tiempos diagnósticos” subrayó y advirtió que “los nuevos derechos se van engendrando a la luz de estas nuevas realidades de atención que van apareciendo”.

La pandemia por COVID-19 colocó en el centro de la escena la necesidad de garantizar la seguridad en la labor de los trabajadores de la salud para poder lograr una atención de calidad y segura en los pacientes. A estas conclusiones llegaron funcionarios nacionales y expertos durante la serie de conversatorios que se llevaron a cabo en septiembre organizados por el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

“Necesitamos trabajadores seguros para poder lograr pacientes seguros”, aseguró el secretario de Calidad en Salud de la Nación, Arnaldo Medina, en la sesión virtual “La seguridad de las personas en el centro del sistema de salud”. El funcionario se refirió al Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud que lanzó el Ministerio de Salud de la Nación, que propone distintos procedimientos de seguridad en las organizaciones hospitalarias para evitar contagios en los equipos de salud durante la pandemia de COVID-19. Si bien las trabajadoras y los trabajadores de la salud representan menos del 3% de la población en la mayoría de los países, alrededor del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS a nivel global se encuentran entre el personal sanitario.

“No es un elemento nuevo, pero la pandemia nos obligó a reorganizarnos y pone con más evidencia a la calidad del paciente y la atención como un aspecto fundamental”, sostuvo Jonás Gonseth García,

asesor regional de Calidad en Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS, durante el evento. Y advirtió que -según encuestas realizadas en siete países de las Américas- alrededor del 30 por ciento de la población de la región no accede a servicios de salud preventivos y de tratamiento por distintos tipos de barreras de acceso, incluyendo aquellas relacionadas con la mala calidad y problemas relacionados con el trato recibido.

“En estos años hemos aprendido que el daño por la atención y el daño por la falta de servicios de calidad es realmente de gran magnitud, que implica muerte, impacto en la salud de las personas y en la confianza de los ciudadanos en los servicios”, sostuvo Gonseth García. Por su parte, el asesor en Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS en Argentina, Javier Uribe, recordó que la mala calidad en la atención de salud “no sólo es crítica para los usuarios y los trabajadores, sino también para las finanzas del sector, porque es muy costosa”. Y al igual que el resto de los expositores, también destacó la importancia de proteger la salud mental de los trabajadores de la salud para garantizar su seguridad en este contexto.

Del conversatorio, al cual se conectaron miembros de equipos de salud de distintos puntos del país, también participó el director nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, Claudio Ortiz, quien presentó los detalles del Plan Nacional de Cuidado de los Trabajadores; la subsecretaria nacional de Calidad, Regulación y Fiscalización, Judith

Díaz Bazán; y la coordinadora de la Red Internacional de Seguridad del Paciente, María Cristina Cometto.

“Necesitamos modelos que piensen en personas cuidando personas”, subrayó Cometto, quien anticipó además que desde la Red se está trabajando en un curso

avanzado de seguridad de los pacientes, que agrega un módulo sobre personal de salud seguro. Durante su presentación, la coordinadora de la Red presentó algunos aspectos claves para la protección de los trabajadores y destacó el rol de la enfermería para la atención de salud de calidad.

Nuevos desafíos

El tercer encuentro del ciclo de conversatorios se centró en los nuevos desafíos en los equipos de la salud y contó con la participación de Gisselle Balaciano y Hugo Milione de la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud y Regulación Sanitaria y Gustavo Dodera de la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras.

Balaciano destacó la importancia del Manual de confección de Guías de práctica clínica y lo definió como “un conjunto de recomendaciones que están sistemáticamente desarrolladas que ayudan para asistir al profesional de la salud y al paciente en la toma de decisiones”. Dijo que actualizaron la guía para la adaptación de guías de prácticas clínicas porque se necesitan guías rápidas y de muy buena calidad con el objetivo de disminuir la incertidumbre a la hora de tomar decisiones, “la adaptación tiene los beneficios de reducir los tiempos en el desarrollo de prácticas clínicas”, sostuvo. Mientras que Milione explicó sobre el trabajo del Ministerio en torno a las recomendaciones de No hacer y aseguró que el acto médico tiene riesgos y beneficios y en ese balance “lo importante es no dañar”. Planteó que el propósito de los no hacer es realizar recomendaciones destinadas a contribuir a la toma de decisiones acerca de que conductas, que pueden ser preventivas, diagnósticas y terapéuticas, serán más adecuadas para las necesidades de cada paciente.

Por último, Gustavo Dodera abordó la relación de la seguridad del paciente con las nuevas tecnologías y aseguró que “las tecnologías de la información y la comunicación generan oportunidades para mejorar la calidad, el acceso y la equidad en los servicios de salud”. Dijo que el error en la medicación es un suceso previsible con el uso de la tecnología, ya que la prescripción y la dispensa de medicamentos están comprendidos dentro de los procesos asistenciales que más beneficios presentan con su digitalización. En este punto, la receta digital aporta “legibilidad evitando errores, mejora los procesos de gestión de la prescripción, asegura la completitud de los datos, previene el fraude, optimiza la gestión y auditoría hospitalaria, entre otros beneficios” explicó el experto y concluyó: “hoy no se puede planificar en los sistemas de salud sin tecnologías”.

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

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