

COVID 19: LAS LECCIONES APRENDIDAS EN EL COMBATE DE LA PANDEMIA

Durante dos jornadas, funcionarios y especialistas argentinos y uruguayos analizaron las medidas adoptadas en cada país y los aprendizajes propios y ajenos; la adaptación y reorganización de los sistemas de salud y las políticas específicas para poblaciones vulnerables y adultos mayores; además, las capacidades científicas nacionales



Los pasados 15 y 17 de junio, la Universidad ISALUD, con el auspicio de los ministerios de Salud de la Argentina (Minsal-Arg) y el Uruguay (MSP-ROU), realizaron el seminario internacional *Covid 19: lecciones aprendidas*.

La actividad fue inaugurada en la primera jornada por los ministros de Salud de ambos países, Ginés González García y Miguel Salinas, y ese día hubo dos bloques de exposiciones –enfocadas en las estrategias adoptadas y la adaptación de los sistemas de salud–: una a cargo de Carla Vizzotti, secretaria de Ac-

ceso a la Salud del Minsal-Arg y Miguel Asqueta, director general de Salud del MSP-ROU; y la otra con Eduardo Henderson, gerente general de ASSE; y Alejandro Costa, subsecretario de Estrategias Sanitarias del Minsal-Arg.

En la segunda jornada –centrada en la atención de la población vulnerable y de adultos mayores, el desarrollo científico y la gestión de recursos humanos– expusieron Gabriel Battistella, subsecretario de Atención Primaria del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires –que reemplazó al ministro Fernán

Quirós–; Carlos Batthyány, director del Instituto Pasteur de Uruguay; Carlos Díaz, director de la especialización en Economía y Gestión de la Salud de la ISALUD; y el Blauco Rodríguez Andrada, presidente del Colegio Médico del Uruguay.

En ambas jornadas la coordinación de la charla estuvo a cargo de Rubén Torres, rector de la Universidad.

Cooperación transnacional

“La base central de lo que pasó en Argentina es que tuvimos la experiencia previa y la mirada antici-



“Lo que ha pasado en algunos otros lugares del mundo es que tomaron las medias un poco tarde o tuvieron disputas políticas sobre el manejo de la pandemia y eso no es bueno para la población ni para la adherencia que deben tener este tipo de medidas”, afirmó el ministro González García



“Hicimos mucho hincapié en la vigilancia epidemiológica estrechísima, con una marca al hombre -haciendo una referencia futbolística- a cada caso detectado, nunca usamos test serológicos, sino que usamos biología molecular con PCR en tiempo real”, detalló el ministro Salinas



“El comportamiento de la epidemia en Argentina se caracteriza por áreas localizadas con circulación comunitaria extendida, transmisión por conglomerados y áreas con casos aislados a partir de viajeros provenientes de zonas de riesgo”, dijo la secretaria Vizzotti

pada no sólo sobre países asiáticos sino fundamentalmente sobre los europeos, y eso nos hizo actuar con enorme celeridad respecto de otros países. Tomamos muy rápidamente todas las medidas y las tomamos casi todas juntas, al revés de lo que habían hecho otros que habían tomado medidas muy gradualmente”, afirmó González García en la apertura de las actividades.

“Argentina es un país más difícil que Uruguay porque es federal y en el que las provincias son anteriores a la Nación y no le delegaron la atención de la salud. Por eso, establecer una política sanitaria única no es fácil. Otro mérito que hemos tenido es que hemos consensuado una política federal con todas las provincias. Además, pese a que habíamos prácticamente iniciado el gobierno y habiendo ocurrido un cambio de signo político, nosotros en el tema de la pandemia claramente establecimos un acuerdo implícito, más bien de hecho, con la oposición”, agregó.

“Lo que ha pasado en algunos otros lugares del mundo es que tomaron las medias un poco tarde o tuvieron disputas políticas sobre

el manejo de la pandemia y eso no es bueno para la población ni para la adherencia que deben tener este tipo de medidas”, contrastó.

“Las ciudades limítrofes con frontera seca nos preocupan mucho, en la provincia de Misiones por ejemplo tenemos un par de poblaciones en las que una calle determina en qué país está uno. Verdaderamente el diálogo entre los países nos parece fundamental no sólo en la solidaridad sino también para compartir conocimiento y experiencias, las buenas y las malas”, concluyó el ministro González García.

