

ENTREVISTA Dr. PABLO BINAGHI- Presidente de la CIDCAM
-Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica-

“Gestionar calidad es gestionar salud”



El rol de la CIDCAM en el desarrollo de programas y sistemas de calidad de la atención médica. Por qué trabajar en Calidad permite planificar, ordenar y lograr mayor eficiencia organizacional.

Págs. 6,7 y 8

Gremiales- Provincia de Buenos Aires

Pág. 3

Acuerdo paritario de Salud

Covid-19

Plan Operativo de Vacunación



Se comenzaron a aplicar las primeras 300 mil dosis de vacuna contra el SARS-CoV2. En la provincia de Buenos Aires los trabajadores de la salud son prioridad. El plan provincial de Vacunación se realiza en 110 hospitales de 89 municipios bonaerenses.

Pág. 9



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

Desafíos del 2021

Tenemos por delante durante todo este año una tarea inmensa, que es poner nuevamente en funcionamiento al país, sacudido por la pandemia del coronavirus y en consecuencia, el desastre económico y social que estamos padeciendo.

En materia sanitaria, todavía estamos luchando con el virus y su circulación comunitaria. Debemos extremar las medidas ya consabidas de protección personal pues pueden aparecer rebrotes o nuevas cepas del virus que agraven su patogenicidad.

La vacunación, que ya comenzó en nuestro país, es una carta fundamental que debemos usar. Dejemos de lado las idas y vueltas del tema de la procedencia de las vacunas, que fue seguramente mal manejado comunicacionalmente por las autoridades, y usado a veces políticamente, y concentrémonos en vacunar a la población, provenga de donde proviniera la vacuna que sea científicamente autorizada.

La emergencia sanitaria que hemos vivido y que todavía persiste, ha puesto de relevancia como pocas veces en la historia la gestión de los servicios de salud y la importancia de la formación profesional de los médicos que tienen la responsabilidad de atender y salvar la vida de los pacientes. El desafío que tienen las autoridades es, tanto en el sector público o privado, el reconocimiento económico y salarial que todos los médicos necesitan y merecen.

El otro gran desafío para las autoridades es poner nuevamente en marcha económicamente al país y a la actividad productiva, que ya venía mal y se destruyó todavía más con la pandemia y la cuarentena extendida durante tanto tiempo. Se deben dejar de lado las controversias políticas menores y todos juntos debemos colaborar para rápidamente salir de esta tremenda recesión y, con trabajo, esfuerzo y honestidad, lograr el país y el bienestar económico y social que debemos legar a nuestros hijos y nietos.

ENTIDADES INTEGRANTES



Acuerdo paritario de Salud en la Provincia de Buenos Aires

Las entidades gremiales aceptaron la propuesta paritaria que alcanza en promedio un 35,6 % de aumento de bolsillo sobre los salarios de diciembre 2019. Se incrementan, con retroactividad al mes de septiembre, las bonificaciones remunerativas no bonificables, incluyendo tanto la creciente como la decreciente.

De este modo, los salarios de bolsillo de los ingresantes alcanzan, en el mes de noviembre, los siguientes valores: planta \$ 52.784, guardia día de semana, \$ 59.627 y guardia fin de semana \$ 63.960. Los reemplazos de guardia a partir de noviembre se incrementan un 18 %, pasando a ser de \$ 12.935 (días hábiles) y \$ 15.495 (fines de semana).

El aumento promedio para los residentes es de 38 % sobre los salarios de diciembre 2019.

Por otra parte, el ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Daniel Gollan, informó que se otorgará una licencia excepcional a los trabajadores de la salud en el marco de la lucha contra el coronavirus.

La licencia será de 12 días corridos, fraccionables en 2 veces, remunerados y no afectará las licencias ordinarias. La medida tiene un carácter extraordinario y por lo tanto no afectará a otras licencias ni se descontará de los días de vacaciones.

Nueva Receta Electrónica del IOMA

IOMA puso en marcha la receta electrónica para brindar nuevas facilidades en la accesibilidad a prestaciones y medicamentos. Con esta implementación los afiliados ya no necesitarán concurrir de manera continua a su médico para hacer la prescripción de sus recetas. El afiliado puede conservar la receta electrónica en su celular, sin necesidad de llevarla impresa a la farmacia, aunque también es viable la opción de la impresión o el envío por correo electrónico. Se completa en Autogestión Afiliadas/os, y en Portal Afiliados. Por su parte, los prestadores, ingresan a través de la web IOMA en Autogestión Prestadores, donde el sistema les permitirá buscar el vademécum en línea, codificar el diagnóstico y hacer transcripciones médicas. También podrán generar recetas de manera secuencial, acceder a una historia farmacológica, y validar online el estado de afiliación otorgando seguridad

» AFILIACIONES WEB

Realizá tus trámites afiliatorios a través de la web

- 1 Ingresá a www.ioma.gba.gov.ar y hacé clic en la opción "Autogestión Afiliados/os".
- 2 Accedé a "Afiliaciones (Trámites Afiliatorios)", con tu usuario (número de CUR) y contraseña, o registrate si es tu primer ingreso. Si aún no sos afiliado/a seleccioná la opción "Alta".
- 3 Elegí el tipo de trámite, adjuntá la documentación y listo. Recibirás la notificación cuando el trámite este finalizado.

» TUS TURNOS, AHORA ONLINE

Con el objetivo de brindar una mejor atención y facilitar el acceso seguro a nuestras oficinas y al Hospital IOMA, sin que se generen colas ni demoras, implementamos la plataforma turnos online (TOL)

- 1 Ingresá a www.ioma.gba.gov.ar y hacé clic en la opción "Autogestión Afiliados/os".
- 2 Accedé a Turnos Online, con tu usuario (número de CUR) y contraseña o registrate si es tu primer ingreso.
- 3 En la pantalla Próximos turnos, presioná el botón "A".
- 4 Seleccioná de la lista desplegable el tipo de trámite, el lugar de atención, la fecha, el horario y el motivo.
- 5 Concurrid directamente en el horario de tu turno.

Tus turnos quedarán agendados en el

» Puntos Atención IOMA



LOCALIDADES

- Ituzaingó
- San Ginés
- Morón
- La Plata
- La Plata
- Villa San Martín
- Villa de Tilly
- Caba
- San Nicolás
- Villa de San Martín
- Villa de San Martín
- Villa de San Martín

@IOMAGba @ioma.gba

ioma.gba.gov.ar

IOMA GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

IOMAdigital

TUS GESTIONES A UN CLIC

- ✓ Credencial digital
- ✓ Token
- ✓ Turnos online
- ✓ Receta electrónica
- ✓ Afiliaciones web



IOMA GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

IOMA GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

del reconocimiento de la prestación realizada. La prescripción se genera desde la web, en Autogestión Prestadores, luego de registrarse y darse de alta con los datos necesarios. Si los profesionales están declarados en convenios con entidades, el sistema los va a preacreditar a través de las asociaciones, instituciones, y está abierta a quienes trabajan de manera particular.

Esta medida forma parte del proceso de modernización del IOMA que tiene como objetivo mejorar la accesibilidad a diversas gestiones de afiliados y prestadores. En este sentido, IOMA viene trabajando en diferentes desarrollos informáticos propios para agilizar y facilitar las gestiones administrativas mediante la implementación de herramientas tales como creden-

cial digital, token de seguridad, receta electrónica, turnos online, afiliaciones web y la reconversión de las Delegaciones y Regiones en Delegaciones Digitales. Desde el Instituto aseguran que "el objetivo no es cambiar los procedimientos sino agilizarlos y desburocratizar, evitar congestión en las delegaciones y que los afiliados tengan mayor autonomía".



Confederación Médica de la República Argentina

Buenos Aires, 23 de diciembre 2020

Excelentísimo Señor Presidente de la Nación
Dr. Alberto Fernández

Me dirijo a Ud. con la finalidad de hacerle llegar y que tome como propio un proyecto de ley, que les entregue una pensión con dignidad económica de carácter vitalicio a los trabajadores del sector salud, que mueran o queden con incapacidad en ocasión del servicio y en desarrollo de su trabajo contra la enfermedad del Covid-19. Dar al proyecto la importancia y la celeridad necesaria para homenajear, no solo con aplausos sino con acciones tangibles, a estos héroes que se juegan su vida a diario y compensar a las familias de quienes hoy cuidan la salud.

