

ENTREVISTA: *Pedro Silberman*

Director Nacional de Talento Humano y Conocimiento del Ministerio de Salud de la Nación

“El objetivo es democratizar el conocimiento”

El rol del Estado en la formación de los actores sanitarios y cómo ampliar la fuerza laboral, generar residencias de calidad y repensar el perfil de los profesionales que necesita el país.

Págs. 6 y 7



ENTREVISTA: *Héctor Sainz*

Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires

“La Caja sigue cumpliendo y honrando sus compromisos”

La entidad mantuvo todos los beneficios en este contexto de pandemia conservando su fondo de sustentabilidad y garantía.

Las medidas que se tomaron para ayudar a los médicos.

Págs. 8 y 9



“La vacunación es el único mecanismo para salir de la pandemia”

Mauricio Seigelchifer, director de Transferencias Tecnológicas del laboratorio argentino donde se producirá la vacuna contra el nuevo coronavirus, se refirió a los avances, características y tiempos de producción. **Pág. 5**

Desarrollo del suero hiperinmune para el tratamiento de COVID-19 en Argentina

Pág.5



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: Dr. Oscar Pafundi

Vocal 4: Dra. Rosario Vidal Próspero

Vocal 5: Dr. Silvio Temnik

Vocal 6: Dr. Anibal Funes

Vocal 7: Dr. Celso Lazo Amaya

Vocal 8: Dr. Julio Panini

Vocal 9: Dr. Raúl Stortini

Vocal 10: 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

Cuidemos a los médicos

2

Comienza el mes de septiembre y luego de ciento sesenta días de cuarentena y aislamiento social de disímil cumplimiento por la población en general, las cifras de la cantidad de contagios por el coronavirus continúa en ascenso en todo el país y más especialmente en el AMBA. También aumentaron lógicamente la cifra de camas ocupadas de terapia y los decesos.

La idea en marzo era preparar los hospitales para la demanda que habría cuando llegase el pico de contagios, situación que visibilizó los largos años de no priorizar la salud por parte de la clase política en todo el país.

Pero lo que nos preocupa ahora es el personal de salud, que está llegando a límites de saturación laboral y fatiga extremas.

Los hospitales públicos y privados en el AMBA están en situación límite muy cerca del colapso que se quiso prevenir, no tanto por la falta de camas sino por la baja del personal de salud por los contagios.

El médico tiene mayor riesgo por la gran carga viral que recibe al estar en contacto permanente con el paciente.

Se considera que entre el personal de salud en el AMBA hay diez mil contagiados y sesenta mil en el país, y el porcentaje fluctúa entre el siete y el doce por ciento de los trabajadores.

Todos los integrantes de los equipos de salud están haciendo un esfuerzo extremo, poniendo en peligro sus vidas, pero están llegando a un límite de fatiga laboral por la despoblación de personal por contagios en las áreas más críticas.

¿Qué pasaría si colapsara un servicio no por la falta de camas o respiradores sino por la falta de personal entrenado para su uso?

Tomemos conciencia que debemos cuidar a los médicos y al personal de salud que todos los días ponen en peligro sus vidas por cada paciente.

Seamos responsables y conscientes cada uno en tomar todas las medidas de seguridad para evitar los contagios y transmitirlos.

ENTIDADES INTEGRANTES



El Examen Único de Residentes se realizará de manera virtual

El próximo 2 de septiembre, alrededor de 12.000 profesionales entre médicos, enfermeros, kinesiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, bioquímicos y otras profesiones del equipo de salud, realizarán de manera virtual el Examen Único de Residentes para cubrir cerca de 6.300 cupos en el país. Las autoridades nacionales precisaron que el procedimiento tendrá los máximos estándares de seguridad informática y de proceso. El dispositivo tecnológico a emplearse fue validado por la Universidad Tecnológica Nacional y -para llegar a esta instancia-, fue probado en otros ámbitos como la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires y en exámenes de colegios secundarios de la Ciudad de Buenos Aires.

El secretario de Calidad en Salud, Arnaldo Medina, explicó que “generar un examen digital y ubicuo en este momento tiene dos significantes muy importantes, por un lado poder atravesar la pandemia y no correr riesgos de que todos los egresados puedan ingresar al sistema de perfeccionamiento o de formación, y por el otro, permite adecuarnos a la tecnología y a los tiempos que corren”.

“Más allá de la coyuntura que tiene que ver con la pandemia, es algo que vino para quedarse, porque el sistema digital resuelve dificultades de mucha gente para acceder a esta instancia”, agregó el funcionario.

Características del examen virtual

El examen será de múltiple opción, durará de 8 a 10.30 hs. y contará con medidas de seguridad que favorezcan la transparencia y permitan detectar el fraude. Para ello, el

sistema consta con diferentes tecnologías según el momento del examen.

Al inicio, para la verificación de identidad del aspirante, se incorpora el Sistema de Identificación Digital del RENAPER. Durante el examen, se aplican protocolos que capturan imagen y sonido en tiempo real, detectando voces o audios intrusivos y personas o elementos adicionales no permitidos para rendir. A su vez, el sistema solicita una captura de video en 360° para corroborar la autoría del examen. Tampoco se podrá volver atrás con las preguntas, ni adelantarlas.

La plataforma también guarda la IP y geocalización del usuario para analizar inconsistencias entre el lugar de inicio de examen y el final. En ese sentido, cabe señalar que el software no permite la apertura de más de una sesión en simultáneo.

En cuanto a la conectividad, desde la cartera sanitaria informaron que el desarrollo estará alojado en el ARSAT y si bien el sistema no requiere de mucha potencia de señal, el postulante deberá asegurarse un lugar con buena disposición de internet.

En el caso de que a un aspirante se le corte internet a nivel local, está estipulada una tolerancia de 20 minutos para que se reconecte o traslade a otro sitio con mejor señal. En caso de imponderables de mayor magnitud, la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento, ha dispuesto una fecha para un segundo examen.

Los resultados -con las respuestas correctas- serán publicados el lunes 7 de septiembre en la web del Ministerio de Salud con el ranking definitivo, ya que el examen no es apelable.

COMRA: Mensaje de los médicos a la comunidad

La Confederación Médica de la República Argentina -COMRA- emitió un comunicado donde pide a la población la máxima responsabilidad en el respeto de las normas de autocuidado durante la pandemia. “Cuidemos a nuestros médicos y a todo el personal esencial del equipo de salud que está poniendo la vida, literalmente, para preservar la salud de la población” sostienen.

“Llamamos a la población a mantener el distanciamiento físico, el uso permanente del tapaboca, el lavado de manos frecuente, evitar las aglomeraciones, suspender las reuniones innecesarias y mantener el respeto por las personas que nos rodean a fin de protegernos entre todos. Hoy los integrantes del equipo de salud estamos haciendo un esfuerzo extremo para atender esta enfermedad, que en algunos casos se puede tornar muy grave. Debemos cuidar a nuestros médicos y a todo el personal esencial del equipo de salud que está poniendo la vida, literalmente, para preservar la salud de la población. En esta pandemia, todo el equipo de salud está exponiendo su salud, al igual que la de su familia, para brindar atención. Pero, si nos quedamos sin médicos y enfermeras, ¿quién atenderá a toda la población? Todos debemos tomar conciencia y ser responsables”, es el mensaje de los médicos a la comunidad.

IOMA: Acceso a más medicamentos

IOMA incorporó al convenio Meppes la cobertura total de 17 drogas utilizadas en tratamientos oncológicos, de fibrosis quística, hematológicos y enfermedades neurológicas, que hasta ahora se gestionaban por trámites de excepción y compulsas de precios, con importantes demoras en el acceso a los medicamentos. La selección de las drogas se hizo tomando en consideración el ranking de compras realizadas durante el año 2019, estimando las que registran el mayor consumo por compra directa en sus diferentes presentaciones y marcas comerciales, lo que involucra a un total de 56 medicamentos. En su comunicado de prensa, la entidad sostiene que “además de agilizar el trámite y facilitar la cobertura total de la medicación, la nueva resolución pretende garantizar la adherencia, eficacia y sobrevida de los afiliados con patologías crónicas, así como la trazabilidad de la provisión desde que se pide en la delegación y hasta su entrega en la farmacia, con la digitalización total del sistema”.