Por su parte, el ministro de Salud Pública del Uruguay, Miguel Salinas, destacó que “algunas medidas fueron bastante similares en el inicio de la pandemia: asegurar el acceso a la salud e invitar a la población para que llamara a los centros de salud y no acudieran a ellos sino que esperaran la visita domiciliaria, la suspensión de los espectáculos públicos y grandes aglomeraciones en shoppings, teatros y cines, y la suspensión de las actividades de enseñanza primaria, secundaria y terciaria – que en Uruguay tiene una buena

red de enseñanza a distancia–, el aislamiento físico y social fue la norma– con especial énfasis en las personas de mayores de 65 años– aunque no hubo una cuarentena obligatoria”, afirmó.

El ministro continuó con la descripción de todas las acciones adoptadas por su país para atacar al virus. “Se hizo un cierre de fronteras como medidas especulares. Luego de que Argentina y Brasil cerraron, nosotros también lo hicimos, pero dejando un corredor humanitario para la salida y entrada de compatriotas o extranjeros que tuvieran que salir. Hicimos una campaña de vacunación antigripal que más que duplicó la cantidad de la década previa: administramos un millón de dosis de vacuna antigripal para que hubiese una baja prevalencia de enfermedades respiratorias graves y hubiese menos ocupación de camas de CTI. De la misma manera y con el mismo objetivo, hubo una suspensión programada de las coordinaciones quirúrgicas no urgentes, exceptuadas las urgencias y las oncológicas. En paralelo, hicimos un mapa sanitario con la disponibilidad de

camas en todo el país institución por institución”, detalló.

“Hicimos mucho hincapié en la vigilancia epidemiológica estrechísima, con una marca al hombre -haciendo una referencia futbolística- a cada caso detectado, nunca usamos test serológicos, sino que usamos biología molecular con PCR en tiempo real y alentamos al Instituto Pasteur y a la Universidad de la República a desarrollar test nacionales propios para salir de la escasez y de la especulación de mercado. No hubo límites a la producción de tests y de testeos y eso fue importante porque frente a cualquier sospecha se estudia el núcleo familiar, de amistades y laboral. Se hizo una app para celulares que bajaron 400.000 uruguayos que detectaba los síntomas de la enfermedad, los orientaba y ponía en contacto con el prestador de salud; generaba una base de datos y aseguraba la atención en domicilio”, explicó.

“La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) tuvo una gran participación con complementación público-público con la Intendencia de Montevideo, que es de otro signo político. En Uruguay eso no fue un problema ni tampoco hubo problemas políticos. Esa complementación en el interior se hizo público-privada para asegurar la atención a domicilio. Se contrató un grupo de expertos en el ministerio y después el Poder Ejecutivo nombró a otro grupo de expertos que ya estudiaba otros aspectos como los sociales, económicos, de repercusión, demográficos, matemáticos, etc.”, detalló.

“Hicimos capacitación de recursos humanos, *upgrades* de capacidades, actuamos de oficio en instituciones como los residenciales de ancia-



“Esta pandemia nos iba a ingresar por los aviones, los barcos y los aeropuertos. Teníamos que aumentar nuestras capacidades del sistema de salud para que la población hiciera las consultas desde su casa”, reconoció el director Asqueta

“Nuestra estrategia fue testear por PCR real time, localizar los positivos, aislarlos, hacer un mapeo epidemiológico de contactos, hacer un seguimiento de contactos, y tests diagnósticos si aparecen síntomas en esos pacientes en cuarentena. Tener un apoyo social, económico y psicológico. Integrar e informar a la población responsablemente y preparar el segundo y tercer nivel de atención”, describió Henderson, gerente general de ASSE

nos. En las dos primeras semanas hicimos el llamado a la compra de respiradores que aún no hemos tenido que usar pero los tenemos, y lo mismo con los medicamentos para inducir el coma. También se incluyó dentro de las prestaciones la prueba de PCR, que no tiene que ser pagado por el paciente. Llevamos realizados más de 55.000 tests de este tipo. Creamos algunos centros de contingencia, hicimos protocolos de salida laboral consensuados para ir reactivando la economía”, describió.