Se haría justicia con los herederos de los profesionales del sector salud que han perdido y pierdan la vida en la atención de pacientes contagiados con el virus.

Quedando a la espera de una respuesta favorable, lo saludo cordialmente.

Dr. Jorge Alberto Coronel
Presidente
COMRA

Confederación Médica de la República Argentina | Av. Belgrano 1235 (C1093AAA)
Cdad. Aut. de Buenos Aires Argentina | www.comra.org.ar |
Tel.: +54 11 4383 8414 / 84671 comra@confederacionmedica.com.ar

Asamblea General Ordinaria de la Caja de Médicos

4

En el último año la Caja de Previsión y Seguro Médico de la provincia de Buenos Aires aumentó un 36% las Jubilaciones básicas con Carga de Familia y las Pensiones básicas. En Asamblea General Ordinaria llevada a cabo el pasado 28 de diciembre en forma virtual, los asambleístas convalidaron los aumentos que dio el Directorio en los meses de septiembre y noviembre de tres mil pesos cada uno y acordaron en forma unánime prorrogar para el mes de marzo de 2021, en Asamblea Extraordinaria, modificar el valor galeno y la escala de aportes.

Asimismo, se aprobaron la Memoria y Balance y el presupuesto para el próximo período.

Cabe recordar que en octubre de 2020 la Caja acordó 1.961 nuevos beneficios y abonó 20.544 beneficios de pago mensual por un total de \$698.829.360, que incluyen \$28.928.712 en concepto de Bonificación por Cómputo de Servicio y Edad, que es la suma que deja de ingresar al sistema en concepto de aporte fijo de los afiliados que están en condiciones de acceder a la Jubilación Ordinaria. También incluyó la Asignación para Beneficiarios resuelta por el Directorio que permitió abonar una asignación extraordinaria que llevó la Jubilación con carga de familia a \$44.000 durante los meses de septiembre y octubre y, en ese último mes, representó una suma total de \$37.459.247 abonada a la comunidad de beneficiarios.

Desde el comienzo de la pandemia la Caja garantizó a los afiliados activos que pre-



sentaron diagnóstico positivo de COVID-19 el pago de \$38.831.- del Subsidio por Enfermedad. En octubre se acordó un total de 1.474 Subsidios por Enfermedad que representaron un total de \$29.117.832. Desde la Caja informaron que mientras dura la cobertura del subsidio no se abona el aporte fijo de \$7.699,95 (para la máxima categoría), con lo cual cada Subsidio por Enfermedad representa un total de \$46.530,95 y adicionalmente se abonan la cantidad de UCP equivalentes al promedio mensual que registre cada afiliado en su cuenta. En el caso de los afiliados que hayan solicitado abonar sus aportes fijos con escala reducida (residencia/concurrencia), el importe del Beneficio será del 50% del monto total o el porcentaje que corresponda según la aplicación de la tabla actuarial, ya que aporta o aportó un monto reducido en relación de dependencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho un llamamiento a los gobiernos y a los dirigentes del ámbito de la atención de la salud para que aborden las persistentes amenazas a la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios. "La pandemia de COVID-19 nos ha recordado a todos el papel fundamental que desempeñan los trabajadores de la salud para aliviar el sufrimiento y salvar vidas," ha dicho el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. Ningún país, hospital o centro de salud puede mantener a salvo a sus pacientes a menos que preserve la seguridad de sus trabajadores. La Carta de Seguridad de los Trabajadores de la Salud de la OMS es un paso para velar por que los mismos tengan las condiciones de trabajo seguras, la capacitación, la remuneración y el respeto que merecen. La COVID-19 ha expuesto a los trabajadores sanitarios y a sus familias a niveles de riesgo sin precedentes. Aunque no son representativos, los datos de muchos países de todas las regiones de la OMS indican que el número de infecciones por el virus de la COVID-19 entre los trabajadores de la salud es mucho mayor que entre la población general. Aunque estos trabajadores representan menos del 3% de la población en la gran mayoría de los países y menos del 2% en casi todos los países de ingresos bajos y medios, alrededor del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS corresponden a ellos. En algunos países, la proporción puede llegar hasta el 35%; sin embargo, la disponibilidad y la calidad de los datos son limitadas y no es posible establecer si los trabajadores sanitarios se infectaron en el lugar de

trabajo o en entornos comunitarios. Miles de trabajadores de la salud infectados por el virus de la COVID-19 han perdido la vida en todo el mundo.

Además de los riesgos físicos, la pandemia ha ejercido niveles extraordinarios de estrés psicológico dado que están expuestos a entornos de gran demanda durante largas horas, los cuales viven con el temor constante de contraer la enfermedad mientras están separados de sus familias y se enfrentan a la estigmatización social. Antes de que comenzara la pandemia de COVID-19, los profesionales de la medicina ya corrían un mayor riesgo de suicidio en todas partes del mundo.

En nuestro país el Ministerio de Salud de la Nación confirmó el 2 de diciembre que 60.145 trabajadores de la salud contrajeron COVID-19 desde el inicio de la pandemia, de los cuales 362 fallecieron. En Argentina se han confirmado por laboratorio, desde el inicio de la pandemia y hasta el 26 de noviembre, 60.145 contagios de estos trabajadores, lo que representa 4,3% del total de casos confirmados de COVID-19 en el país, incluido el personal administrativo; 59.492 de ellos no tenían antecedente de viaje y 653 al inicio de la pandemia tenían antecedentes de viaje.

Asimismo, se informó que se recuperaron 52.057 trabajadores y que todas las provincias notificaron casos, con una letalidad que alcanzó a 0,60%. Del total de los contagios en estos trabajadores, 66% de los casos son mujeres, mientras que en el resto de la población es de 49,7%, siendo la edad promedio es de 39 años.

Al analizar las comorbilidades, las más frecuentes son el asma, la obesidad y la dia-

betes, pero hubo otros casos por enfermedades preexistentes como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, oncológicas, inmunosupresión, neurológicas, tuberculosis o hepatopatía crónica.

Medidas de prevención en establecimientos de salud

El personal de salud deberá atender con el Equipo de Protección Personal adecuado (barbijo tipo quirúrgico, protección facial o gafas, camisolín y guantes) incluso a aquellas personas que concurren a los servicios de emergencias o consultorios con transmisión local.

Además, para la atención de personas sin síntomas compatibles de COVID-19 en zonas con transmisión local, o provenientes de zonas con transmisión local en los últimos 14 días en los que se les realice procedimientos generadores de aerosoles (PGA), se deberá utilizar el equipo de protección personal para PGA que incluye Barbijo N95, KN95, FFP2 o equivalente. Para ser eficaces, las medidas de prevención y control deben prever el flujo de pacientes (y por lo tanto los riesgos potenciales) desde el primer punto del contacto con el paciente hasta su salida del establecimiento de salud.

Las medidas adicionales de carácter organizativo para el personal de salud incluyen:

- Realizar triage de síntomas al ingreso a todo el personal de la institución, incluyendo el control de temperatura.

- Reducir al mínimo posible el número de trabajadores en contacto directo con pa-

cientes con sospecha o enfermedad por COVID-19. En este sentido, la disposición de los puestos de trabajo, la organización de los equipos o células de personal para la atención y de la circulación de personas, la distribución de espacios (mobiiliario, consultorios, pasillos, etc.) y objetivo de garantizar el mantenimiento de la distancia de seguridad de al menos 2 metros.

- La recepción de los pacientes agudos debe realizarse por personal entrenado y con la protección necesaria para evitar el contagio intrainstitucional.

- Implementar medidas necesarias para la recolección y eliminación del material contaminado de manera adecuada.

- Establecer planes de continuidad de la actividad ante un aumento de las bajas laborales del personal o en un escenario de incremento del riesgo de transmisión en el lugar de trabajo.

- Contemplar posibilidades de redistribución de tareas y/o teletrabajo si fuera necesario.

- Garantizar que el personal sanitario se encuentre vacunado con la vacuna antigripal y cuente con el esquema de vacunación completo según Calendario Nacional vigente.

Dr. Héctor Emilio Ralli
Médico Infectólogo Universitario
Ex- Presidente del Círculo Médico
de San Isidro

Dr. PABLO BINAGHI - Presidente de la CIDCAM

Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica

“Gestionar Calidad es gestionar salud”

Desde hace dos años la CIDCAM emprendió una nueva etapa que tiene como objetivo volver a colocar a la institución en el lugar de preponderancia en el desarrollo de programas y sistemas de calidad de la atención médica que tuvo desde sus inicios, 20 años atrás.