“La vacunación es el único mecanismo para salir de la pandemia”

Mauricio Seigelchifer, Dr. en Cs. Biológicas y director de Transferencias Tecnológicas de mAbxience, laboratorio argentino donde se producirá la vacuna contra el nuevo coronavirus desarrollada por la Universidad de Oxford y la empresa farmacéutica AstraZeneca, se refirió a los avances, características y tiempos de producción.

En un encuentro organizado por la facultad de Medicina de la UBA y la Universidad Nacional de Lanús, el biólogo señaló que están todos “muy ansiosos, pero no vamos a tener una respuesta científica hasta que la vacuna no se pruebe en un número importante de gente” y explicó que una vez firmado el acuerdo “hay un periodo que llamamos transferencia de tecnología. Nuestro laboratorio va a producir anticuerpos monoclonales y no vacunas”.

Se estima que la producción comenzará entre octubre y noviembre a una velocidad de 20 millones de dosis por mes. “Una vez que la materia prima -la sustancia activa- cumpla con todos los parámetros, se enviará congelada a México donde será diluida y fraccionada para terminar en la vacuna final”, explicó Seigelchifer. Y agregó: “Es la primera vez que latinoamérica tiene asegurada una cuota de vacuna”. En principio estará disponible para vacunar al personal de salud, las personas mayores y quienes tengan enfermedades de riesgo. “Es muy importante que si la vacuna es aprobada, creamos en ella. La gente vive más por la medicina tradicional, por los medicamentos y por las vacunas” subrayó. El acuerdo entre Argentina y México permitirá producir 250 millones de dosis para latinoamérica, con excepción de Brasil, que mantiene otro acuerdo.

“Ni el mundo ni la ciencia estaban preparados para sacar ni una vacuna ni una cu-

ra al día siguiente de la aparición del virus”, dijo y subrayó que “no existe nada que cure todo, sino que hay distintos tratamientos que dan mejores o peores resultados”. Seigelchifer también hizo hincapié en que “muy pocas cosas han ayudado tanto a la salud humana como las vacunas” y señaló que el mejor resultado de la cuarentena es estar más cerca de la cura para quien se enferma ahora, y la posibilidad de acceder a distintos tratamientos. “Hoy hay más chances de sobrevivir o transitar mejor la enfermedad”, resaltó.

El proceso de producción

El biólogo detalló que una vez firmado el acuerdo comienza un periodo de transferencia tecnológica. En el laboratorio se producirán luego anticuerpos monoclonales -“no vacunas”, aclaró-. “Somos capaces de producir cuatro mil litros en biorreactores, tenemos la intención de comprar cuatro más para ampliar nuestra capacidad de producción”, dijo y explicó que luego es necesario realizar los procedimientos escritos. Una vez que todo esté listo “comenzaremos a producir, que estimamos será entre octubre y noviembre y a una velocidad de 20 millones de dosis por mes”. El próximo paso será el control de calidad de la materia prima de la vacuna aún no envasada y si cumple todos los parámetros será enviada congelada a México, donde una vez diluida será fraccionada como va-



cuna final. “Eso es lo que cada gobierno va a comprar”, adelantó aunque subrayó que es probable que “se compre cualquier vacuna que esté aprobada apropiadamente y eso es fantástico. Es la primera vez que latinoamérica tiene asegurada una cuota de vacuna”. Estiman que los primeros en recibirla serán el personal de salud, las personas con patologías de riesgo y los adultos mayores.

“Estamos muy orgullosos, nuestro laboratorio fue elegido porque teníamos capacidad de producir la vacuna en cuanto a estructura y a material humano”, consideró y recordó que “venimos de un país con tres Premios Nobel en áreas de medicina y biológicas y grandes universidades públicas”. Y agregó: “esto garantiza que Argentina va a tener vacuna tempranamente”.

Detalles del acuerdo

-La empresa mAbxience, del Grupo Insud, producirá en su planta de Garín entre 150 y 250 millones dosis del principio activo de la vacuna contra el coronavirus desarrollada por la Universidad de Oxford y el laboratorio AstraZeneca.

-El acuerdo establece que la producción comenzará antes de que termine la fase 3 del ensayo clínico, por lo que la empresa, junto a la Fundación Slim y el laboratorio mexicano Liomont -que terminará la formulación y el envasado-, asumen el riesgo de tirar las dosis en caso de que los resultados no sean satisfactorios.

-El principio activo de la vacuna es una partícula viral inocua para los seres humanos a la que se le incorpora una proteína del coronavirus llamada espiga.

-Esta producción se realiza en biorreactores y actualmente la planta cuenta con dos con capacidad de 2 mil litros cada uno. Esa capacidad instalada permite hasta el momento obtener unas 25 millones de dosis por mes.

-Se estima que el precio de la vacuna será de entre 3 y 4 dólares.

-La vacuna, que superó con resultados exitosos la Fase 1 y 2, está siendo hoy probada en Fase 3, la etapa previa antes de su aprobación final.

Desarrollo del suero hiperinmune para el tratamiento de COVID-19 en Argentina

5

Por
Camila
Balbín

La Confederación Farmacéutica Argentina (COFA) organizó un encuentro donde expusieron los investigadores que llevan adelante el desarrollo clínico del suero equino hiperinmune para el tratamiento de COVID-19, obtenido de caballos inmunizados con una proteína recombinante del virus SARS COV 2. El estudio es un trabajo de articulación pública-privada encabezado por el laboratorio Inmunova y el Instituto Biológico Argentino (BIOL), con la colaboración de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" (ANLIS), el CONICET, la Fundación Instituto Leloir (FIL), Mabxience y la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM).

La presidenta de BIOL, Patricia López Biscayart, dijo que "nuestro país tiene mucha vocación innovadora" y resaltó que si el producto es exitoso será "el primer tratamiento innovador elaborado en la Argentina". Por su parte, el director científico de Inmunova, Fernando Goldbaum, sostuvo que están muy orgullosos de su colaboración con BIOL "porque estamos empezando a probar por primera vez en el mundo este proyecto".

¿Cómo se creó el suero anti COVID-19?

Goldbaum explicó que el antecedente de la idea de desarrollar un suero equino hiperinmune anti COVID-19 es el trabajo de investigación que se encontraban realizando sobre el Síndrome Urémico

Hemolítico (SUH). "Primero comenzamos con el desarrollo de una vacuna, pero el SUH es una enfermedad poco frecuente, entonces es muy complejo" dijo y agregó que por eso pensaron en una inmunoterapia pasiva ya que "si ya se tiene la toxina en el cuerpo y si se administran anticuerpos, estos funcionarían como un antídoto". El investigador resaltó que "estos sueros se utilizan hace mucho tiempo contra diferentes tipos de toxinas, tienen muy bajo riesgo y podrían permitir la generación de un producto simple y seguro". A partir de los resultados de esta investi-

gación que demostraba que los productos eran muy seguros, empezaron a pensar la idea de producir un medicamento similar para el COVID-19 y creyeron que el suero anti COVID-19 podría ser una potencial solución terapéutica intermedia entre la vacuna y el plasma de convalecientes. "Para comienzos de marzo empezamos a pensar en producir un anti-suero y realizamos diferentes inmunizaciones en equinos. Obtuvimos una respuesta inmune muy buena y esto nos impulsó a lanzarnos a un desarrollo clínico" explicó y aseguró que los estudios in vi-

tro mostraron que el suero hiperinmune demostró tener un poder neutralizante 50 veces mayor al plasma de pacientes recuperados. "Es un producto de alta calidad farmacéutica y estos resultados fueron presentados a la ANMAT, quien aprobó el protocolo de investigación del estudio clínico de fase II/III para probar la seguridad y eficacia, sin realizar la fase I", sostuvo el experto.

¿En qué fase se encuentra el estudio clínico?