“La gestión de esta crisis no tuvo una respuesta sólo sanitaria, sino que fue sistémica de todo el gobierno y las distintas carteras, el ministerio de Economía y de Relaciones Exteriores”, concluyó.

Antes de comenzar el primer bloque de exposiciones, González García y Salinas cruzaron algunas palabras elogiosas sobre la cooperación entre los países del Mercosur, las experiencias en producción de medicamentos contra la enfermedad y las expectativas sobre la esperada vacuna contra el Covid 19. “A la vacuna le tengo miedo por

dos motivos, por el precio y por la disponibilidad”, dijo el ministro argentino, y describió las posibilidades de los sueros de plasma hiperinmune.

Evolución de la pandemia

A continuación, Carla Vizzotti, secretaria de Acceso a la Salud del Minisal-Arg, repasó las cifras hasta el momento del encuentro y las características de la Argentina en dimensión territorial, fronteras, puertos y aeropuertos. Además, recordó algunas fechas clave en las decisiones sobre la gestión de la pandemia: “el 7 de enero se identificó el virus; el 22 de enero Argentina generó su primera alerta epidemiológica; el 26 de febrero se iniciaron las acciones de supervisión en los aeropuertos; el 3 de marzo fue el primer caso confirmado muy cerca de Chile y Uruguay, y unos días después de México y Brasil”, dijo. “El 6 de marzo se generaron licencias para 14 días de aislamiento para las personas procedentes de zonas afectadas; el 12 de marzo se suspendieron todos los espectáculos y eventos masivos -ese día la

OMS declaró la pandemia-; el 15 de marzo se suspendieron las clases presenciales en todos los niveles; y el 17 de marzo se dispusieron recomendaciones para el transporte público. Como decía Ginés, todas estas medidas fueron de alcance nacional. Nosotros aprendimos de Italia y de España que generaron acciones regionales y que muy rápidamente vieron que el virus se trasladaba a otras áreas. Y el día 19 de marzo, ocho días después de la declaración de la pandemia por la OMS y con poco más de 150 casos, el Presidente de la Nación dictó a través de un DNU una normativa de aislamiento social preventivo y obligatorio en todo el país con la validación de las intervenciones previas, con licencia laboral para las personas de grupos de riesgo y una restricción de la circulación de las personas solamente a trabajadores



“La estrategia argentina fue de prevención, promoción de salud, de recomendación y protocolización, de diagnóstico cuando apareciera un caso. Ramón Carrillo, prócer sanitario nacional, hablaba de hospitales de camas vacías. Si bien se aseguró la disponibilidad de camas, trabajamos para que sea una pandemia de camas vacías”, afirmó el subsecretario Costa

y trabajadoras esenciales”, detalló. “A principios de junio se dictó la normativa para mantener las restricciones de circulación en las áreas con transmisión comunitaria,

el área metropolitana de Buenos Aires, Resistencia, y dos ciudades de Río Negro, y para el resto del país -85% de los municipios- se dispuso que comenzara a regir una reapertura programada, aunque con algunas restricciones”, detalló.

“El comportamiento de la epidemia en Argentina se caracteriza por áreas localizadas con circulación comunitaria extendida, transmisión por conglomerados y áreas con casos aislados a partir de viajeros provenientes de zonas de riesgo. El grupo más afectado es el de adultos jóvenes, mientras la letalidad aumenta en los mayores de 60 años y en personas con factores de riesgo. La búsqueda oportuna y seguimiento activo (casa por casa) de contactos estrechos es más eficiente que la evaluación por contacto telefónico. El aislamiento extradomiciliario de los casos confir-

**TRATAMIENTOS
INTERDISCIPLINARIOS
PARA PERSONAS
CON DISCAPACIDAD
CATEGORIZADO POR
LA AGENCIA NACIONAL
DE DISCAPACIDAD**

Av. Rivadavia 4684 - CABA
Tel. 4901-7800
Av. Córdoba 3534 - CABA
Tel. 4862-0204
Av. Pte. Perón 1045
San Fernando - Bs. As. Tel. 4725-5195
Dr. Eizaguirre 2431
San Justo - Bs. As. Tel. 4651-2153
www.cermisalud.com.ar
cermisalud@yahoo.com.ar



CERMI SALUD S.A.
Centro de Rehabilitación Médica Integral

MIEMBRO FUNDADOR DE CEMARID
Cámara de entidades médico-asistenciales
de rehabilitación interdisciplinaria de la discapacidad



“En los geriátricos, viendo las experiencias europeas, también tuvimos una conducta activa. Nosotros tenemos en la ciudad 450 geriátricos con una población aproximada de 18.000 personas”, afirmó el subsecretario Battistella



“A la luz de lo poco que hasta este momento hemos avanzado, no nos ha quedado mucho salvo la dexametasona y el plasma de convaleciente que son los únicos medicamentos que están en pie”, subrayó Carlos Díaz

mados contribuye a la disminución en la generación de nuevos casos”, concluyó Vizzotti.

