



La Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires se reunió con el ministro Lino Baraño

PÁG. 6



CONSULTOR

Año XXII N° 646

Febrero de 2017

2° quincena

18 Páginas

DE SALUD

DIGITAL

Se incorporan en un hecho sin precedentes residentes a planta permanente



PÁG. 5

Integrantes del MERCOSUR realizarán compra conjunta de Medicamentos

Las las personas con EPOF en nuestro país son: la localización de un especialista y el acceso al tratamiento

PÁG. 11



CONSULTOR DE SALUD
Socio de difusión de la OPS



Organización
Panamericana
de la Salud

CONSULTOR DE SALUD
Consulte la colección completa en:
www.consultordesalud.com

SÍGANOS EN:



consultordesalud

@consultornews

El anuncio fue realizado por el Ministro de Salud de la Nación Jorge Lemus en la reunión de COFESA. Asimismo, el país estará al frente de la copresidencia del G-20 de Salud con sede en Berlín. PÁG. 4

CONSULTOR DE SALUD ON LINE: WWW.CONSULTORDESALUD.COM

CONSULTOR DE SALUD

PUBLICACION DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD

EDITOR RESPONSABLE: Equipos Argentinos de Salud S.A.

DIRECTOR: Dr. Juan Carlos Climent | jccliment@gmail.com

EDICIÓN: Equipos Argentinos de Salud S.A.

DISTRIBUCIÓN: Equipos Argentinos de Salud S.A.

CONTACTO Y PUBLICIDAD: consultordesalud.ar@gmail.com cel 011-15-66020631

SITIO WEB: www.consultordesalud.com www.consultordesalud.com.ar

SUSCRIPCIONES: Para recibir Consultor de Salud, Consultor de Salud Digital o nuestro Newsletter enviar mail a consultordesalud.ar@gmail.com

Las notas y lo expresado por los entrevistados y/o instituciones no necesariamente reflejan la opinión del medio. La reproducción total o parcial de los artículos está autorizada mencionando la fuente. Equipos Argentinos de Salud S.A. no garantiza ni adhiere a los productos ofrecidos en los espacios de publicidad. La calidad de éstos corre por cuenta de los anunciantes.

Hecho en Argentina.

www.consultordesalud.com E-mail: consultordesalud.ar@gmail.com



La Ministra Ortiz presentó el Programa de Fortalecimiento de Guardias Hospitalarias



La Dentro del Proyecto de Fortalecimiento de las Guardias Hospitalarias, la ministra de Salud de la Provincia, Zulma Ortiz, presentó hoy en la Gobernación bonaerense, el Plan Integral de Capacitaciones que se dictará a partir del mes próximo a los trabajadores de los servicios de Emergencia de los 16 hospitales que fueron priorizados en esta primera etapa.

“Este Plan que abarca tanto recursos humanos, infraestructura como equipamiento e insumos, ha sido categorizado como prioritario para la Gobernadora, es decir que estamos todos involucrados en un proyecto que ya se ha transformado en un asunto de Estado por la importancia que tiene”, sostuvo Ortiz en la apertura del encuentro que reunió a los directores de los 16 establecimientos sanitarios involucrados, quienes firmaron además un acta compromiso para con este iniciativa.

“El hecho, por ejemplo, de ver que no hay donde sentarse en la sala de espera de una guardia, esa cuestión al visibilizarla y llevarla a la máxima autoridad, se transforma en un asunto de Estado que requiere una solución urgente, y lo que importa ahora es qué pode-

mos hacer para que eso cambie”, afirmó la Ministra.

El Plan Integral de Capacitación lanzado hoy, contempla 4 ejes troncales donde se apuntará a implementar el sistema de triage en las guardias (que consiste en realizar una clasificación de la atención de los pacientes de acuerdo a la urgencia de cada caso), gestionar adecuadamente los conflictos que involucren al personal de salud y a los pacientes, realizar el recupero de costos, y poder implementar medidas apropiadas de bioseguridad que contribuyan a la reducción de las infecciones hospitalarias.

En este aspecto, la directora provincial de Gestión del Conocimiento, María Eugenia Esandi, explicó que “nuestro rol es enlazar todas las áreas que participan de este proyecto para facilitarles herramientas, una función que ahora tendrán que desempeñar los directores de hospitales con el resto del personal”.