Actualmente, el estudio se encuentra en fase II/III y será adaptativo, randomizado, controlado y doble ciego para estudiar la farmacocinética, la eficacia y la seguridad del suero equino hiperinmune en pacientes adultos con enfermedad moderada a severa dentro de los diez días del inicio de síntomas. Si los resultados son positivos, el suero podría fabricarse a gran escala. En este sentido, el representante de Inmunova, explicó que tienen planificado para septiembre tener producidos miles de tratamientos y para noviembre alcanzar las decenas de miles.

El principal objetivo del ensayo clínico es evaluar si los anticuerpos del suero anti-COVID-19 pueden frenar la propagación del virus en el organismo y así evitar que el cuadro se agrave. "Queremos demostrar con evidencia clínica que nuestro producto puede disminuir el impacto de la enfermedad", concluyó Goldbaum.



“El objetivo es democratizar el conocimiento”

Por María José Ralli

En diálogo con Femecon Informa, Silberman subraya la necesidad del rol rector del Estado en la formación de los actores sanitarios. Además, cómo ampliar la fuerza laboral, generar residencias de calidad y repensar el perfil de los profesionales que necesita el país.

Nacido en Bahía Blanca, Pedro Silberman es médico especializado en Pediatría y Medicina Familiar y Magíster en Salud Pública. Además, fue Director Decano del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur desde 2013 hasta que presentó la renuncia para asumir en el Ministerio. Desde su Dirección, tiene la responsabilidad de formar y capacitar el capital humano en salud, definir el perfil de profesionales, técnicos y auxiliares del sistema de salud y aplicar la regulación profesional. Su trabajo abarca también las residencias profesionales de Medicina, Enfermería y Psicología.

La Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento depende de la Secretaría de Calidad en Salud a cargo de Arnaldo Medina y de la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización con Judit Díaz Bazán a la cabeza.

-¿Cuáles son las responsabilidades del área que dirige?

La Dirección a mi cargo, que antes era de Conocimiento y ahora es de Talento Humano, tiene que ver en principio, con un cambio de paradigma, con que las perso-

nas tienen un talento intrínseco para desarrollar. Se suma la nueva dirección de Difusión del Conocimiento, relacionada con la existencia de un conocimiento a nivel internacional y nacional tanto en hospitales como El Cruce, el Posadas o el Garrahan, y las universidades, que muchas veces no llega a la población en general o a los equipos de salud en particular que están alejados de los grandes centros urbanos. Se trata de difundir y democratizar el conocimiento, algo que explotó con la pandemia, donde vamos aprendiendo de a poco sobre el virus, mientras se va generando nueva información. En general la información no llega de la misma manera y con la misma velocidad a todos los lugares del país.

-También se incorporó la Teleasistencia...

Sí, esa dirección aborda la interconexión que nos permite, en plena pandemia tener por ejemplo conectadas 200 terapias intensivas monitoreadas a la par junto a la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. De este modo articulamos el trabajo a distancia desde las terapias de los establecimientos más encumbrados de Buenos

Aires con aquellas terapias más alejadas en el Norte o la Patagonia. Esto funciona todos los días desde que empezó la pandemia. A medida que van surgiendo nuevos protocolos, nuevos conocimientos en los tratamientos, todos tienen los mismos protocolos de atención en cualquier lugar.

-¿En qué consiste el programa de cuidados del personal de salud?

El programa de cuidado de la salud de los trabajadores sanitarios, que hoy incluye a más de 80 hospitales en todo el país, trabaja en la capacitación y utilización de los equipos de protección, en el cuidado de los procesos, en la salud mental. Y tiene también una perspectiva de género, algo que fue consensado en la Mesa Intersectorial de Salud del Ministerio de las Mujeres, como una de las estrategias para proteger a las personas en función del género. Sabemos que gran parte de las trabajadoras de salud son jefas de familia, y en general son las que más se contagian porque

son más en número también.

-Se puso en marcha la Dirección Nacional de Enfermería ¿Con qué objetivos?

Dentro de la estructura, por primera vez hay una Dirección de Enfermería que tiene en cuenta la importancia y la necesidad del estado para potenciar y desarrollar la enfermería a nivel nacional fundamentalmente en lugares donde hay más dificultades epidemiológicas y económicas. En nuestro país hay déficit en la cantidad de enfermeros y enfermeras. En el Norte por ejemplo hay enfermeros auxiliares y el objetivo es que tengan la posibilidad de profesionalizarse. En todo el sector sanitario hay mala distribución de los recursos, concentrados en las grandes ciudades.



“El programa de cuidado de la salud de los trabajadores sanitarios, que hoy incluye a más de 80 hospitales en todo el país, trabaja en la capacitación y utilización de los equipos de protección, en el cuidado de los procesos y en la salud mental”.

-La pandemia lo trastoca todo, ¿pero cuáles son los objetivos de su gestión más allá de la coyuntura?

Cuando llegamos no había Ministerio, así que en principio hubo que reorganizar todo, porque de lo simbólico era muy fuerte, pero más aún desde lo político y administrativo. Necesitamos volver a hacer un diagnóstico sobre lo que se había hecho para saber qué faltaba y cómo mejorarlo. Uno de los diagnósticos fue que de todos los cupos disponibles para las residencias sólo se estaban cubriendo la mitad y fundamentalmente en las provincias del interior, las que más médicos necesitaban y las que menos médicos residentes tenían. También hicimos un seguimiento de las residencias, qué tipo de formación se requería. La política de Ginés González García es muy clara: democratizar el conocimiento y generar residencias de calidad con residentes que estén bien no solo en los aspectos laboral y anímico y de seguridad, sino también acompañados por un Estado rector en la formación, que no los deje a merced de cualquier sistema, que no sean considerados mano de obra barata. En estos meses no solo se recompuso el nivel

salarial sino que también se generaron determinadas resoluciones que mejoraron su situación de derechos. En este sentido, por ejemplo, no se va a acreditar ninguna residencia si en el hospital no hay un protocolo de género vigente, van a tener la misma licencia por maternidad y paternidad, el mismo régimen para quienes adopten.

- ¿Cree que es necesario redefinir el perfil de los profesionales que se forman hoy en el país?

El hecho de que el Estado se haya retirado de esta discusión durante muchos años, hizo que el mercado y las corporaciones hayan tenido prioridad en los ejes formativos. Es necesario abrir una discusión entre todos, Estado incluido, donde existan avances y consensos. Necesitamos médicos que sepan resolver problemas, de una o varias disciplinas. Tenemos que pensar cuáles son los problemas de salud que necesitan una solución y ahí poner el foco en la formación de los profesionales. A veces coincidirá con la disciplina y a veces no, pero no podemos pensarlo sólo desde un lugar. Por supuesto no es la única discusión. Seguramente puede haber instancias de tensión, pero el Estado no puede estar ausente.

-¿Cree que las entidades de profesionales de la salud pueden hacer un aporte desde su lugar para trabajar en relación al capital humano?

Seguramente tienen muy claro desde su lugar qué tipo de profesionales se necesitan. El Ministerio de Salud tiene que encabezar la mesa de discusión y convocarlos para delinear hacia dónde ir y cómo hacer entre todas las cosas lo mejor posible y

que como conclusión final, tengamos mejor salud para la población. El Ministerio sabe claramente hacia dónde quiere ir así como todos quienes integran su gabinete. La discusión en cualquier ámbito es con todas las instituciones y nadie tiene que quedarse afuera. La política de recursos humanos tiene que darse en una discusión absolutamente transversal con todas las estructuras que están hoy trabajando en salud en el país.

“Tenemos que pensar cuáles son los problemas de salud que necesitan una solución y ahí poner el foco en la formación de los profesionales. A veces coincidirá con la disciplina y a veces no, pero no podemos pensarlo sólo desde un lugar”.

-Durante muchos años el hospital público fue elegido no sólo por su formación sino por su prestigio. ¿Cómo hacemos para volver a “enamorar” a los profesionales recién recibidos?