Tras su exposición habló Miguel Asqueta, director general de Salud de MSP-ROU y “un destacado luchador contra el tabaco en lo que ha sido uno de los grandes éxitos del Uruguay en salud pública”, según destacó el rector de ISALUD, Rubén Torres.

“En Uruguay, el nuevo gobierno aún no había comenzado cuando se desató esta pandemia, sino que asumió el 1° de marzo. El martes 3 de marzo a las 8 de la mañana fue la primera reunión con los principales actores: el sector académico, los prestadores de salud públicos y privados, la sanidad de las fuerzas armadas y de seguridad, etc. Viendo lo que venía ocurriendo en el mundo y sobre todo en Europa por nuestra relación con los países mediterráneo, y alertados por la inteligencia, teníamos que poner atención a las fronteras”, detalló Asqueta.

“En primer lugar se iba a tener que enfatizar en el entorno social, económico y ambiental, por lo que es el impacto en las pandemias. En segundo lugar, había que prever los mecanismos de protección per-

sonal, en especial para el personal de la salud en cuanto insumos. En tercer lugar, preparar a la población para el distanciamiento físico sostenido y prolongado. En cuarto lugar, establecer un sistema de información, referencia e inteligencia con el personal de frontera y demás ministerios en cuanto a viajes y traslados. Esta pandemia nos iba a ingresar por los aviones, los barcos y los aeropuertos. Teníamos que aumentar nuestras capacidades del sistema de salud para que la población hiciera las consultas desde su casa”, describió.

“Los expertos epidemiólogos nos decían que las claves eran interrumpir las cadenas de transmisión, hacer una detección precoz con pruebas de detección viral (del tipo PCR en real time; sabemos que otros países donde se recurrió a los tests serológicos no tuvieron resultados) y finalmente, vigilar los focos de circulación para lo cual teníamos la experiencia de epidemias anteriores, como la del dengue”, destacó.

Asqueta recordó los tres primeros brotes, en una fiesta con 500 personas -con una asistente que procedía de un país con alta incidencia-, un hospital neuropsiquiátrico y un ho-

gar de ancianos y cómo funcionó en cada uno de ellos la estrategia de control. Los últimos brotes tienen relación con la frontera seca con Brasil. “Les hemos ofrecido a Brasil instrumentar medidas en espejo con Uruguay, coordinadas, documentadas y con Cancillería interviniendo”, explicó.

“Esta pandemia va a dejar, en primer lugar, un brutal aumento de la capacidad diagnóstica y asistencial, con el desarrollo de capacidad científica local (...). En segundo lugar, también queda una enorme complementariedad y coordinación interinstitucional, público-privado, privado-privado y con los centros de conocimiento. En tercer lugar, la capacidad de respuesta del Estado en los distintos ámbitos. Y, en cuarto lugar, la capacidad de respuesta ante futuros eventos con una gran mejora de la capacidad instalada, mejor equipamiento y recursos humanos mejor preparados. Además del teletrabajo y la telemedicina”, enumeró Asqueta.

Sistemas de salud

En el último bloque de la primera jornada, expusieron Alejandro Costa, subsecretario de Estrategia Sanitaria del Minsal-Arg y a Eduardo Henderson, gerente general de la ASSE.

Costa se refirió a los servicios de administración de salud en articulación con las provincias, el sector de la seguridad social y el ámbito privado, y el papel rector nacional tanto en el Consejo Federal de la Salud –integrado por los ministros de las provincias– como en el Comité Ejecutivo Sanitario Nacional –donde se articulan secretarías ministeriales e institutos descentralizados–. También subrayó el trabajo con las industrias farmacéutica y

FEFARA

AVANZA



SOLUCIONES INTEGRALES PARA LA EXCELENCIA, EN SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS

Una red prestacional que:

- ✓ Cubre todo el territorio nacional
- ✓ Promueve el uso racional del medicamento
- ✓ Aporta herramientas informáticas que brindan seguridad y transparencia en los procesos.
- ✓ Facilita la gestión de los financiadores, posibilitando el eficiente uso de sus recursos.