El Dr. Pablo Binaghi, que forma parte de la organización desde sus orígenes, señala que trabajar en calidad permite planificar, ordenar y lograr mayor eficiencia organizacional.

¿Cuál es la estrategia de la CIDCAM en esta nueva etapa?

Nos planteamos distintas estrategias, unas hacia dentro y otras hacia afuera de la entidad. Hacia afuera, volver a ser y ser percibidos como una organización líder y de referencia en el desarrollo de los temas de calidad, para con las entidades pares que hacen actividades análogas de certificación o acreditación y para con las instituciones que están bajo programa.

Hacia adentro, uno de los objetivos trascendentes es la recuperación del contacto y la relación con todas las entidades intermedias que en su momento fueron partícipes fundacionales o como entes consultivos -FEMECON es una de ellas-.

Por otro lado el fortalecimiento y reestructuración de la organización para la adecuación a los nuevos desafíos tecnológicos, e incorporación expertos a nuestros planteles.

¿Cuál es la relación hoy con la Universidad Nacional de La Plata y otras instituciones?

En sus inicios la CIDCAM supo establecer un vínculo estrecho con la Facultad de Ciencias Médicas de la Plata, incluso nuestra sede se ubicaba en el Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (INUS) dentro de esa Facultad. Con el correr del tiempo, la designación de nuevas autoridades, reestructuración de la facultad y la disolución del centro INUS se produce un distanciamiento de esta casa de estudios y reubicación de la sede de la CIDCAM en dependencias de distintas organizaciones Intermedias.

Actualmente se han iniciado conversaciones y acciones con el fin de restablecer este importante vínculo, aspirando asimismo a relacionarnos con las Facultades de Ciencias Económicas y de Ciencias Exactas.



“La calidad no es suntuaria, efficientiza la manera de gestionar. La calidad no es un lujo. Si uno inicia un trabajo en Gestión Institucional en salud en forma sistémica clara y sincera, termina haciendo Calidad en Salud”.

“El propósito de la Calidad en Salud es generar herramientas y dispositivos que permitan planificar, ordenar y lograr mayor eficiencia organizacional de modo tal que permita alcanzar los objetivos propuestos en forma sustentable y segura para los pacientes”

Además, se han realizado acuerdos para restablecer contactos con el Colegio Médico de la provincia de Buenos Aires y distintas organizaciones tales como agrupaciones médicas. Aspirando también poder lograr articular con el sector estatal a través del Ministerio de Salud provincial. En resumen nuestra idea es reubicar a la CIDCAM en ese contexto médico institucional del que había sido distanciada.

¿Cuál es el propósito de la calidad en salud? La respuesta integral a esa pregunta es compleja o al menos extensa y creo que escapa al alcance de este encuentro, pero en virtud de simplificar y con el riesgo que esto conlleva, podríamos resumir que el propósito de la Calidad en Salud es generar herramientas y dispositivos que permitan planificar, ordenar y lograr mayor eficiencia organizacional de modo tal que

permita alcanzar los objetivos propuestos en forma sustentable y segura para los pacientes. Para ello es necesario ordenar la estructura organizacional, definir un Plan de trabajo con objetivos definidos, establecer procesos e indicadores que midan las variables críticas organizacionales.

A fin de garantizar el correcto desarrollo y cumplimiento de lo planificado es que se crearon instituciones, en general ONGs, cuyo fin es el de dar fe, en forma objetiva y externa del cumplimiento de estos objetivos.

Estas entidades se han dividido en función de sus atribuciones en las que Acreditan la Institución y las que Certifican Procesos Críticos organizacionales. Las que Acreditan certifican el cumplimiento global por parte de la institución de un grupo de estándares básicos y necesarios, las segundas certifican cada proceso en particular desde el punto de vista metodológico.

De esta manera estas organizaciones evaluadoras llevan adelante el proceso de certificación o de acreditación, según sea el caso en forma periódica mediante una evaluación externa realizada por expertos. La estrategia en su momento fue acompañada a nivel estatal con el desarrollo del programa Nacional de Garantía de Calidad, que también hizo una recopilación de estándares internacionales y los estableció en forma de programa.

Estas iniciativas de evaluación implemen-

tadas en un sistema de salud parcialmente desarrollado e imperfecto con pocos conocimientos en referencia a calidad médica, lejos de generar confianza, inclusión y empatía terminó generando resquemor y siendo expulsivo. Incluso algunos lo calificaron de elitista, aportando mayor confusión.

¿Por qué cree que existe confusión cuando se habla de calidad?

Existen múltiples conceptos que podrían considerarse a la hora de hablar de percepciones confusas, pero existe una idea paradigmática acerca de la Calidad en salud que es particularmente obstructiva, es aquella que vincula la idea de Calidad con la mayor complejidad. Hay que desmitificar en principio que la mayor complejidad o desarrollo tecnológico significa mayor calidad. Un ejemplo claro es la atención primaria de la salud, donde justamente se involucran variables sanitarias poblacionales tales como la promoción y la prevención de la salud. Siendo efectores de baja complejidad y amplia dispersión social, pueden y deberían contar con la condición de acreditado así como si se tratara de una clínica de alta complejidad. Si un Centro de Atención Primaria de la Salud provee promoción y atención de la salud siguiendo los estándares que se esperan, tiene que estar acreditado. Como este caso podríamos describir varios más. Es así que en sus ini-

cios desde la CIDCAM se percibió un nivel importante de desinformación en la gran mayoría de los referentes de los distintos establecimientos estudiados.

En ese escenario, ¿cómo irrumpe la CIDCAM?

En ese contexto, la CIDCAM -es decir, todas las entidades que la conforman- interpretaron que la calidad de atención médica tenía que ser algo accesible y gradual, que permitiera a las instituciones sincerar sus errores y dificultades a fin de generar procesos de mejora continua, en una forma no amenazante, metodológicamente correcta que derramara sobre todo el sistema.

En un primer momento se estableció un proceso de evaluación y certificación denominado APEC -Programa de Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad-. Se instruía a las instituciones para autoevaluarse y auto conocerse, evitando el temor de reconocer lo que se hace mal y por el contrario transformarlo en oportunidades de mejora. Con los sistemas de evaluación punitivos, muchas veces las instituciones forzaban cuestiones que no estaban desarrolladas ni bien implementadas, sólo para reunir las condiciones para ser acreditadas. De esta manera propusimos la autoevaluación participativa y un recurso estratégico de evaluación para desinstalar la idea juzgamiento denominado “evaluación por pares”.

¿Qué significa la evaluación por pares?

Es una herramienta que reemplaza al evaluador experto amenazante que llega solo a tomar examen. No significa que sea una evaluación informal -como si se tratara de una charla café entre amigos- sino todo lo contrario. Es un modelo metodológicamente estricto, validado con estándares nacionales e internacionales. Lo que cambia es la actitud, los miembros de la CIDCAM que desarrollan la actividad de tutorías y evaluaciones son percibidos como pares de las instituciones que están siendo tutoradas y evaluadas. Esto de alguna manera relaja esta resistencia al cambio y a mostrar cuáles son las falencias a través de las cuales se puede mejorar.

Esta estrategia desde sus inicios y hasta el presente, diferencia a la CIDCAM de otras instituciones. Estatutariamente la CIDCAM esta validada para realizar actividades de acreditación y certificación al igual que otras organizaciones afines, pero se ha seguido como una institución de desarrollo, capacitación y certificación de procesos. Elegimos este camino porque siempre lo pensamos desde el sentido de la equidad y la eficiencia.

Tras hacer el diagnóstico, ¿hacia dónde va ahora la institución?

Hoy estamos focalizados en el posicionamiento ya descrito recuperando el lugar de la institución para las entidades intermedias que la conforman y para las instituciones que están bajo programa.

El concepto de institución bajo programa

implica que, si bien van a tener certificaciones bianuales o las que se desprendan de sus procesos y avances, podrán mantener una continuidad no solo de mejora continua sino de participación en jornadas, ateneos, trabajos científicos y tableros de indicadores entre otras propuestas de trabajo continuo.

La idea es la generación de una red, una comunidad de instituciones certificadas.

¿Cómo se reestructura hacia adentro la institución?