Es necesario que los residentes se sientan amparados, cuidados, protegidos y acompañados por el Ministerio en este caso. Y que sea un espacio de formación en servicio real y que los programas de residencia y la estrategia formativa se modernicen y adecuen a la época y a las nuevas generaciones. Nosotros tenemos un sistema de residencia que reproduce un modelo de hace cincuenta años, cuando hoy el sujeto mé-

dico que se recibe tiene otras prioridades y expectativas. Hay que repensar el sistema de formación y en eso el Ministerio tiene que ser un rector y un modelo de avanzada, mostrar que se pueden hacer cosas distintas con otras herramientas pedagógicas.

-Finalmente, para hacer rastreo y aislamiento de pacientes Covid convocó a voluntarios de distintas universidades del país para sumarse a esta tarea. ¿Cuáles son los resultados?

Hay más de ocho mil voluntarios que están, estuvieron y estarán trabajando en múltiples procesos, como en los programas Detectar y Activar, y en el seguimiento telefónico. Muchos han viajado a las distintas provincias para brindar soporte y las universidades han puesto a disposición a alumnos de los últimos años, de distintas disciplinas de salud. Esto esconde por debajo un principio, no sé si llamarlo moral, pero algo de eso hay. Todos estos profesionales se formaron en la universidad pública financiadas por la comunidad. Y la comunidad no financia porque es filantrópica, sino porque espera que esa estructura les resuelva sus problemas de salud. Quien estudia en una universidad pública y hace una residencia en un hospital público tiene una responsabilidad moral frente a una situación como la de la pandemia, que los obliga a generar estas acciones de colaboración. Y es una respuesta natural. Nuestra formación pública permite que tengamos especialistas con enormes capacidades, tengamos Premios Nobel, tengamos científicos que producen innovaciones constantes. Todo esto tiene que ver con un proceso nacional que tenemos que sostener.

“La Caja sigue cumpliendo y honrando sus compromisos”

El titular de la entidad bonaerense asegura que se han mantenido todos los beneficios durante este contexto de pandemia y que, aun así, la Caja continúa conservando su fondo de sustentabilidad y garantía. Las medidas que tomó la institución para ayudar a los médicos, el subsidio de COVID-19 y las consecuencias que podrían traerle a mediano plazo.

¿Qué medidas tomó la Caja para ayudar a los médicos?

Se realizaron muchas medidas de ayuda que tienen que ver con la parte económica y muchas otras que son de apoyo. En cuanto a las medidas generales que abarcaban a toda la población de médicos, realizamos muchos pedidos tanto a autoridades nacionales como provinciales a fin de bajarle toda la carga impositiva que tenían los profesionales y le exigimos al Ministerio de Salud que los médicos tuvieran los Equipos de Protección Personal. Lamentablemente, no obtuvimos respuesta ya que los impuestos como ingresos brutos se siguen cobrando y las medidas de protección que brindan los hospitales no son suficientes. También, le facilitamos el acceso al médico agilizando

los canales de comunicación y de pago. Armamos una red para que todos los empleados de la Caja puedan trabajar remoto y habilitamos los canales electrónicos para que el afiliado pueda realizar todo tipo de tramites desde su domicilio. Desde el comienzo que pedimos que el trabajo de la Caja sea considerado como una actividad esencial, recién hace dos semanas nos lo permitieron y vamos a comenzar a trabajar presencial siguiendo un protocolo especial. Con respecto a las medidas concretas para los afiliados, prorrogamos los aportes fijos de febrero, marzo y abril. Es más, siguen prorrogados y recién cuando se decreta el final del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio vamos a hacer un plan de doce cuotas al valor histórico y sin intereses para pagar esos tres meses. Por



lo tanto, durante ese periodo, hubo una caída de la recaudación de 800 millones de pesos. Además, hay planes de facilidades para quien tenía una deuda anterior y la estaba pagando, las cuotas de febrero, marzo y abril también fueron prorrogadas y no dispusimos ninguna carga económica al médico. A su vez, mantuvimos los préstamos a jubilados y pensionados a lo largo de todo este momento.

“Se puso de relevancia el concepto solidaridad de la Caja y de los mismos afiliados, que estuvieron en la primera línea de lucha”

Entrevista

¿En qué consiste el subsidio COVID-19 que están brindando?

Como empezamos a ver que teníamos afiliados que se enfermaban sacamos un subsidio. Actualmente tenemos 1550 médicos que se infectaron de COVID-19 en la Provincia de Buenos Aires y lamentablemente tuvimos siete fallecidos. El subsidio consiste en \$38.831 más el aporte mensual de \$7.699 que no se le cobra. Con sólo tener el resultado positivo y realizar un trámite vía mail, le depositábamos en la cuenta \$46.530. Además, como vimos que el trabajo médico había caído y que la recaudación era escasa, sacamos una línea de Préstamos de Emergencia COVID-19, disponibles desde junio hasta agosto, para paliar la situación económica de los afiliados activos por importes de \$50.000 y \$100.000. Hasta la última semana de agosto se han otorgado 1795 préstamos.

“Para los afiliados que se contagiaron sacamos un subsidio. Son 1550 médicos los médicos que se infectaron de COVID-19 en la Provincia de Buenos Aires y lamentablemente tuvimos siete fallecidos”

¿Estas medidas afectan la sustentabilidad de la Caja?

No, la Caja tiene reservas y las tiene para estas emergencias. Obviamente se pudo hacer frente a todas las prestaciones sin que haya un quebranto porque la Caja tenía reservas y utilizo gran parte de estas en el pago de todos los beneficios, que nunca dejó de pagarlos y los sigue pagando, sin haber cobrado febrero, marzo y abril. Hubo médicos que pagaron voluntariamente, pero muchos se acogieron a la moratoria que todavía esta, es decir, esos meses la Caja todavía no los recupero.

¿Qué importancia les atribuye a las inversiones que viene haciendo la institución en momentos como este?

Las inversiones son el pilar fundamental de la Caja. Tenemos un fondo de sustentabilidad y garantía que permite que se puedan seguir pagando las prestaciones. Es decir, la Caja sigue cumpliendo y sigue honrando sus compromisos independientemente de lo que tenga que recaudar. Por supuesto que no puede subsistir sin recaudar, pero por lo menos pudo continuar pagando los beneficios esos meses. A partir de junio empezamos a cobrar nuevamente las cuotas porque el trabajo médico también mejoró. Si bien no tienen la intensidad que tenían antes, de a poco se está normalizando.

¿Qué efectos tendrán estas medidas de ayuda a mediano plazo?

Lo que hicimos al principio, como había una caída en los ingresos reales de los profesionales, fue descargar los gastos que pudiesen tener, entre ellos, los previsionales. Tratamos de bajarle costos al trabajo médico para que pudiese tener la menor cantidad de gastos. En el mediano plazo lo que va a impactar es en el capital de la Caja, que ha disminuido, porque hemos tomado parte de las reservas que teníamos para garantizar el pago de beneficios en tiempo y forma.

¿Qué ha puesto en evidencia este contexto de pandemia?

La Caja actualmente trabaja normal, a pesar de trabajar remoto, como si no hubiese pandemia. Lo que si puso de relevancia fue el concepto solidaridad de la Caja y de los mismos afiliados, que estuvieron en la primera línea de lucha. Por eso, vamos a pedirle a las autoridades que nos ayuden a conseguir mayores aportes de terceros, por ejemplo, de la comunidad vinculada como laboratorios que son empresas comerciales que se enriquecen con las recetas que hace el médico y de eso no vuelve nada para su jubilación. Toda crisis te pone a prueba, te permite agudizar el ingenio y te obliga a crecer. Ese crecimiento creo que la Caja lo ha tenido desde

“La Caja tiene reservas y las tiene para estas emergencias. Las inversiones son el pilar fundamental, tenemos un fondo de sustentabilidad y garantía que permite que se puedan seguir pagando las prestaciones”



el punto de vista de la solidaridad. Hemos hecho todas estas medidas y a los afiliados no les ha costado un peso. Esto es importante para que el médico tome conciencia de cuando se pregunta para qué tenemos fondos sepa que son para responder cuando hay una emergencia, otro sentido no tienen y son fondos que los mismos médicos han puesto.