Hipólito Yrigoyen 900 · 3er. Piso Of. B · (1086) Capital Federal

Teléfono: (011) 4342 9473 · fefara@fefara.org.ar · www.fefara.org.ar

del equipamiento médico para asegurar el abastecimiento y la equidad en su distribución.

“El ministerio de Salud de la Nación estuvo permanentemente pensando cómo se gestionaba la pandemia con criterios de acceso, equidad y calidad (...) La estrategia argentina fue de prevención, promoción de salud, de recomendación y protocolización, de diagnóstico cuando apareciera un caso. Ramón Carrillo, prócer sanitario nacional, hablaba de hospitales de camas vacías. Si bien se aseguró la disponibilidad de camas, trabajamos para que sea una pandemia de camas vacías”, afirmó.

“Es de destacar dentro de la organización de los servicios los esquemas internos de flujos de pacientes tratando de evitar el entrecruzamiento de pacientes respiratorios y no respiratorios”, destacó junto con la protocolización, la integración de los hospitales nacionales, de fuerzas de seguridad y universitarios, la capacitación de recursos humanos y la teleasistencia y telesalud. Costa subrayó el crecimiento de las capacidades del sistema. “El 20 de marzo había 8521 camas de terapia intensiva y actualmente hay 11.570. El crecimiento en todo el sistema, público-privado en su conjunto, es del 35% en camas y en la misma proporción se creció en respiradores: teníamos 6200 y hoy tenemos 8388. Argentina pasó de tener 18,8 camas de terapia intensiva cada 100.000 habitantes a tener 25,1 camas con ese crecimiento del 35%, que fue más fuerte en el ámbito público. Este subsector pasó de tener 5,3 camas a 9,9 con un crecimiento de un 86%”, detalló.

“El trabajo con el sector privado se llevó adelante a través de la Superintendencia de Servicios de Salud,



“Estamos tratando de implementar la técnica desarrollada en Holanda y Australia del estudio de la presencia del virus en aguas residuales como una forma de estimar la incidencia poblacional del Covid 19”, enumeró Batthyány

que reunió a prepagas y obras sociales para alcanzar la disponibilidad de insumos críticos y tener un banco de precios y disponibilidades, trabajó en otros temas como la inclusión dentro de la asistencia del Estado de clínicas y sanatorios, y las obras sociales que vieron reducidos sus ingresos”, describió.

“La pandemia generó un ejercicio de gestión para todos. La rectoría y la unidad en Argentina se pudo lograr más allá de la jurisdiccionalidad y federalidad constitucionales. Hubo unidad política a partir de esa rectoría. Se mejoró el modelo de gestión en la información, capacitación e investigación con simbiosis público-privada. Hubo unidad en el modelo de atención y hubo avances en la unidad del modelo de financiamiento. Y también el cuidado de la salud del trabajador de salud, un programa que quedará para el futuro para cuidar al que cuida”, concluyó.

Finalmente, la primera jornada cerró con la exposición de Eduardo Henderson, gerente general de la ASSE, prestador público que da servicio al 43% de los habitantes del país. El ejecutivo describió las fechas clave de la pandemia: el 13 de marzo se detectaron los prime-

ros 4 casos y se declara la emergencia sanitaria con suspensión de clases presenciales, espectáculos públicos, servicios religiosos, se declara el cierre parcial de fronteras y se llama a la población a quedarse en su casa.

También describió fortalezas y debilidades del sistema. Entre las fortalezas identificó: rapidez y consenso, que se vio en un acatamiento de la cuarentena voluntaria del 90%, con un sistema de salud integrado, y un sistema de educación y acceso a Internet. Y entre las debilidades: en el primer nivel de atención había poca comunicación porque es policlínico-céntrico, con centros de atención público con grandes carencias, y bajo número de camas en cuidados intensivos (el sistema público sólo tenía un quinto de las camas de cuidados intensivos). Además, había carencias muy importantes en sectores susceptibles como residenciales de personas mayores, internos psiquiátricos y penitenciarios, entre otros.