Hacia adentro estamos trabajando para reforzar el recurso humano y en ese sentido se realizaron cursos de formación de evaluadores, los que ya se están incorporando a los procesos de certificación y tutorías, aumentando el volumen de actividad. Asimismo, iniciamos el año pasado y más aún forzados por la pandemia, estamos realizando un desarrollo informático que nos permitirá un mejor manejo de las distancias geográficas provinciales.

La provincia es muy extensa y llegar en forma uniforme y equitativa es un verdadero desafío.

La virtualidad nos está dando la posibilidad de acceder y en un proceso de tutoría estar en una misma pantalla cinco personas de la CIDCAM trabajando en paralelo con una institución a 500 kilómetros. Esto es valiosísimo para nosotros y creemos para las entidades sanitarias.

En paralelo comenzamos realizar el desarrollo de una nueva página web y del sistema administrativo que está por detrás, e

iniciamos un plan comunicacional para visibilizar todas las iniciativas planteadas. Estas herramientas son muy poderosas si se implementan correctamente.

Estamos mejorando nuestros planteles, generando herramientas de capacitación, desarrollando diplomaturas y seminarios. Para ello se conformó un Área Científico Técnica, que evalúa herramientas y protocolos propios internos de CIDCAM, genera cursos y diplomaturas, genera encuestas para ver cuáles son los temas detectados de mayor importancia de las instituciones bajo programa. También hay un repositorio con publicación científica de entidades reconocidas, recomendaciones de las instituciones y el marco normativo de la provincia en salud.

¿Cree que la calidad debe ser parte de la agenda sanitaria a nivel gubernamental?

Definitivamente creemos que el desarrollo de estrategias de Calidad Medico Asistencial es fundamental y debería figurar en toda agenda sanitaria a nivel gubernamental.

El mayor desafío que percibimos hoy en día tiene que ver con la fragmentación del sistema sanitario y la percepción de cierto recelo de los diferentes sectores ante la posibilidad de articulación. Creemos firmemente que la conformación de redes donde los criterios de gestión que sustentan los sistemas de calidad sean el argumento constitutivo esencial de articulación, garantizaría un sistema sanitario más eficiente accesible equitativo y seguro.



¿Por qué en definitiva es importante certificar calidad?

Porque es importante para planificar y ordenar. Contrario a lo que muchos pueden pensar, que en tiempos de crisis no hay espacio para la calidad, justamente para la crisis el mejor argumento es la calidad. La calidad no es suntuaria, eficientiza la manera de gestionar. La calidad no es un lujo. Si uno inicia un trabajo en Gestión Institucional en salud en forma sistémica clara y sincera, termina haciendo Calidad en Salud. Y, si por el contrario se inicia un trabajo en Calidad Medico Asistencial en forma sistémica clara y sincera, se termina haciendo Gestión Institucional en Salud. Porque los dos caminos van al mismo punto. Gestión y Calidad son dos caras de la misma moneda. Gestionar en Calidad es gestionar salud.

Plan Operativo de Vacunación contra el SARS-CoV-2

El plan, diseñado junto a distintas áreas de gobierno y las 24 jurisdicciones, tiene como objetivo llevar a cabo la vacunación de la población de riesgo, con el fin de bajar la mortalidad por COVID-19 en Argentina.

Poco antes de finalizar el año comenzaron a distribuirse a las provincias las 300.000 dosis de la vacuna contra el Coronavirus, para la inmunización de los grupos con mayor riesgo de infectarse con el virus SARS-CoV-2, como es el personal de salud. Según manifestaron desde la cartera de salud nacional, “la distribución, que posee una logística federal, equitativa y proporcional, fue realizada de acuerdo a un cociente basado en cantidad de médicos y centros de salud habilitados y la prioridad de esta partida es el personal sanitario”.

En este sentido, la provincia de Buenos Aires recibió 123.000 de vacunas, Santa Fe 24.100, CABA 23.100, Córdoba 21.900, Tucumán 11.500, Mendoza 11.000, Entre Ríos 10.100, Salta 8.300, Chaco 7.700, Corrientes 6.700, Santiago del Estero 5.900, Misiones 5.200, San Juan 4.700, Jujuy 4.600, Río Negro 4.400, Neuquén 3.600, Formosa 3.400, San Luis 3.300, Chubut 3.000, Catamarca 2.800, La Rioja 2.600, Santa Cruz 2.400, La Pampa 2.300 y Tierra del Fuego 1.300.

La vacunación será en etapas, gratuita, voluntaria e independiente del antecedente de haber padecido la enfermedad. Prioritariamente se vacunará al personal de salud, de manera escalonada, en función de la estratificación de riesgo de la actividad.

Las vacunas Gam-COVID-Vac son elabo-

radas en base a una plataforma probada, basada en vectores adenovirales humanos, y requiere una segunda dosis entre los 21 y 60 días de recibida la primera dosis.

Para su implementación, desde el Gobierno Nacional se aportarán progresivamente 50 millones de vacunas e insumos necesarios para inmunizar a la población objetivo; transferencias a las provincias por 3.500 millones de pesos a través de los Programas Sumar, Redes de Salud y Proteger para la compra de equipamiento, logística, recurso humano y otros insumos; voluntarios a través del Programa ACTIVAR; y capacitaciones específicas para vacunadores y registradores.

El secretario de Equidad en Salud, Martín Sabignoso, precisó que “los primeros que van a ser vacunados van a ser el personal de salud y con las 300 mil dosis podremos cubrir el 35%, prioritariamente aquellos que están en la primera línea de atención y que han venido haciendo un esfuerzo muy importante a lo largo de todo el año y lo siguen haciendo, como es el caso de los terapeutas, el personal de enfermería y personal de guardia”.

En cuanto a los recursos humanos y puntos de aplicación para llevar a cabo esta campaña de vacunación masiva contra el COVID, el país cuenta con 7.749 establecimientos de salud acondicionados para va-

cunar y 116.000 integrantes de los equipos de vacunación, de los cuales 36.000 son vacunadores y 80.000 son personal de apoyo como registradores y orientadores.

De acuerdo a la planificación acordada con los gobernadores y los ministros de Salud provinciales, la vacunación continuará en los grandes aglomerados urbanos donde la evidencia indica que se presenta una mayor proporción de casos confirmados, con transmisión comunitaria sostenida y las mayores tasas brutas de mortalidad.

Además, dentro de los procesos necesarios de registro, se validará la identidad de las personas a vacunar con su DNI; se realizará la carga en los registros digitales con el sistema nacional y que permite hacer seguimiento nominalizado de las personas vacunadas en tiempo real y se emitirá el carnet de vacunación con recordatorio para la aplicación de la segunda dosis y monitoreo de posibles eventos adversos. Argentina ya tiene comprometidas más de 50 millones de dosis de acuerdo a los contratos que el país firmó con AstraZeneca por 22.4 millones de dosis, con el Fondo de Inversión Rusa por 20 millones de dosis de la vacuna Sputnik V del Instituto Gamaleya y a través del del Mecanismo COVAX de OMS por 9 millones de dosis, además de continuar negociando para adquirir vacunas de otros laboratorios como Pfizer, Sinovac y Sinopharm.

Plan Buenos Aires Vacunate

El gobierno bonaerense difundió el sitio web para acceder a la vacunación contra el coronavirus en el marco de un “plan público, gratuito y optativo” y dispuso que los cinco primeros grupos que recibirán la vacuna serán los de personal de salud, docentes, personal de seguridad, mayores de 60 años y adultos entre 18 y 59 años con enfermedades preexistentes.

En el sitio gba.gob.ar/vacunate/, los ciudadanos bonaerenses podrán acceder al Plan Provincial contra la Covid-19, que cuenta con un gestor de turnos para que la vacunación sea organizada, ágil y no signifique un riesgo de aglomeración de personas en los puntos de vacunación.

“Para poder acceder a la vacunación tenés que sacar un turno y en esta primera etapa tenés que tener entre 18 y 59 años y poder acreditar enfermedades preexistentes, ser mayor de 60 años o ser personal de salud, policial o docente y auxiliar”, informa el sitio gubernamental.

Además, indica que uno de los subgrupos de vacunación prioritaria del “plan público, gratuito y optativo Buenos Aires Vacunate son las personas que padecen enfermedades preexistentes que aumentan la probabilidad de presentar cuadros graves ante una infección por coronavirus”. En esa lista figuran la enfermedad pulmonar crónica, diabetes, enfermedad cardiovascular, la obesidad y la enfermedad renal crónica.