Las consecuencias de la pandemia en el sector salud

El Congreso Internacional de la Cámara Argentina de Empresas de Salud CAES “Salud, Crisis y Reforma” realizó el primero de una serie de cinco encuentros virtuales donde se debatirán distintos aspectos y enfoques del escenario post pandemia Covid-19 y sus consecuencias en el sector. “Queremos un modelo que parta de los determinantes sociales” dijo Norberto Larroca, presidente del Congreso, y advirtió que “no se puede hablar de salud sin cloacas ni viviendas, con desechos industriales, hacinamiento y violencia urbana. Si respetamos una línea de pensamiento de “innovación y equidad”; pretendo que la primera innovación en salud sea dar un espacio al pensamiento. El pensamiento puede movilizar nuestros conceptos filosóficos dormidos, aproximarse a la razón y salir de la confrontación constante” Y agregó: “Tenemos que estar orgullosos del sector que tenemos. Somos todos víctimas de las mismas causas y victimarios de los mismos déficits. La pandemia nos corrió la máscara de la hipocresía y permite darnos cuenta que la mirada tiene que tener el valor de la verdad”.

Larroca sostuvo asimismo que “la salud es pública y es tan pública que necesita la integración de todos los recursos existentes de la nación, sus verdaderos activos” y reiteró que el actual, es un modelo de atención basado en la enfermedad y no en la salud “y lentamente viene haciendo agua. A pesar de su fragmentación se va desgranando con el correr del tiempo en un sistema que no le da respuesta a la comunidad”. A partir de esa fragmentación, el dirigente subrayó que en el país la enfermedad “se

atiende con distintas cajas: del sector privado, la seguridad social y la caja del bolsillo. Gracias a una de las virtudes de la seguridad social, hemos tenido un abundante financiamiento para llevar adelante la salud de la población. Pero en el proceso involutivo de este tiempo está cada vez más desfinanciada. Ahora se enfrenta a un proceso de desocupación. Tenemos que ver cómo hacemos para sostenerla”.

Al finalizar su discurso de apertura, Larroca volvió a mencionar la importancia de la visión ciudadana para “dar un lugar a la preservación de la salud del hombre, prevenir la enfermedad y no generar más enfermos sin tener un concepto sanitario”.

El rol del Estado y la priorización

Por su parte, el rector de la Universidad I salud, Rubén Torres, 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 donde el Estado tiene un papel central en la disminución de la inequidad. Ojalá que esto no se olvide el día después de la pandemia”.

Torres hizo un repaso de las fallas del sistema de salud con el que se encontró la pandemia, que dejó al descubierto la debilidad del primer nivel de atención, la falta de coordinación entre hospitales, atención primaria de la salud y la salud pública, la falta de integración público-privada, la descoordinación de los recursos y una débil presencia de la telesalud a la vez que reflejó la centralidad del Estado y la necesidad de una rectoría.

También resaltó la necesidad de mantener a la salud en agenda, para que además de estar en todas las políticas “sea entendida como un bien común, público y a disposición de todos los argentinos, y sostenida por el conjunto de los argentinos”.

“Tenemos el lujo de tener un sistema que brinda cobertura al cien por ciento de los ciudadanos, pero sigue siendo inequitativo”, agregó 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”.

En este sentido se refirió a la Cobertura Universal de Salud y dijo que para alcanzarla el país debe moverse en tres dimensiones: definir cuáles son los servicios prioritarios, lograr que alcancen a todos, y lo que denominó una “decisión inaceptable: extender la cobertura de servicios de mediana o baja prioridad antes de alcanzar cobertura universal para los servicios de alta prioridad”.

“Todo esto es imposible sin un mínimo gra-

do de confianza mutua”; dijo Torres y agregó que el proceso de priorización necesita antes “ser aceptado en el marco genuino de un acuerdo social de escasez”.

Además sostuvo que “la AGNET -Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías- no basta. El problema no es la Evaluación de Tecnología Sanitaria, sino acordar la priorización explícita que la debe acompañar”.

Para Torres la Agencia es sólo un paso más donde primero se tienen que definir procesos transparentes de priorización cuyas evaluaciones económicas deben existir en el marco de otras políticas de Estado, donde exista calidad y transparencia en la administración pública, confianza en la gestión y condena a la corrupción sistémica.

“Pocos indicadores dicen más de una sociedad y de su preocupación por el bienestar de sus ciudadanos que un sistema de salud fuerte y eficiente, y la fortaleza de un sistema de salud depende de la fortaleza de esa preocupación”, enfatizó Torres y concluyó: “si no podemos mejorar la hipocresía, digamos la verdad”.

XXVI CONGRESO INTERNACIONAL
SALUD | CRISIS | REFORMA

PANDEMIA COVID-19

Las consecuencias en el Sector de la Salud

El impacto de la pandemia sobre el sistema de salud argentino

“La pandemia de COVID-19 está teniendo un impacto significativo sobre la población, los sistemas de salud, los programas de salud pública y las economías de todo el mundo. La prioridad sin lugar a duda es prevenir la infección, reducir la transmisión y brindar una atención y un tratamiento adecuado a los pacientes con COVID-19, pero las enfermedades no transmisibles (ENT) o no-COVID siguen representando la carga más pesada en el ámbito de la salud y requieren también especial cuidado”. A esas conclusiones llegaron diferentes sociedades científicas que en forma conjunta elevaron al Ministerio de Salud de la Nación. El informe advierte que la pandemia está ocasionando un impacto en la salud de las personas, amenazando los avances significativos en salud de los últimos tiempos. Con esta radiografía, insta a garantizar y hacer los esfuerzos necesarios para “cubrir las necesidades de salud de las personas padeciendo enfermedades no transmisibles agudas y crónicas”. “Abordar los desafíos de salud y proporcionar a las personas la continuidad de la atención médica y el diagnóstico, mientras se responde y se recupera de la pandemia, requerirá sistemas de salud fuertes y sustentables”, subraya el comunicado y agrega que “es clave recuperar y mantener la confianza de la población en la seguridad y capacidad del sistema de salud para satisfacer de manera segura las necesidades esenciales y controlar el riesgo de infección en los establecimientos de salud”.

Retomar la prevención

La atención primaria de la salud está sufriendo un enorme impacto, dado que los pacientes ya no se someten a controles de rutina. Los datos revelan una marcada reducción en la consulta espontánea de enfermedades agudas y crónicas superior al 60%. En tanto existe una fuerte caída en prácticas médicas y tratamiento, donde por ejemplo las endoscopias digestivas se redujeron en un 80% y las cirugías generales en un 73%.

Con respecto a las enfermedades cardiovasculares, cerca de 90.000 a 100.000 muertes por enfermedad cardiovascular ocurren cada año en Argentina, siendo la primera causa de mortalidad. La disminución reportada en la atención cardiológica mayor al 50%, incluidas las internaciones por emergencias y los procedimientos cardiovasculares sin lugar a duda impactarán de forma negativa en estos indicadores de salud.

En cuanto a las patologías oncológicas, que provocan la muerte de alrededor de 45.000 personas al año en Argentina, con una incidencia anual de casos nuevos de aproximadamente 150.000; la demora en acceder al tratamiento y diagnóstico, como la reducción observada cercana a un tercio en las quimioterapias y terapias radiantes programadas, tendrán como consecuencia un aumento de la mortalidad por cáncer. En este sentido, los oncólogos advierten sobre la demora en la detección temprana del cáncer, y esto es evidente en la marca-



da disminución y demora en realizar estudios y procedimientos diagnósticos oncológicos. Según distintas fuentes, se observa una caída del 70 al 80 % en mamografías, colonoscopias, PET-TC.

También existe especial preocupación entre los pediatras por la disminución de los controles y del cumplimiento de los esquemas gratuitos y obligatorios de vacunación. Datos del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina, indican una caída mayor al 40 % en el control del niño sano. Según datos del relevamiento realizado por la UCA (Observatorio de la Deuda Social Argentina) un 22% de los hogares demoró la vacunación de sus niños por efecto de la cuarentena, correspondiendo mayoritariamente a los estratos medios y bajos. Mientras que el 44% reportó postergar la visita de control preventiva de salud, situación que se evidenció en forma más extendida en los niveles sociales.