Las capacitaciones a dictarse sobre Triage, Recupero de Costos (SAMO), Bioseguridad y Gestión de Conflictos estarán destinadas al personal de admisión, enfermeras, médicos, trabajadores de seguridad y de limpieza de los

16 hospitales priorizados en esta primera etapa del proyecto de fortalecimiento.

Los hospitales son el Güemes de Haedo, Gandulfo de Lomas de Zamora, Fiorito de Avellaneda, Evita de Lanús, Eva Perón de Avellaneda, Iriarte de Quilmes, Meléndez de Adrogué, San Roque de Gonnet, Alende y Tetamanti de Mar del Plata, Vicente López y Planes de General Rodríguez, Eurnekian de Ezeiza, Ludovica y San Martín de La Plata, Simplemente Evita de La Matanza y Carrillo de Tres de Febrero.

Por su parte, el director provincial de Hospitales, Leonardo Busso, agradeció a los directores de los hospitales “con quienes nos hemos reunido junto con la gente del ministerio de Infraestructura y hemos discutido la puesta en valor de los servicios de emergencias, y en los que casos que había obra, todos han colaborado para que podamos llegar a tener un proyecto con las características que nosotros queremos implementar en las guardias”.

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires



Fundación Sanatorio Güemes

NUESTROS OBJETIVOS

- El fomento y desarrollo de la investigación científica.
- La promoción de actividades de formación.
- La comunicación en el ámbito de la salud.

F. ACUÑA DE FIGUEROA 1240, PISO20, (C1180AAX), CDAD. DE BS. AS., TEL/FAX: 4959-8365, informes@fsg.org.ar

Salud entregó cuarenta ambulancias a las provincias de traslado y terapia intensiva

El ministro de Salud de la Nación, Jorge Lemus, continuó entregando ambulancias a las provincias a las provincias de Chaco, La Pampa, La Rioja, San Luis y Tierra del Fuego, la mayoría de las cuales serán utilizadas para cubrir las grandes distancias entre el interior de esas provincias y los centros urbanos, y de esta manera brindar una más eficiente asistencia prehospitalaria a la población.

"Sabemos que estas ambulancias van a actuar en forma directa en uno de los problemas importantes que tienen las provincias a nivel sanitario, como son las emergencias", resaltó el ministro Lemus ante sus pares provinciales.

El titular de la cartera sanitaria nacional señaló que la entrega de este recurso "para la actividad diaria de salud está inscripta en la Cobertura Universal de Salud, que es nuestra estrategia fundamental y nuestra política de salud prioritaria". "Para nosotros es un honor poder colaborar con las provincias y estamos realmente muy orgullosos de poder brindarles estas herramientas", concluyó Lemus.

La flota de 27 ambulancias entregadas hoy a Chaco, La Pampa, La Rioja, San Luis y Tierra del Fuego se suma a otra de 40 vehículos de este tipo otorgada a las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza y San Juan a principios del mes de febrero.

En este marco, la ministra de Salud de Chaco, Mariel Crespo, se manifestó "muy contenta porque esto es algo que nos beneficia mucho". Al respecto, explicó que la provincia del Chaco "tiene un grave problema que es la accesibilidad y la dificultad en caminos que no están pavimentados" a cuyas localidades— principalmente del interior de la provincia— serán otorgadas las unidades de traslado.

Con respecto a las ambulancias de alta complejidad, las mismas "se van a distribuir en los grandes centros donde tenemos mayor concentración de población y en los que la tasa de accidentología es alta", comentó Crespo.

La ministra de Salud de Chaco agradeció por último "la predisposición por parte del Ministerio de Salud de la Nación" y solicitó continuar "con la acción manco-



munada que llevamos adelante durante todo 2016 y que ojalá se siga manteniendo durante todos estos años".

Su par de San Luis, María José Zanglá, destacó el recibimiento de estas ambulancias como "una buena noticia porque siempre los parque automotores son parques muy dañados y están permanentemente expuestos, de manera que los nuevos móviles principalmente para el área de emergencias siempre suma". Según indicó la ministra, su equipo evaluará "qué ambulancias del parque automotor de San Luis necesitan recambio" para luego decidir a qué localidades serán distribuidas.