Coronavirus

La ANMAT aprobó el uso de suero equino hiperinmune

Es para el tratamiento en pacientes adultos con enfermedad moderada a severa de COVID-19. Se evidenció un beneficio clínico considerable, la disminución de la necesidad de internación en terapia intensiva y de asistencia respiratoria mecánica.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó el uso del suero hiperinmune anti-SARS-CoV-2 (INM005, CoviFab®) para el tratamiento de pacientes adultos con enfermedad moderada a severa COVID-19. La aprobación de este medicamento innovador basado en anticuerpos policlonales se fundamentó en los resultados positivos del estudio clínico de Fase 2/3, los cuales mostraron que la aplicación de esta terapia, que demostró ser segura, redujo la mortalidad casi a la mitad (45%) en los pacientes con COVID-19 severa. Este proyecto fue uno de los seleccionados por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación en la convocatoria "Ideas Proyecto Covid-19", en el marco de la Unidad Coronavirus, creada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el CONICET y la Agencia.

Los pacientes tratados con el suero registraron reducción de la internación en terapia intensiva de 24% y del requerimiento de asistencia respiratoria mecánica de 36%, frente al placebo. Además, mostraron un beneficio clínico considerable a lo largo de los 28 días de seguimiento del tratamiento y mejora significativa de dos puntos en la escala ordinal de evaluación clínica de ocho puntos de la OMS a los 7, 14 y 21 días. Esta escala establece parámetros co-

mo la externación con o sin limitación en las actividades, hospitalización con o sin necesidad de oxígeno y soporte de asistencia respiratoria mecánica, entre otros. Los efectos positivos mencionados se observaron en la población bajo estudio, y en particular, en los pacientes con enfermedad de curso severo.

"El estudio clínico pudo llevarse a cabo en los tiempos previstos gracias al compromiso y esfuerzo de investigadores, investigadoras y personal de la salud de los centros participantes, así como del comité independiente de médicos especialistas que realizaron los análisis interinos de seguridad. Además, desde el inicio, interactuamos con la autoridad reguladora ANMAT. A todos ellos y a los pacientes, les agradecemos por la confianza en nuestro trabajo", comentó Fernando Goldbaum, investigador superior del CONICET y director científico de Inmunova.

El estudio clínico evaluó la seguridad y eficacia del medicamento en 242 pacientes adultos (18 a 79 años) con enfermedad moderada a severa causada por la infección del SARS-CoV-2, confirmada por PCR, dentro de diez días del inicio de síntomas y que requerían hospitalización. Se realizó en 19 hospitales y clínicas de AMBA, Neuquén y Tucumán. El promedio de edad fue de 54 años, con una participación mayor de hombres (65% varones y 35% mujeres).



A partir del Registro Bajo Condiciones Especiales de ANMAT, el producto estará disponible para su aplicación en pacientes con enfermedad moderada a severa COVID-19 en condiciones de pandemia, con la firma de consentimiento informado, ampliando el estudio de su efecto clínico mediante un Plan de Monitoreo de Eficacia y Seguridad consensuado con la ANMAT. Se va a llamar CoviFab y será un suero endovenoso por goteo, a aplicar en dos dosis.

Acerca del suero hiperinmune anti-SARS-CoV-2

Es una inmunoterapia basada en anticuerpos policlonales equinos con gran capacidad neutralizante anti SARS-CoV-2. Se obtienen utilizando como antígeno una proteína recombinante del virus, la cual se produce mediante técnicas de biotecnología. El medicamento se logra a partir del procesamiento de los anticuerpos, gene-

rando fragmentos con alta pureza y buen perfil de seguridad.

Los anticuerpos policlonales tienen la ventaja que reconocen y unen en varias regiones a la molécula clave del virus, bloqueando los sitios de interacción con sus receptores. Como ventaja adicional, pueden producirse rápidamente a gran escala. Este tratamiento es fruto del trabajo encabezado por Inmunova junto a un trabajo de articulación público-privada con el Instituto Biológico Argentino (BIOL), mAbxience, Grupo Insud, con el apoyo de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación dependiente del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, del CONICET, la Fundación Instituto Leloir (FIL), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" (ANLIS), la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM) y del Fondo Nacional de Desarrollo Productivo (FONDEP).

“No hay vacunas de primera y vacunas de segunda”

Covid y Vacunas - Todo lo que hay que saber

Lo dijo Florencia Cahn, presidenta de la SAVE -Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología- en el encuentro “Covid y vacunas, todo lo que hay que saber” organizado por la SADI -Sociedad Argentina de Infectología. La especialista agregó que “por la politización de la pandemia hay cierta xenofobia con las vacunas. Hablamos de la rusa, la china, o la de Pfizer y la de Oxford y sin querer queriendo estamos dando un punto de vista peligroso. Hay o no evidencia científica, los estudios de Fase 3 le permite a una vacuna ser aprobada”. La médica infectóloga recordó además que “todavía no hace ni un año que se descubrió el Sars Cov-2” y sin embargo “a los pocos meses empezaron los estudios de investigación de vacunas. Todo se dio con un ritmo muy vertiginoso y rápido pero sin alterar ninguna de las fases de investigación”, subrayó y analizó que esa rapidez se debe a la intensa circulación del virus, que permite estudiarse en vacunas. Para la especialista es inevitable hablar de incertidumbre porque “la ciencia es incertidumbre, respondiendo y preguntando cosas. Y las respuestas varían en función de las evidencias científicas”.

Más allá de la esperanza que trae aparejada la llegada de vacunas que puedan contener a la pandemia, Florencia Cahn hizo hincapié en no caer en la sensación de seguridad o de pos pandemia. “Necesitamos seguir cuidándonos y que la segunda ola no aparezca. La vacuna va a llegar progresivamente. No va a estar vacunada la población de un día para el otro, sino que será una herramienta importante para la prevención, pero acompañada por barbijo,



distanciamiento de dos metros y la ventilación de los ambientes”. “Si bien la vacuna parece estar cerca, falta mucho aún”, enfatizó.

Por su parte, Ricardo Rüttimann, coordinador de la Comisión de Vacunas de la SADI destacó lo que se está haciendo a nivel científico y los pronto resultados: “la historia de la vacunología no ha dado nunca información en forma tan rápida” sostuvo y señaló que “en todas las plataformas las vacunas están dando niveles de anticuerpos que evidencian un 90 por ciento de eficacia”. “Día a día tenemos que hacer ciencia, y es difícil. La ciencia necesita tiempo y es lo que no tenemos en esta pandemia” subrayó. Rüttimann adelantó además que está previsto realizar lo que se denomina

“vacunación en sucio”, es decir, a todos hayan o no tenido covid. “Primero se vacunará al personal de salud, luego esenciales, y más tarde mayores de 60 y menores con comorbilidad” dijo y sostuvo que hay información publicada de vacunas con respuesta de anticuerpos en mayores de 60 años. “La eficacia en mayores de 60 sigue siendo alta. Las vacunas tienen que ser seguras e inmunogénicas, es todo lo que se necesita saber. Y luego que se aprueben” resaltó.

Finalmente, el infectólogo Pedro Cahn resaltó: “Estamos viviendo un momento extraordinario, inesperado y masivo que nos modificó la vida a todos a nivel social, económico y familiar” a la vez que señaló lo “extraordinario a nivel científico”. “En mar-

zo era impensado imaginar que íbamos a tener cuatro vacunas con Fase 3 aprobada, con eficacia superior al 90 por ciento. Hoy está identificado el antígeno capaz de responder y estamos en un buen camino”, dijo y reflexionó: “Esto no tiene que hacernos olvidar que no estamos en la época de la pos pandemia, al menos hasta tanto no tengamos al 70 por ciento de la población para tener inmunidad de rebaño”.