Henderson enumeró las características y acciones de ASSE ante la emergencia en los distintos niveles de atención. En el nivel primario: se profundizó el trabajo de teleconsultas, se reordenaron farmacias y servicios, se introdujo una línea específica el tratamiento de salud mental, se profundizó la entrega de medicamentos a domicilio, se vacunó con la antigripal a un millón de personas en un país de 3,5 millones de habitantes y se introdujeron protocolos para diversos ámbitos). En el nivel secundario: se reacondicionaron hospitales, se suspendieron las cirugías coordinadas y se transformó un hospital completo para ser enteramente un hospital Covid 19 concentrando servicios e instalaciones. En el tercer nivel: for-

CON VOS 24 HORAS

SALUD

FARMACIA

BIENESTAR

MITOS Y VERDADES

MEDICAMENTOS

ALIMENTOS SALUDABLES

CIENCIA

ALIMENTACIÓN

ENFERMEDADES

TRATAMIENTOS

VACUNAS

FARMACIA

**SÁBADO
17:30 HS.**



MIRANOS POR **You Tube**

SEGUINOS! /ConVos24Horas



**LOS TEMAS DE SALUD
MÁS IMPORTANTES TRATADOS POR
PROFESIONALES DESTACADOS**

CONDUCCIÓN
PAULA TRAPANI

**SÁBADO
13:30 HS**

PROGRAMAS REALIZADOS POR LA



talecimiento de camas de cuidados intensivo –un aumento entre marzo y julio del 49% a nivel país, con especial foco en las regiones más necesitadas– y la tecnología en ambulancias de traslado, respiradores y monitores.

“Nuestra estrategia fue testear por PCR real time, localizar los positivos, aislarlos, hacer un mapeo epidemiológico de contactos, hacer un seguimiento de contacto, los tests diagnósticos si aparecen síntomas en esos pacientes en cuarentena. Tener un apoyo social, económico y psicológico. Integrar e informar a la población responsablemente y preparar el segundo y tercer nivel de atención”, describió Henderson.

“Para nosotros en la gestión de salud hay tres elementos centrales, estar, hacer y ser. Algunos principios en los que nos hemos basado: *En Dios creemos, los demás deben traer datos*, como decía Edward Deming, uno de los maestros del concepto de calidad. O este otro que repetimos continuamente: *Si Ud. no aporta soluciones, es parte del problema*. O esta reflexión para el final, del neurólogo, psiquiatra y filósofo austríaco Víctor Frankel que decía: *Cuando la situación es buena, disfrútala; cuando la situación es mala, transfórmala; y cuando la situación no puede ser transformada, transfórmate*”, cerró el ejecutivo su presentación.

Población vulnerable, recursos humanos e investigación científica

El subsecretario de Atención Primaria del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Gabriel Battistella, abrió la segunda jornada en reemplazo del ministro de Salud porteño, Fernán Quirós.

“Nosotros hicimos un plan piloto con el ministerio de Salud de la



“Un elemento fundamental que debemos tener en cuenta siempre en los sistemas y más aún en situaciones como la de pandemia es la proporcionalidad entre los diferentes integrantes de los equipos asistenciales. En Uruguay no contamos con el ratio recomendado en el equilibrio entre médicos y licenciadas en enfermería, que faltan”, indicó Rodríguez Andrada

Nación para el Barrio 31 en el que viven aproximadamente 60.000 personas donde aumentó el número de casos entre fin de abril y principios de mayo. Ahí instrumentamos el plan Detectar. El 4 de mayo empezó la experiencia, cuando teníamos un R de 2,6. Lo primero que hicimos en el abordaje territorial fue empezar a trabajar con las organizaciones barriales, el Ministerio de Desarrollo y la Iglesia para la generación de confianza. A partir de los casos y el listado de contactos estrechos que teníamos íbamos a hacer un contacto casa por casa para detectar sintomatología, dispusimos un centro de atención en una escuela y a partir de ahí tenemos alojamientos extrahospitalarios (30 hoteles) y los hospitales. Todo esto con historia clínica electrónica y cargado de la ficha epidemiológica para tener la trazabilidad de los pacientes. En las primeras dos semanas el 70% de los tests que hacíamos eran positivos, llegamos a un pico cerca del 15 de mayo, y de ahí en adelante fueron disminuyendo los casos llegando a



“Esto no terminó, esto sigue. Tenemos que seguir alertas, seguir testeando. No olvidarnos que el sistema no puede volverse mecanicista, que somos bio-psico-socio-culturales y no podemos ocuparnos sólo de los pacientes-covid”, alertó Cipriani

un R final de 0.6. A fines de mayo, junto con el ministerio de Salud de la nación, decidimos desarrollar el plan Detectar en otros barrios de la ciudad de Buenos Aires”, detalló.