Mensajes Claves

1. La pandemia de COVID-19 está ocasionando impacto en la salud de las personas, amenazando los avances significativos en salud de los últimos tiempos.
2. En medio de la respuesta de emergencia, debe garantizarse y hacer esfuerzos para cubrir las necesidades de salud de las personas padeciendo enfermedades no transmisibles agudas y crónicas.
3. El acceso a la salud como la continuidad de la atención médica se deben garantizar fomentando un comportamiento adecuado para la búsqueda de atención y la adhesión de la comunidad a los consejos de salud.
4. Abordar los desafíos de salud y proporcionar a las personas la continuidad de la atención médica y el diagnóstico, mientras se responde y se recupera de la pandemia, requerirá sistemas de salud fuertes y sustentables.
5. Es clave recuperar y mantener la confianza de la población en la seguridad y capacidad del sistema de salud para satisfacer de manera segura las necesidades esenciales y controlar el riesgo de infección en los establecimientos de salud.
6. Nuevos modelos innovadores del sistema de salud deben ser explorados para brindar continuidad en la atención médica, entre ellos la telemedicina, reduciendo el estrés en los efectores de salud.

En la charla “Pensando el futuro de la Argentina: Ciclo de intercambio de ideas con los principales referentes de nuestro país”, el diputado Pablo Yedlin, presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la cámara baja y el infectólogo Pablo Bonvehí, miembro del comité asesor del gobierno, se refirieron entre otros temas, al sistema de salud y su futuro post-pandemia.

“Decimos que el sistema de salud es ineficiente, fraccionado, inequitativo, de calidad irregular. Sin embargo viene dando una batalla contra la pandemia muy respetable”, dijo Yedlin y advirtió que si bien existen problemas “también tenemos fortalezas”. “El concepto de la salud como un derecho forma parte de nuestros pactos constitucionales”, sostuvo y agregó que “es un sistema fraccionado pero que se ordena frente a la crisis. Hay mucho para hacer en el sistema de salud, pero lo hacemos desde una base sólida”.

Bonvehí por su parte resaltó que una de las cosas a modificar son “ciertas coberturas de salud postergadas como la vacunación”. “Esta situación nos pone en riesgo de emergencia de enfermedades que tenemos controladas”, dijo y sostuvo que es necesario fortalecer “todo lo referente a prevención de enfermedades no transmisibles”. “Vamos a trabajar a partir de la base que sentó esta pandemia” agregó Bonvehí y reconoció “el signo de madurez del trabajo de las distintas jurisdicciones y gobiernos. con sus diferencias políticas naturales, pero trabajando en conjunto en un tema tan crítico como éste”.

Nueva normalidad

“El mundo enfrenta una realidad impensada, esperanzados en que aparezca una solución” dijo Bonvehí, y si bien resaltó el papel de los sistemas de salud del mundo, que pudieron dar respuesta de una u otra manera, no se pudieron evitar distintas realidades y resultados. “Tenemos un mundo muy desigual y un virus muy grave”, dijo.

En el encuentro se valoraron las medidas adoptadas por la Argentina, que tuvo la ventaja de prever lo que sucedía del otro lado del océano.

Bonvehí subrayó que como es un virus nuevo para el cual nadie tiene defensas mucho se fue aprendiendo sobre la marcha. “Nuestro país tuvo una reacción inicial, se empezó a trabajar y la decisión de la cuarentena fue una medida acertada. Pensemos que en ese momento veíamos lo que pasaba en Europa con un gran impacto y no se conseguía en marzo ni siquiera alcohol en gel. Teníamos que ganar tiempo y esa cuarentena fue efectiva”

El médico infectólogo explicó que el comité asesor del gobierno es un organismo técnico conformado por emergentólogos, pediatras, epidemiólogos, entre otras áreas, donde cada uno “contribuye en las decisiones técnicas. Ante una crisis inédita en el mundo donde ninguno de los que estamos vivos vivimos una cosa similar, es una muestra de racionalidad en una situación como ésta”.

Pensar en este contexto y a corto plazo un mundo igual al que existía en enero es imposible. “La nueva normalidad incluirá pro-



Dr. Pablo Bonvehí



Dip. Pablo Yedlin

tolos, distancia social, tapabocas, higiene de manos”, dijo Bonvehí y adelantó que “las fiestas de fin de año van a ser distintas. Tendremos que prepararnos para festejos no usuales. Cuidarnos es la única herramienta para combatir el virus”.

El sistema sanitario

En cuanto al sistema de salud, el diputado Pablo Yedlin señaló que “viene dando una batalla contra la pandemia bastante respetable. No quiere decir que no tengamos problemas, pero tenemos fortalezas, como la salud como derecho”. Y agregó: “Hay mucho para hacer en el sistema de salud, pero lo hacemos desde una base sólida, donde lo más importante es el recurso humano. Tenemos que solucionar la distribución de nuestra capacidad médica y la debilidad en la cantidad de profesionales de enfermería”.

Bonvehí por su parte observó que uno de los aspectos a modificar son “ciertas coberturas de salud postergadas como la vacunación, que nos pone en riesgo de emergencia de enfermedades que tene-

mos controladas”. A su vez, resaltó la importancia del sistema de teleconsultas y telemedicina que han tenido mayor preponderancia a partir de esta experiencia.

Solidaridad

“Para salir de esta pandemia vamos a tener que tener más solidaridad que fronteras cerradas”, subrayó Yedlin y anticipó que “el virus circulará y hay que entender que vamos a tener que volver a una normalidad donde aprendamos a cuidarnos. Ese es el desafío: cuanto la política más se base en la evidencia, más ganará en calidad”. Finalmente, Bonvehí sostuvo que el gran desafío como sociedad “es demostrar que podemos ser realmente solidarios, conscientes de lo que hacemos, protegernos a nosotros y a los demás y que somos capaces de ayudar al otro. Esto nos está enseñando la pandemia a la fuerza. Los conocimientos se están desarrollando tan rápidamente que seguro hay un horizonte de esperanza y saldremos de esta situación. Hay que ser pacientes y seguir cuidándonos”.

Lanzaron el Suplemento Especial COVID-19 de la Revista Argentina de Salud Pública

Las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Argentina lanzaron, mediante un encuentro virtual, el suplemento COVID-19 de la Revista Argentina de Salud Pública.

El Dr. Santiago Torales, director de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, aseguró que el suplemento “tiene por objetivo brindar información científica de calidad, confiable y de acceso abierto” y que “está orientado a satisfacer la demanda de información por parte de gestores sanitarios para la toma de decisiones, de la comunidad científica, de comunicadores y de la población en general”. En este sentido, manifestó que “la creación del suplemento COVID-19 va en línea con el desafío de la lucha contra la información de mala calidad”.

Por su parte la Dra. Maureen Birmingham, representante de la OPS Argentina, dijo que nuestro país “tiene un rol muy importante por su capacidad en innovación e investigación” ya que “estamos en la situación de contener la pandemia mientras aprendemos como hacerlo”. Felicitó a la Argentina por la creación activa de redes de investigación y mencionó la importancia de la colaboración internacional, nacional y local entre científicos y entre el sector público y privado para mejorar el conocimiento científico.

La Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica del Ministerio de Salud de la Nación, Sonia Tarragona, también participó del encuentro y dijo que “en este marco de la pandemia es realmente un orgullo para nosotros haber podido avanzar en este camino de la investigación que implica destinar esfuerzos a la producción de conocimientos”. A su vez, sostuvo que quieren poner a la investigación y al conocimiento científico en primera fila para poder tomar mejores decisiones.

Por último, el director editorial de la Revista Argentina de Salud Pública, Marcelo Barbieri, explicó que el suplemento especial COVID-19 es una iniciativa para poder ofrecer información oportuna, científica y de calidad. Al tiempo que indicó que “la concepción fundamental de la política editorial de la revista es concebir al conocimiento científico como un bien común” y concluyó que lo que se busca es “que haya un derecho garantizado de acceso a la información que se publica en la revista”.