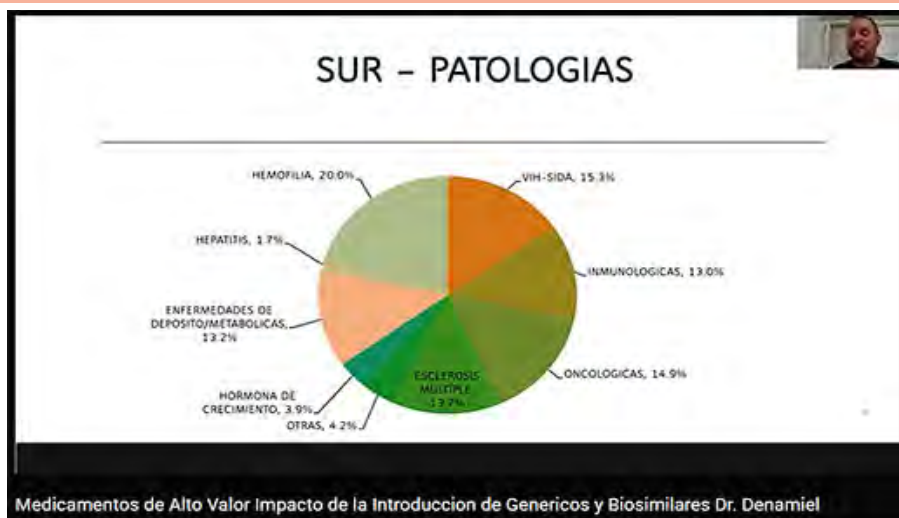
En el webinar de la SADI se hizo especial hincapié en resaltar las instancias de aprobación de las vacunas: primero la CONAIN (Comisión Nacional de Inmunización) organismo técnico que asesora a las autoridades nacionales y a los definidores de políticas para tomar decisiones sobre aspectos relacionados con la inmunización basados en la evidencia y/o en la epidemiología local, y la ANMAT como organismo autorizador.

Rüttimann explicó además el objetivo de Covax, el Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19, una alianza impulsada tanto por actores públicos como privados, es garantizar el acceso equitativo a las vacunas que se logren desarrollar. “Covax pretende dar equidad y acceso a las vacunas de covid. Muchos países se asociaron y un aspecto importante es que las vacunas deben estar precalificadas por la OMS. Es una de las actividades regulatorias que da control y sello de calidad que permite la confianza y el acceso donde autoridades regulatorias no son tan prestigiosas” y agregó: “Aún ninguna de las vacunas tiene la pre-calificación de la OMS. El plan de Covax es a partir del primer trimestre del año que viene”.

“Es necesario trabajar en el terreno de la eficiencia”

Covid y vacunas: mitos y verdades

12



Así se refirió Juan Pablo Denamiel, subgerente de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud, en el webinar “Medicamentos de Alto Valor - Impacto de la introducción de genéricos y biosimilares”, organizado por SADAM, que contó con la coordinación de su presidenta Estela Izquierdo.

Hoy son cada vez más crecientes las patologías denominadas de alto costo que cubre el sistema de la seguridad social. Mientras que en el 2012 la lista alcanzaba los 117 productos, en la actualidad suman 129. En este sentido el funcionario señaló que el Sistema Único de Reintegro -SUR- “es el fondo de redistribución solidario para corregir las asimetrías entre las obras sociales y reintegros de patologías de alto costo y baja incidencia”. Y explicó que “la discapacidad es lo que más se lleva en cuanto al costo, y no tiene que ver con medicamentos, ni cirugías, sino con presta-

ciones de educación y transporte”.

Para Denamiel es importante establecer “cómo se logra adquirir lo mismo con menos gasto” y subrayó la necesaria competencia del mercado: “que salgan productos que tengan efectos parecidos a lo que ya está incorporado, que aparezcan copias del producto original sin que denoste calidad, como son los biosimilares”.

Denamiel sostuvo que la mejor estrategia de recupero con mayor cantidad de productos disponibles tiende a mejorar la competitividad así como la mayor competencia en el mercado se traslada a mayores descuentos.

“Los mejores niveles de descuento se traducen en un mayor acceso a los pacientes”, señaló y resaltó la importancia de la recolección de datos de vida real “que resulta imprescindible para la toma de decisiones”. “Se puede comprar mejor”, concluyó.

Derribando mitos y aclarando dudas con evidencia científica, la Sociedad Argentina de Infectología advierte que “estamos viendo la mayor estrategia de vacunación de los últimos tiempos” y despeja dudas sobre los estudios que llevaron a la aprobación de las vacunas con las cuales se iniciará el plan de inmunización que no será obligatorio por ahora pero que sí será parte de una Campaña Nacional de Vacunación. “En el paradigma tradicional, los estudios se hacen con mucha dificultad: la reclutación de voluntarios es lenta, hay mucha deserción, el grupo interesado es reducido. Los procesos son largos y costosos y normalmente hay una secuencia lineal de los pasos y las fases”, dicen desde la SADI y explican que en contexto pandémico, el paradigma cambia: “los voluntarios son reclutados por miles en horas, el mundo está estudiando un mismo tema y las fases se desarrollan en paralelo”. “No hay un proceso más breve, sino que se acortan tiempos burocráticos e interrupciones”, subrayan. ¿Cómo se estudian entonces las vacunas?: en una fase preclínica y cuatro fases clínicas.

Fase Preclínica: Es un estudio que se hace en animales. Allí se estudia el mecanismo de acción de la vacuna, la toxicidad y la inmunología.

Fase clínica 1: Participan menos de 100 personas. Se estudia la respuesta inmunológica en adultos jóvenes sanos.

Fase clínica 2: Participan entre 100 y

1000 personas. Se analizan las dosis, vías de administración y eficacia en distintos grupos de población.

Fase clínica 3: Participan miles de voluntarios. En el caso Covid, de todo el mundo. Se hace un estudio pormenorizado de eficacia y seguridad. Si los resultados son positivos, se evalúa para que las Agencias de los países la autoricen para su aplicación.

Fase clínica 4: Se llama de “Farmacovigilancia”. Se realiza un seguimiento de posibles efectos secundarios que puedan aparecer una vez que la vacuna se aplica a mayor escala. “Estos procesos son comunes a todas las vacunas que conocemos y vamos a conocer en el futuro”, subrayan desde la entidad.

En el webinar “Covid y vacunas. Actualización mitos y verdades”, la infectóloga Ángela Gentile fue contundente: “Hay un proceso más acelerado de aprobación, sin sacrificar seguridad ni eficacia. La gente tiene que confiar, es importante que no haya reticencia a la vacunación” y agrega que “las autoridades regulatorias no trabajan de forma aislada, comparten información. ANMAT tiene un convenio con las autoridades regulatorias de Europa de finales de noviembre y se manejan estándares de calidad”. Pablo Bonvehí por su parte agregó: “La OMS exige a las vacunas una eficacia del 50%, todas las vacunas para el Covid-19 superan ampliamente ese requisito”.

“La calidad y la eficiencia son inseparables”

Así aseguró Rubén Torres, presidente del Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS), durante el seminario virtual “Atención de la Salud ante el nuevo paradigma. Algunas herramientas aplicables” organizado por la entidad. El mismo constó de tres encuentros y se abordaron temáticas relacionadas a los costos de la no calidad, la transformación digital del sector salud, la gestión de riesgos y la gestión por procesos.

Los costos de la no calidad

Durante el primer encuentro, el presidente del CENAS afirmó que “la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia porque si no se tiene en cuenta el ahorro necesario de recursos disponibles, el alcance del servicio será menor al supuestamente posible”. En esta línea, aseguró que “dentro del sistema tenemos mucho trabajo para realizar en términos de malgasto de recursos que son destinados a procesos que no tienen beneficios”.

Además, el especialista resaltó la falta de información y la ausencia de datos que hay en nuestro país: “esto habla de la falta de prioridad que le damos a este tema y esto es un problema de calidad, los países deben asegurarse de sistemas de información que puedan realizar un seguimiento adecuado del rendimiento y producir datos útiles”, expresó.

Por su parte, Fabián Vitolo, Gerente de Relaciones Institucionales y Servicios Médicos en Noble Seguros, aseguró que “uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre daños y que el 50% de esos daños son evitables” y que por ello es importante “reconocer a la seguridad del paciente como un tema de salud pública”. Aclaró que la mayoría de los problemas son por sistemas defectuosos y no por las fallas individuales de los prestadores y dijo que “el problema no son los juicios sino los costos de los eventos adversos más allá del juicio”. Vitolo explicó que “el daño de los pacientes es una gran carga para la salud pública de todo el mundo y la carga es mucho mayor para los países con ingresos medios y bajos” y agregó: “la diferencia no está en la tasa de los eventos adversos sino en la severidad de las consecuencias”. A su vez, aseguró que los mayores ahorros vinieron por prevención en errores de la medicación.