“En los geriátricos, viendo las experiencias europeas, también tuvimos una conducta activa. Nosotros tenemos en la ciudad 450 geriátricos con una población aproximada de 18.000 personas. Primero hicimos un relevamiento para clasificarlos en base de la capacidad para que cuando apareciera un caso tuviera posibilidad de aislamiento local, con un sitio protegido y personal, y por el tipo de cobertura, pública, de obra social o de prepaga. Cuando apenas empezó la pandemia limitamos las visitas de los familiares, así que el virus entraba por el personal. Por eso, implementamos un testeo masivo semanal a todo el personal a través de un test rápido de inmunoglobulina M y G para ver el grado de inmunidad. Si da positivo les hacemos la prueba de PCR. Hasta ahora, hemos tenido 104 residencias con casos”, describió y enumeró las cifras de infectados y letalidad de ese momento.

A continuación expuso Carlos Batthyány, director del Instituto

Pasteur de Montevideo, explicó que todas las acciones a describir fueron realizadas junto con la Universidad de la República.

“Algunos factores que fueron claves en el control de la pandemia en Uruguay. El 2 de marzo tuvimos una reunión los directores de la Red Internacional de Institutos Pasteurs, en particular de la región de las Américas. Ese día accedimos a información muy importante donde nos sugirieron prepararnos para no poder comprar en el extranjero ni kits diagnósticos ni tratamientos por el desabastecimiento mundial. El 3 de marzo se realiza una reunión de Salud Pública donde la academia fue invitada en lo que fue un hito. Ese día compartimos aquella información y la importancia de desarrollar un procedimiento de diagnóstico nacional y la estrategia de testear, testear y

testear y más aún seguir al paciente, aislarlo y que no contagiara”, detalló Batthyány.

“El 16 de marzo el ministro nos convoca y nos pide desarrollar una herramienta nacional. Vimos que había un conjunto de científicos jóvenes expertos en el tema y con gran capacidad de respuesta en tiempo real. Y rápidamente, a solicitud del ministro, readaptamos un instituto que hace ciencia guiada por curiosidad para transformarlo en menos de una semana en un instituto al servicio de la salud pública donde montamos un andamiaje para realizar diagnósticos y crear una red de laboratorios de diagnóstico. Nos propusimos tres ejes: 1) desarrollar un diagnóstico molecular con tecnología PCR y una red de laboratorios de diagnóstico clínicos; 2) montar una infraestructura para entender la dinámica evolutiva del

virus y hacer una epidemiología genómica, por dónde estaba entrando y cómo se estaba transmitiendo; y 3) entender la prevalencia de la enfermedad y cuántos pacientes en Uruguay habían visto el virus una vez pasada la fase aguda. Y luego le agregamos dos ejes más: hace pocas semanas nos pidieron dar un paso adicional, que es desarrollar test mediante la estrategia de Matrix Pooling. Y además estamos tratando de implementar la técnica desarrollada en Holanda y Australia del estudio de la presencia del virus en aguas residuales como una forma de estimar la incidencia poblacional del Covid 19”, enumeró.

Carlos Díaz, director de la especialización en Economía y Gestión de la Salud de la ISALUD y director del Sanatorio Sagrado Corazón, perteneciente a la obra social Osecac, declaró: “al princi-



Atendiendo a las nuevas necesidades de la Comunidad, Fecliba propone espacios de formación continua con tecnología de punta a través del Campus Virtual ISS (Instituto Superior en Salud), generando posibilidades de capacitación profesional, independientemente de la localización geográfica y la administración del tiempo de los participantes implicados.

Además, Fecliba invita a los interesados en ampliar su oferta de formación profesional en el ámbito de la Salud, sumándose a esta nueva forma de educación en línea. Como beneficio se brindará asesoramiento y seguimiento continuo, garantizando una prestación de excelencia y calidad.