Para poder acceder al suplemento COVID -19 de la Revista Argentina de Salud Pública ingresar al siguiente enlace:

http://www.rasp.msal.gov.ar/COVID/index_COVID.html

“La Telemedicina es un complemento de la consulta médica presencial” 13

De este modo se manifestó el presidente de la Comisión de Salud del Senado Nacional, Mario Fiad, durante el foro de la salud y la cuestión social “Telemedicina: superar las barreras para el acceso a la salud oportuna y de calidad” organizado por Fundación Femeba. El senador aseguró que la telemedicina “necesita de una normatización para que podamos tener todos los resguardos no sólo para los pacientes sino también para los profesionales”.

En este sentido, Fiad sostuvo “si bien se encuentra aprobada la ley de receta digital que habilita la posibilidad de plataformas para telemedicina, aún es una cuestión inicial que necesita una normatización” y agregó que: “la intención es buscar que la telemedicina no precarice el trabajo del médico, sino que teniendo una ley que regule la situación va a haber menor precarización de la que hoy realmente existe”. A su vez, afirmó que la virtualidad además de brindar la posibilidad de llegar sistemáticamente a muchos lugares geográficos de la Argentina, enmienda la falta de recursos humanos y permite una mayor accesibilidad.

También participó del encuentro Roberto Debbag, responsable de Relaciones Institucionales y Telemedicina del Hospital Garrahan, quien manifestó que “los alcances de la telemedicina son superiores a las limitaciones” pero advirtió que debe haber manuales de procesos que sirvan para el entrenamiento en telemedicina, “para eso debe haber una institución que los desarrolle en forma de multi saberes, los valide, comparta y controle”. El especialista manifestó que la pandemia ha demostrado que “ya no se realiza telemedicina por las largas distancias, sino que ahora es de habitación a habitación”.

En cuanto al orden normativo, Marisa Aizenberg, directora del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho (UBA), expresó que “tenemos que empezar a hablar de un ecosistema legislativo sanitario” ya que “hay que incorporar a la telemedicina en el marco de la normativa vigente”. Especificó que “en nuestro país

el ejercicio profesional se encuentra ligado no sólo al título habilitante sino también a la matrícula” y señaló que el Ministerio de Salud de la Nación “tiene el desafío de comenzar a regular, a través de convenios interjurisdiccionales o de una matrícula federal, la posibilidad de que el ejercicio de la medicina tenga efecto en un lugar distinto del que se encuentra ubicado el profesional de la salud”. Además, la abogada expuso que “no podemos olvidar la protección de los datos en salud, que son sensibles y que tienen un tratamiento específico”, para ello, hay que comprender que en la telemedicina “hay un consentimiento adicional por los riesgos de la información que tiene que ver con el uso de la tecnología”. Concluyó que la formación del médico y el entorno tecnológico que utilice debe habilitarlo a ejercer esta modalidad, “no se puede hacer telemedicina por WhatsApp sino que hay que tener entornos digitales adecuados”.

Por último, en lo que respecta al sistema privado, Daniel Luna, jefe del departamento de Informática en Salud del Hospital Italiano, dijo “hay que ser tecno moderados sobre la telemedicina” y destacó que “la pandemia y el aislamiento generó una catalización de transformación digital ciudadana y profesional”. El experto explicó que como los pacientes no iban a las instituciones de salud se resolvieron muchas cuestiones por telemedicina y contó que “antes de la pandemia se realizaban unas 200 consultas por día máximo, a fines de marzo estábamos en 2000 y en este mes estamos en unas 4000 consultas por día”. En cuanto a las capacitaciones, aseguró que “al principio había mucha necesidad de soporte y capacitación y que ahora son escasas” e indicó que “el equipo de salud ya logro su curva de aprendizaje casi obligada, pero este aprendizaje profesional llegó para quedarse en muchos aspectos”. De todas formas, afirmó que los pacientes plantean que aceptan este tipo de consultas por la pandemia, pero no quieren incorporarlo a una modalidad habitual.

Epidemiología global de la Covid-19 en España

Organizado por la SADI -Sociedad Argentina de Infectología- se realizó un encuentro virtual con la participación de Antoni Trilla, Jefe del Servicio de Epidemiología Hospital Clinic de la Universidad de Barcelona, quien compartió la experiencia española durante la primera ola de la pandemia, explicó cómo están encarando desde lo social, político y epidemiológico esta segunda ola y cuáles son las perspectivas.

La radiografía mundial hoy revela que son más de 23 millones los casos de coronavirus en el planeta y 800 mil los fallecidos a nivel global. En Europa, España es el país a la cabeza en números de casos diarios, con 152 por cada cien mil habitantes. “Es una epidemia muy cambiante en todas partes del mundo y es necesario aplicar medidas de prevención y distanciamiento, proteger al máximo al personal sanitario e intentar trabajar con estrategias de ataque detectando casos nuevos e identificando contactos”, sostiene Trilla, quien confía en que la solución llegará por el lado de la ciencia.

Trilla insiste en que las medidas de prevención son iguales en todas partes: distancia social -cuanto más mejor- y la higiene de manos. “Hoy sabemos que la gran autopista es la transmisión directa de persona a persona por vía aérea. Aquí en España es obligatorio el uso de mascarilla en la calle, espacios cerrados, trabajo y transporte público”.

Debido a diferentes brotes, las autoridades españolas insistieron en evitar aglomeraciones en espacios cerrados y hoy la recomendación general es que no se pueden

hacer reuniones con más de diez personas. “Hay mucha transmisión en núcleos familiares. Y debido a las últimas evidencias científicas, ante la posibilidad de que el virus quede suspendido en el aire por un tiempo significativo en espacios cerrados y poco ventilados la recomendación es airear al máximo”. En España está por comenzar el período escolar. Además del protocolo de distancia, mascarilla e higiene, cada 40 minutos de clase se ventilarán las aulas durante 15 minutos.

Olas

“La primera oleada en toda Europa fue un verdadero tsunami; en Italia y España, especialmente”, recuerda Trilla y sostiene que “el confinamiento se siguió de una forma relativamente estricta con una parálisis casi total del país con gravísimos resultados económicos, sociales y personales que van a ir saliendo a la luz”.

Pero cuando comenzó la desescalada de la primera ola, Trilla asegura que se cometieron errores, comprensibles en parte, pero que trajeron consecuencias. “Se hizo muy bien al principio y luego se aceleró de una forma precipitada. Pensamos que la situación estaba controlada y sin embargo el virus siguió circulando. Así empezamos con brotes difíciles de controlar”, dice. Hoy las cifras alcanzan los diez mil casos diarios, aunque por diferentes motivos, la segunda ola es distinta, con una tasa de letalidad notablemente inferior a la primera.

Para evitar que colapsara el sistema sanitario y provocara la menor cantidad de muertes posibles, desde el principio de la pandemia hubo en España una trans-

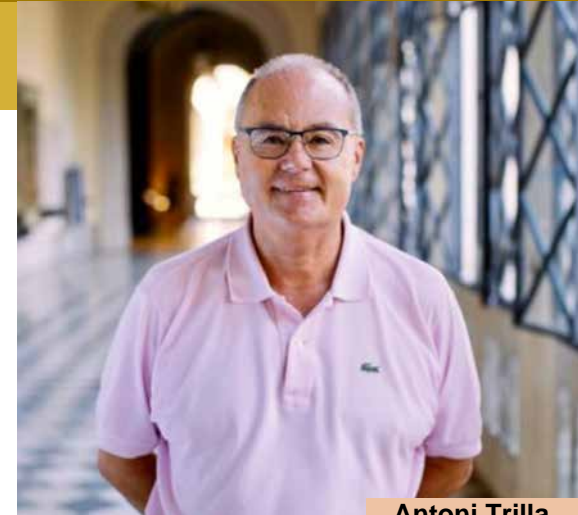
formación “que llegó a multiplicar por 2.5 la cantidad de camas de cuidados intensivos en muy poco tiempo”. Sin embargo, el punto más frágil se dio en las residencias de larga estancia o geriátricos, donde se registró la mayor cantidad de fallecidos. “Para esta segunda ola están en mejores condiciones y con mayor capacidad de aislamiento” sostiene Trilla. .