La gestión de riesgos y la gestión por procesos

El tercer encuentro contó con la disertación de Rafael Acevedo, Especialista en responsabilidad médica, quien enumeró cuáles son los riesgos asociados al sector de la salud durante la pandemia. Identificó los riesgos económicos-financieros, los riesgos para el personal de salud, los riesgos médico-legales y los riesgos para la formación profesional. En cuanto a los riesgos eco-

nómicos indicó que hubo en términos generales una merma en la facturación y que durante abril y mayo el sector salud sufrió fuertes pérdidas. “El nivel de actividad promedio cayó un 25% en consultas, prácticas, internaciones y cirugías”, expresó. Con respecto a los riesgos para el personal sanitario, dijo que durante los primeros días de diciembre ya se contabilizó a más de 60.000 profesionales de la salud afectados por covid-19.

Además, mencionó que hay un alto grado de cansancio general que se debe tener en cuenta ante la posibilidad de una situación de rebrote. También hubo un impacto en materia educativa, ya que “la pandemia afectó a la formación de postgrado, porque ha habido menos nivel de pacientes y de intervenciones” aseguró Acevedo y dijo “habrá que repensar soluciones rápidamente para que en el primer semestre del año que viene no se produzca una situación similar”. Sobre los riesgos médicos legales destacó la importancia de “formar y capacitar sobre el marco regulatorio de la pandemia, el manejo del caso sospechoso, el aislamiento y su connotación médico legales, como gestionar el alta epidemiológico, la telemedicina, el manejo de documentación en covid-19, consentimientos informados, protocolos institucionales y seguridad del paciente”.

Por último, Alberto Díaz Legaspe, Relaciones

Institucionales del CENAS, habló sobre la Gestión por procesos y sobre la acreditación como herramienta de mejora. Explicó que la gestión por procesos es el elemento fundamental para transformar una institución y “para utilizarla en una organización debe describirse la misión concretando entradas y salidas e identificando clientes y proveedores”. Además, señaló la importancia de medir la cantidad y calidad de lo producido y asignarse responsabilidades del cumplimiento de la misión del proceso a una persona. En cuanto a los beneficios de la gestión por procesos, aseguró que la misma alinea las actividades, está basada en datos de efectividad y eficiencia y se dirige hacia un modo de mejora continua. “Facilita la obtención de calidad en los resultados” aseguró y resaltó: “lugares de trabajo de calidad lleva a la atención de calidad al paciente”.

La transformación digital como determinante de la salud

“La transformación digital del sector salud tiende a convertirse en un instrumento de acreditación en algunos países. Es necesario incorporar conceptos como la conectividad inclusiva o el ancho de banda, casi como determinantes de la salud. La mayoría de los procesos tienen que pasar por un estado de digitalización y tiene que ser con tecnología disponible para todos y en todas partes”. Marcelo D’Agostino, gerente del área de Gestión y Comunicaciones de la Organización Panamericana de la Salud se refirió así a los nuevos paradigmas que enfrenta la atención de la salud con respecto a las herramientas tecnológicas. Para ello, agregó, es necesario una “madurez institucional” y una “revolución de los usuarios en aceptar las tecnologías, que no son nuevas, y adaptarlas a la coyuntura”. Para eso, recomendó, es preciso entender las necesidades de automatización y las competencias técnicas. En referencia a la pandemia, D’Agostino explicó que a nivel de centros de Atención Primaria de la Salud, “llegó menos preparado desde el punto de vista de profesionales y desde los mismos pacientes”. “Este nuevo paradigma influyó y hacia allí se desarrollaron los instrumentos de la Organización Panamericana de la Salud en cuanto a sistemas de información”, concluyó.

El daño a los pacientes es una gran carga para la salud pública en todo el mundo



Nota: Porcentaje de DALYs promedio por país. Clasificación de países basadas en las categorías Mundial | Fuente: IHME 2015



Nivel conceptual

Acelerar el posicionamiento del sector salud en la Era de la Interdependencia Digital

- Lograr la **Conectividad Universal** en el sector de la salud para 2030
- Promover los **Bienes Públicos de Salud Digital (BPSD)** para crear un Mundo más Equitativo
- Garantizar la **Salud Digital para Todos**, incluidos los más vulnerables
- Fortalecer los sistemas de información (SI) y **Creación de Capacidad** en salud digital
- Garantizar la protección de los **Derechos Humanos** en salud digital
- Apoyar la **Cooperación Global** en tecnologías emergentes de salud digital
- Promover la **Confianza y la Seguridad de Información** en el entorno digital de salud pública
- Contribuir una arquitectura de salud pública más eficaz para la **Cooperación Digital**

PAHO

Efectos del ASPO-COVID-19 en el desarrollo de las infancias

El Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) presentó el Informe de avance del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia 2010-2020: "Efectos del ASPO-COVID-19 en el desarrollo humano de las infancias argentinas".

Entre los hallazgos del informe se menciona que la inseguridad alimentaria se incrementó durante el 2020 y que los más afectados fueron los adolescentes, mientras que la infancia temprana fue la más protegida. La atención preventiva de la salud del niño/a y adolescente sano se postergó de modo significativo en el marco del ASPO-COVID-19. Se estima que el déficit de controles médicos preventivos se incrementó casi un 12% y el de la salud bucal un 23%. Si bien el aumento de la incidencia del déficit fue mayor a medida que aumenta la edad, en la primera infancia el déficit se duplicó. "Las desigualdades son per-

sistentes, pero el efecto ASPO fue transversal a las infancias", remarca el informe.

Las condiciones del medio ambiente de vida (hacinamiento, calidad de la vivienda) no experimentaron cambios en el último año. Mejoró el indicador de contaminación ambiental como en casi todas las ciudades del mundo en el marco del ASPO. En cuanto a los indicadores de estimulación emocional e intelectual se mantuvieron estables en su incidencia durante el último año, salvo el de estimulación a través de la palabra (contar cuentos o relatar historias orales). Este indicador creció de modo superlativo afectando especialmente a los niños/as en edad escolar y en los estratos bajos y medio no profesional. Los estilos de crianza nocivos también se incrementaron en su incidencia de modo transversal a los grupos de edad y el estrato social, salvo en el maltrato físico que fue mayor en el

estrato bajo marginal.

Además, el ASPO tuvo un efecto muy relevante en los procesos de socialización de las infancias y adolescencia. Esto se advierte en el incremento de un 10% de la insuficiente actividad física y el comportamiento sedentario. Ambos indicadores afectan a casi el 70% de los chicos/as entre 5 y 17 años. Los indicadores de acceso a la información experimentaron una mejora relevante en el último año como consecuencia de una mayor conectividad por parte de los hogares con niños/as y adolescentes a través de servicios de internet en el hogar.

Por último, el trabajo infantil económico y doméstico intensivo experimentó una merma muy significativa como consecuencia del ASPO-COVID-19 y la merma del trabajo informal del que participan las infancias en las grandes ciudades del país.

INDICADORES DE DÉFICIT EN EL ESPACIO DE LA SALUD

Evolución en porcentaje de niños/as de 0 a 17 años. Años 2010-2020. *



*El déficit de consulta al odontólogo representa la evolución en porcentaje de niños/as de 3 a 17 años. Años 2010-2020.

Prestadores de salud advierten el “estado terminal” de la actividad

Prestadores de la Salud e integrantes de distintas cámaras y entidades vinculadas al sector, elevaron una carta formal a los funcionarios nacionales para denunciar el estado terminal de la actividad y solicitar la adopción de medidas urgentes. “En muchos casos, la pandemia repercutió negativamente, con un marcado descenso en la atención, lo que tuvo como efecto una merma considerable en sus ingresos”, señalan desde FABA -Federación Bioquímica de la provincia de Buenos Aires-.

Entre otras cosas, solicitaron que se prorrogue la emergencia sanitaria, se prorrogue el Programa ATP para la totalidad de los prestadores del sector de la Salud durante todo el año próximo, al igual que la vigencia del Decreto 300/20; que también se arbitren los medios para que se actualice el importe nominal del monto mínimo no imponible establecido por el Decreto 688/2019, para ser aplicado por los empleadores sobre el cálculo de las contribuciones patronales.