Por su parte, la ministra de Salud de La Rioja, Judith Díaz Bazán, agradeció "al ministro Lemus y a todo su equipo" por la entrega de estas ambulancias que "alivian bastante las cargas de las provincias. Es una herramienta que, por ahí en distancias muy disímiles, a veces tenemos hasta

400 kilómetros entre un sitio y otro para la asistencia, por eso hay que cuidarlas, mantenerlas en condiciones y con el personal capacitado".

"Es la mejor manera de agradecer el compromiso de lo que significa estar presentes desde el Ministerio de Salud de la Nación", subrayó Díaz Bazán.

En coincidencia, el titular de la cartera sanitaria de Tierra del Fuego, Marcos Colman, se mostró "realmente muy contento por la donación de estas ambulancias, que va a tener un gran impacto porque nosotros vivimos en una isla en la que tenemos tres ciudades, de las cuales Tolhuin está en el centro de la isla y hasta allí realizamos muchos traslados de pacientes". "Es la ciudad que más utiliza el transporte prehospitalario", indicó Colman.

Por último, el subsecretario de Salud de La Pampa, Jorge Abrego, afirmó que las

ambulancias son "uno de los recursos que más necesitamos" ya que "tenemos un parque automotor bastante deteriorado por la realidad geográfica de La Pampa, una provincia en la que hay que recorrer distancias muy grandes para llegar a los centros de alta complejidad como son el de Santa Rosa y General Pico".

Según Abrego, "esto hace que el desgaste de los vehículos sea permanente, por lo cual el aporte que hace el Ministerio de Salud de la Nación es muy bien recibido porque nos ayuda a reponer el parque automotor que, como en todas partes, tiene una vida útil limitada".

En La Pampa, las ambulancias de terapia intensiva brindadas por la cartera sanitaria nacional "van a quedar en Santa Rosa porque el servicio de emergencias de esa ciudad está al límite", aseguró.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

ANTES QUE ANTES NUEVO EQUIPO ESPECIAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS

PARA ASISTIR MÁS RÁPIDO CON LA CALIDAD Y CALIDEZ DE SIEMPRE

- **Atención inmediata de respuesta múltiple:** Despacho simultáneo de UTM y moto.
- **Garantizado por certificación ISO 9001:** Para urgencias, emergencias médicas y traslados en ambulancias para obras sociales, prepagas, empresas y particulares.

La calidad es una actitud

acudir
emergencias médicas



011.4588.5555
www.acudir-emergencias.com.ar



Los ministros y representantes de todas las provincias analizaron la situación sanitaria de país y el avance de las principales políticas públicas

El ministro de Salud de la Nación, Jorge Lemus, presidió la primera reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA) del año, en la que realizó un resumen del avance de las políticas sustantivas de esta administración y presentó la nueva estructura del Ministerio que contará con cuatro secretarías en lugar de tres. Además, junto a los ministros y representantes provinciales se analizó la situación de los programas SUMAR, Incluir Salud y de Municipios y Comunidades Saludables.

A las secretarías de Relaciones Nacionales e Internacionales y la de Políticas, Regulación e Institutos de la cartera sanitaria nacional se sumarán la de Operaciones y Estrategias de Atención de la Salud y la de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos. "La nueva estructura hará mucho más eficiente la gestión porque con tres secretarías no era suficiente y había una agenda muy recargada en actividades", explicó Lemus.

Luego, el ministro nacional hizo un resumen del desarrollo de las doce políticas sustantivas, dentro de las cuales destacó el avance en la implementación de la Cobertura Universal de Salud (CUS) que se encuentra en la etapa de firma del convenio marco por parte de las provincias, al que ya suscribió la mitad del país. "Con la Superintendencia de Servicios de Salud estamos trabajando en las modificaciones de las obras sociales y prepagas que permitan completar la Cobertura Universal de Salud", adelantó Lemus. "Esta estrategia forma parte de las 100 prioridades nacionales", aseguró.