Visite nuestro Campus virtual y conozca nuestros servicios:

cursos.fecliba.org.ar

pio tuvimos que fortalecer un nexo de atención ambulatoria de la obra social con nosotros, que nos obligó a compartir personas y tareas. Esto nos llevó a transformar un área de pronto socorro para absorber la demanda y distribuirla. Y obviamente, formar rápidamente a todos los que estaban en la primera línea de atención. Uno de los aspectos más importantes fue la modificación de la logística de estos pacientes y la capacidad de las instalaciones”, afirmó Díaz, que describió la articulación del sanatorio con el resto de la infraestructura de la obra social para el tratamiento de Covid 19 con dos hoteles hospitalarios que suman en conjunto unas 400 plazas en total.

“Hubo que sostener la atención de pacientes oncológicos y trasplantes, lo cual fue sumamente difícil. La dificultad fundamental está la relación entre el personal de atención y estos pacientes inmunodeprimidos severos. Esta situación es de altísima inseguridad porque en Argentina el problema es el multiempleo, que en área de terapia intensiva es el 43% de las enfermeras. Todo lo que uno puede hacer con las medidas de seguridad pueden ser alteradas por el transporte, la exigencia y la falta de descanso”, detalló.

“Se hizo mucho desperdicio de la evidencia científica en este tiempo. Todos los días teníamos que leer


trabajos sin control de pares, *pre-print*, que generaron muchísimas dificultades de interpretación las verdades. A la luz de lo poco que hasta este momento hemos avanzado, no nos ha quedado mucho salvo la dexametasona y el plasma de convaleciente que son los únicos medicamentos que están en pie”, concluyó.

Blaucó Rodríguez Andrada, presidente del Colegio Médico del Uruguay, se refirió a los recursos humanos en el contexto pandémico.

“Los recursos humanos son el valor fundamental de cualquier empresa, más en las prestadoras de servicio como son los de salud. Un elemento fundamental que debemos tener en cuenta siempre en los sistemas y más aún en situaciones como la de pandemia es la proporcionalidad entre los diferentes integrantes de los equipos asistenciales. En Uruguay no contamos con el ratio recomendado en el equilibrio entre médicos y licenciadas en enfermería, que faltan”, indicó.

Rodríguez Andrada se refirió también a la importancia de la motivación de los recursos humanos, la gestión de la conflictividad y la atención de la salud emocional del personal de salud (miedos, temores y consumo de sustancias). Además, destacó la aprobación el 15 de abril de la ley de telesalud del Uruguay, que rápidamente está siendo incorporada por los prestadores.

El cierre estuvo a cargo de Leonardo Cipriani, presidente de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). “Cinco lecciones aprendidas: 1) valorar mucho la educación de la población, que en Uruguay permitió la libertad responsable sin cuarentena obligatoria; 2) la responsabilidad de los medios de comunicación al mantener informada a la población, para mi son parte del sistema nacional integrado de salud; 3) el sistema político y democrático del país, todos remando de la misma manera; 4) la gobernanza del Uruguay con el liderazgo del presidente y el ministro que transmitió un manejo claro de la situación y apoyado en la ciencia; 5) y la importancia de la Universidad de la República por el desarrollo que llevó adelante, sin los test desarrollados con el Instituto Pasteur hubiese sido imposible adquirir esos test”.

“Esto no terminó, esto sigue. Tenemos que seguir alertas, seguir testeando. No olvidarnos que el sistema no puede volverse mecanicista, que somos bio-psico-socio-culturales y no podemos ocuparnos sólo de los pacientes-covid. En Uruguay, se vio un aumento de los suicidios, de la patología de salud mental, de embarazo adolescente... El sistema tiene que seguir asistiendo a la persona en su conjunto, pero a la vez no bajar los brazos en el control de la pandemia”. 



Para ver el video de la **primera jornada** del seminario hacé click aquí o copió y pegá este link en tu navegador: <https://www.youtube.com/watch?v=dDWtsZmxlWI&t=24s>



Para ver el video de la **segunda jornada** del seminario hacé click aquí o copió y pegá este link en tu navegador: <https://www.youtube.com/watch?v=wXvJvAx4y4w>