Según detallaron en la carta dirigida a las autoridades, el sector viene padeciendo retrasos arancelarios desde los últimos cuatro años y se calcula que ese desfase alcanza los 70,7 puntos porcentuales respecto del IPC y en 119,7 puntos porcentuales respecto del Índice de Costos en Salud; por lo que, sumado a este contexto, alertaron que un gran número de Instituciones médicas, que atienden a 7 de cada 10 argentinos, se verán forzadas a cerrar sus puertas de manera definitiva.

A su vez, exigieron que cese la discriminación de la cual son objeto algunos prestadores del sector de la salud con relación a otras entidades; que se les otorgue un bono por el IVA que no puede compensar a fin de que lo utilice para el pago de otras cargas fiscales o se permita la transferencia de dicho IVA a terceros; se dicte una moratoria de características similares al régimen especial establecido por la ley 26283 del año 2007 y que el Estado

prorrogue el beneficio al Personal de Salud otorgado por el Decreto 315/2020.

Desde FABA alertaron que “la presentación relata claramente la situación del sector salud en el cual estamos incluidos; más del 70% de nuestros insumos son importados, así como toda la tecnología que es necesaria en los laboratorios, por lo que el impacto de la devaluación ha sido muy importante, concomitantemente con la inflación que padece nuestra economía”. En esta misma línea, añadieron que “en este escenario los aranceles fueron postergados por casi todos los financiadores de la seguridad social y gran cantidad de laboratorios no recibieron en parte o en su totalidad los ATP previstos. Como contrapartida los laboratorios mantuvieron normalmente la atención durante esta larga cuarentena”.

Por último, desde FABA, concluyeron que “hoy comienza a aparecer la demanda contenida y los laboratorios no disponen de los recursos para hacer frente a todos los compromisos, con ingresos que sufren un atraso superior al 60% de sus valores históricos. Es necesario implementar medidas que apunten al sostenimiento de nuestro sector en forma urgente”.

La presentación fue firmada por los representantes de ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina); CEDIM (Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio); CEPAL (Cámara de Entidades Prestadoras de Salud); CONFELISA (Confederación Argentina de clínicas Sanatorios y Hospitales Privados); CADIME (Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico); AAEG (Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos); CACEP (Cámara Argentina de Clínicas y Establecimientos Psiquiátricos) y FEM (Federación de Cámaras de Emergencias Médicas y Medicina Domiciliaria).

“El primer semestre del año va a ser una realidad la vacunación masiva”

16

Así lo adelantó Mauricio Seigelchifer, Director de Transferencia de Tecnología en mAbxience, productor de la vacuna de AstraZeneca para Latinoamérica, en el webinar organizado por AES Chile y AES Argentina “El acceso a una vacuna contra el Covid en América Latina”. Seigelchifer agregó además que “probablemente el segundo semestre volvamos a ser personas parecidas a las que fuimos antes de la pandemia”.

El científico explicó que la vacuna tiene que cumplir dos preceptos: ser inocua y eficaz, es decir, “que no produzca efectos secundarios importantes y que proteja”.

El camino para lograr estos objetivos es el desarrollo de pruebas clínicas que tienen que demostrar la seguridad y la eficacia. “Esto lleva un tiempo, ahora con la pandemia se está yendo todo lo rápido que se puede, pero no se están haciendo las cosas a las apuradas”, aclaró.

Por otra parte, Seigelchifer advirtió que para poder vacunar a la población son necesarias dos cosas independientes una de la otra, pero a la vez complementarias: “por un lado debe aprobarse habiendo demostrado ser inocua y eficaz y por otro lado, que haya disponibilidad de vacunas”.

En el caso de AstraZeneca, eligió Argentina para la producción de vacunas que luego serán envasadas en México. “En cada región se eligen socios que las fabrican. De esta manera se logra en distintos continentes tener socios independientes que la produzcan”, sostuvo el especialista y subrayó: “nosotros tenemos la tecnología necesaria para producirla”.

Otro ítem que debe ser tenido en cuenta es que sea accesible económicamente (la vacuna de AstraZeneca rondará los 4 dólares) y que se pueda transportar y almacenar fácilmente.

Salvo Cuba, que produce la propia, América Latina tiene garantizada la vacuna que logró producir el primer lote en diciembre y comenzó su proceso de producción. “Era fundamental llegar a tiempo y lo logramos” dijo Seigelchifer.

Diálogos sobre la pandemia: vacunas y prioridad justa

El Grupo PAIS -Pacto Argentino por la Inclusión en Salud- cerró el año con el encuentro “Diálogos sobre la pandemia”, que contó con la participación de la médica infectóloga Silvia González Ayala, miembro del Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación del Hospital de Niños Sor María Ludovica.

González Ayala hizo un repaso por el último año, que comenzó con la “energía destructiva de la pandemia” y llegó a su fin con “la energía regenerativa del trabajo de la ciencia, con una velocidad nunca antes conocida.”

La infectóloga detalló que en el proceso acelerado de las vacunas para uso en la población en pocos meses, se superpusieron las Fases 1 y 2 con la identificación del agente vacunal, las sociedades estratégicas y la selección de dosis y seguridad y eficacia. y a su vez la Fase 2 y Fase 3. Y explicó que las licencias hoy “son de uso en emergencia con análisis y cortes interinos porque no se ha determinado la Fase 3, programada para 2021 y 2022”. Además, agregó que “así como se superponen las fase en el desarrollo clínico también está la superposición de la escalada de producción y validación de procesos para ingresar a la producción a gran escala”.

En este sentido, se refirió al acceso equitativo a las vacunas de la Organización Mundial de la Salud -OMS- denominado Covax, y destacó que permitió financiar el desarrollo de nueve vacunas. “Covax también constituyó el compromiso de mercado anticipado para vacunar a las poblaciones de países de bajos ingresos, que se proveerá gratuitamente”, señaló. .



Vacunas candidatas para la prevención de la COVID-19 Desafíos

Cuando hay urgencia es cuando se debe proceder con cautela.

El éxito de la vacuna se asienta en la confianza de la comunidad en la ciencia, lo que requiere una evaluación de riesgos comprensiva y transparente, así como una honesta comunicación de los riesgos y potenciales daños.

The Lancet



Nuestro país a través de Covax, tiene el compromiso de nueve millones de dosis de la vacuna que adjudique. A través de ese programa, la OMS tiene como objetivo distribuir en todo el mundo el próximo año 2 mil millones de dosis de vacunas.

González Ayala explicó además que en la actualidad “hay 11 vacunas en Fase 3. Además hay 172 vacunas candidatas en estudios preclínicos. Nos da una idea de la magnitud del desarrollo, relacionado con la necesidad de miles de millones de dosis que se necesitan para vacunar como mínimo al 70 por ciento de la pobla-

ción mundial”.

Hoy las vacunas con aprobación limitada son cinco, mientras que aprobadas hay tres.

Modelo de prioridad justa

La especialista también se refirió a lo que se denomina “Modelo de prioridad justa”, es decir, la forma de distribución de las vacunas para la prevención del Covid-19 de tal manera que evite situaciones complejas y controvertidas considerando la opinión pública, la salud, la economía y la diplomacia. En este sentido, hay tres facto-

res relevantes a tener en cuenta: beneficiar a la población y limitar el daño, priorizar a las poblaciones más vulnerables y plasmar en la distribución igual preocupación y compromiso ético y moral sin discriminación por género, etnia o religión.

En el modelo de prioridad justa se plantean además tres fases: reducir las muertes prematuras causadas directa e indirectamente por la Covid-19, disminuir el daño económico y social y recuperar el funcionamiento pleno, que se logrará solo al interrumpir la circulación comunitaria de SarsCov-2.

Covax planteó que la mejor forma de distribución de dosis se realice según el número de personal de salud, personas con comorbilidad y personas mayores de 65 años.

“Los desafíos son inmensos” dijo González Ayala y enumeró entre otros la eficacia, seguridad, duración de la inmunidad, que aún no se conoce, el bajo costo y una buena estrategia comunicacional. “Además hay que tener en cuenta la distribución, producción, la cadena de frío y la vigilancia de efectos adversos”. La OMS aconsejó la vigilancia activa de un listado de 18 efectos adversos de especial interés que deben ser vigilados a través de unidades centinelas y no sólo con vigilancia pasiva. “En nuestro país se está desarrollando una app para tener personalizada la vigilancia de efectos adversos y serán cargados todos los vacunados en el registro Nomivac” dijo la infectóloga y advirtió que cada persona vacunada “debería recibir un consentimiento informado”, algo propuesto por la profesional pero que no fue tenido en cuenta.

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