¿Cuál fue el saldo de contagios entre los trabajadores de la salud durante la primera ola? 43 mil se infectaron aunque sólo un diez por ciento requirió ingreso hospitalario y un uno por ciento cuidados intensivos. Con un total de 70 fallecidos.

“En esta nueva fase de contención que fracasó al inicio porque la epidemia nos pasó por encima, la estrategia es detectar, diagnosticar, aislar e identificar contactos”, explica Trilla y asegura que si logran cortar la cadena de transmisión en un 70-80 por ciento, “nos puede llevar a una fase de mayor control”. “Hoy las cifras de positividad en las búsquedas activas nos están dando, en personas asintomáticas, casos positivos del dos al tres por ciento”, concluye.

Cerrar o no cerrar

“En nuestro país la situación se pone un poquito más difícil cada día aunque hayamos empezado muy bien. Es una situación que nos está agobiando porque cada día que pasa seguimos viendo cómo los casos siguen subiendo”, dice Omar Sued, presidente de la SADI. Surge entonces el debate sobre si es necesario volver a cerrar todo para luego aumentar la búsqueda de contactos estrechos, y cómo priorizar lo epidemiológico por sobre lo político-social.



Antoni Trilla

“Es una pregunta que nos hacemos todos” dice Antoni Trilla y advierte que forma parte de una discusión político-social y epidemiológica.

“Economía y salud van de la mano, una sociedad que no está sana no puede progresar económicamente, y una sociedad muy castigada económicamente empeorará su salud. Es una situación que no tiene ganador. Los países europeos estamos entrando en una fase de recesión económica importante”, explica y cuenta que si bien “algunos economistas dicen que la recuperación será rápida, que hemos tocado fondo y que se supone que en poco tiempo nos recuperaremos no hay ninguna certeza”.

“Yo considero que cerrar todo sólo se justifica si el sistema sanitario no aguanta más y está cerca del colapso, y esto es lo que se hizo en España en su momento. Hoy la ocupación de camas en España en esta segunda ola está al 10 por ciento de su capacidad ordinaria con pacientes Covid y no se justifica un cierre total. Es una decisión de las máximas autoridades, resistir y gestionar de esta manera hasta ver qué pasa”.



La Sociedad Argentina de Vacunología -SAVE- lanzó la campaña VacunaT Siempre #EnPandemiaSeguimosVacunando #LasVacunasSalvanVidas, con el propósito de mejorar las coberturas de vacunación. Florencia Cahn, presidenta de la entidad, resaltó la importancia de las vacunas “no sólo en el marco de la pandemia”.

“Tenemos que instalar la vacunación en adolescentes, adultos jóvenes y mayores”, agregó.

La médica infectóloga advirtió el riesgo que implica la disminución de la vacunación en todo el país, aunque los números difieren en las diferentes provincias. Un ejemplo es la vacuna BCG, que el año pasado registró una de las tasas de coberturas más bajas, con un 76 por ciento en los menores de siete años. “Muchas están por debajo del 80 con un descenso sostenido de coberturas, con el riesgo que significa por la aparición de brotes”, subrayó.

Durante el encuentro virtual se coincidió en que el ingreso escolar es el momento donde la población tiene conocimiento de la importancia de las vacunas, y que cuan-

do baja la percepción del riesgo, bajan las coberturas.

“Las grandes conquistas se lograron cuando la población se empoderó de ese derecho”, sostuvo Carla Vizzotti, secretaria de Acceso a la Salud y fundadora de la SAVE, quien señaló la importancia de comunicar todo el tiempo y del trabajo articulado para lograr los objetivos. Vizzotti también explicó que con la circulación del Covid-19 existe hoy una sobrecarga del sector sanitario y por lo tanto un retraso o incluso una interrupción de las actividades de inmunización, lo que genera un aumento del número de personas susceptibles. “Esta situación puede generar el resurgimiento o un aumento del número de enfermedades prevenibles por vacunación”, sostuvo.

Ante esta situación, para Vizzotti el desafío es garantizar la accesibilidad, “transformar oportunidades perdidas en ganadas, promover la inclusión con perspectiva de género, concientizar y capacitar al equipo de salud y fomentar la demanda de la vacunación”.

Según un estudio de la UCA sobre la situación de las infancias en tiempos de cuarentena “una proporción significativa de hogares con niños y niñas han demorado la vacunación de al menos uno de sus hijos/as como efecto de la cuarentena (22%). Pero la situación de déficit se duplica cuando se trata de los controles preventivos. En efecto, el 44 % de los hogares reportaron que tuvieron que postergar la visita de control preventivo de la salud de al menos uno de sus niños/as del hogar”.

En el marco del Día Nacional por una Argentina sin Chagas el Instituto Nacional de Parasitología “Fátala Chaben”, investigadores y organizaciones de la sociedad civil inauguraron junto a la cartera de salud nacional, un mes de actividades destinadas promover acciones conjuntas para la lucha contra esta enfermedad.

El evento virtual contó con la participación de las autoridades del Ministerio de Salud. La secretaria de Acceso a la Salud, Carla Vizzotti explicó que el objetivo de la política pública es “tener una mirada amplia, federal, construir con las jurisdicciones, con la sociedad civil, con los programas de cada una de las provincias” para llevar a la práctica la accesibilidad. En este sentido, se comprometieron a “trabajar fuertemente para que eso sea una realidad y tomar algunos compromisos puntuales, como reglamentar la ley y generar un marco legal adecuado y consensuado para poder implementar una política pública y seguir generando acciones concretas”.

“La estrategia para la reglamentación de la Ley Nacional de Chagas 26.281 es una de las prioridades de esta gestión y responde a una expectativa que tiene la sociedad civil, los representantes del cuerpo académico y los actores del área de la investigación”, sostuvo el Director Nacional de Enfermedades Transmisibles, Juan Manuel Castelli, y agregó que es necesaria su reglamentación “porque permitirá avanzar hacia una apropiación de lo establecido por la ley, tanto de las personas que padecen la enfermedad como aquellas que deben en las cuales se puede prevenir”. La iniciativa intenta abordar una problemática de salud que involucra múltiples factores



y durante la jornada se presentaron cuatro experiencias de comunicación y educación a cargo de docentes de nivel primario y superior, de referentes de organizaciones sociales de pacientes y referentes provinciales del componente Información, Educación y Comunicación (IEC).

Desde el año 2010 y por iniciativa del Programa Nacional de Chagas se conmemora el “Día Nacional por una Argentina sin Chagas” cada último viernes de agosto. Esta fecha tiene por objetivo “promover la participación y el compromiso comunitarios, a partir del trabajo conjunto entre la comunidad científica, sanitaria, escolar y la comunidad en general para desnaturalizar la enfermedad de Chagas, tomar conciencia acerca de esta problemática y romper el silencio que la rodea”.

La elección del último viernes del mes de agosto se debe a que durante la época estival se registra una mayor actividad y reproducción de la vinchuca, lo que produce un aumento de la densidad poblacional de este vector transmisor en las viviendas y en consecuencia, una mayor probabilidad de ocurrencia de personas infectadas por esta vía de transmisión.

Federación Médica del Conurbano

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

Asociación de Médicos de Gral. San Martín

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

Asociación Médica de Almirante Brown

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

Círculo Médico de Matanza

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

Círculo Médico de Lomas de Zamora

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

Círculo Médico de Morón, Hurlingham e Ituzaingó

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

Círculo Médico de San Isidro

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

Círculo Médico de Vicente López

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

Agremiación Médica de Ezeiza

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

Círculo Médico de Esteban Echeverría

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



SOMOS TUS MÉDICOS

OSMECON SALUD

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

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

ASOC. MÉDICA DE ALTE. BROWN ADROGUÉ

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

Para publicar en estas páginas

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

CIRCULO MÉDICO DE LA MATANZA

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