El ministro también detalló que, luego de que el año pasado se lanzara la red pediátrica de telemedicina con el Hospital Garrahan como cabecera, ahora se está avanzando en la constitución de una red para adultos encabezada por el Hospital El Cruce de Florencio Varela.

En lo que respecta al marco internacional, Lemus afirmó que, durante el ejercicio de la presidencia pro t mpore del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la



Argentina bregará por la compra conjunta de medicamentos, entre otras propuestas. Asimismo, el país estará al frente de la copresidencia del G-20 de Salud con sede en Berlín.

Luego del balance efectuado por Lemus, se dio paso a la presentación de los lineamientos estratégicos y el nuevo manual operativo del Programa Nacional Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables, a cargo de su coordinadora, Bibiana García, quien detalló el planeamiento táctico operacional para 2017 que busca fortalecer la gestión en salud de los municipios a través de la participación comunitaria. En la actualidad, 1.114 municipios de las 24 jurisdicciones del país forman parte del programa a cargo de Ponce a partir de acuerdos tripartitos entre el Ministerio de Salud de la Nación, las carteras provinciales y los gobiernos municipales.

Entre los temas priorizados a nivel país se encuentran la seguridad vial, la salud cardiovascular y la problemática del sobrepeso y obesidad.

En otra línea, las autoridades sanitarias de todo el país analizaron la situación del Programa SUMAR. El coordinador nacional, Eduardo Martínez, efectuó un repaso de los logros alcanzados en 2016 y la planificación de objetivos para este año,

haciendo hincapié en la Cobertura Efectiva Básica (CEB). Se trata del conjunto de prestaciones priorizadas en el programa que se encuentran asociadas a líneas de cuidado fundamentales para todos los grupos poblacionales. Dichas prestaciones están enfocadas en la atención de la salud materno-infantil, inmunizaciones, salud adolescente y prevención de cáncer.

Al evaluar el encuentro, el ministro de Salud de Jujuy, Mario Fiad, lo calificó como "sumamente positivo, ya que no solamente como ministros podemos exponer nuestra realidad sanitaria, sino que en el COFESA se generan las políticas, los debates y los consensos en conjunto con las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación".

"La reunión de ha sido muy fructífera porque también se plantearon temas y situaciones a futuro, como posibilidades de financiamiento y la tendencia a que se universalice la asistencia con la Cobertura Universal de Salud".

Fiad concluyó que "se ha generado un debate sobre deudas pendientes por parte nuestra y de Nación, que seguramente serán suplidas en un nuevo COFESA para que todas las dudas y propuestas que se han presentado puedan ser abordadas lo más rápido posible".

Por su parte, el ministro de Salud de

Córdoba, Francisco Fortuna, manifestó que "es muy importante que todos los ministros podamos intercambiar ideas acerca de cómo están funcionando los diversos programas para después analizar cómo se pueden mejorar". Este "es uno de los objetivos fundamentales que tiene el COFESA", destacó.

Según Fortuna, "es muy valiosa la posibilidad de poder comunicarnos de forma horizontal entre todos los ministros provinciales y el de la Nación para poder diseñar entre todos la Cobertura Universal de Salud, que es donde está el eje fundamental para garantizar que todas las personas que no tengan una cobertura de salud puedan ahora acceder a ella".

"Como principales actores y responsables de la salud pública de las provincias, creo que es fundamental el planteo que hizo el ministro Lemus donde las jurisdicciones tenemos autonomía, decidimos qué problemas son los que más nos preocupan y en cierta medida trabajamos de acuerdo a los apoyos de Nación y a plantearnos nuevas metas. Tender a la Cobertura Universal de Salud es un desafío para el país y específicamente para las provincias", argumentó por su parte la ministra de Salud de la Rioja, Judith Díaz Bazán.

"Estos encuentros sirven para fortalecer los rumbos que tenemos en muchas temáticas como salud de la mujer, salud del niño, la problemática del cáncer y de enfermedades renales, salud del adolescente, violencia doméstica, que no podemos dejar de tratar en cada uno de estos encuentros", señaló la titular de la cartera sanitaria de La Rioja.

Su par de Tierra del Fuego, Marcos Colman, indicó que cada COFESA "es un buen momento para reunirnos los ministros de las 24 jurisdicciones e intercambiar experiencias para nutrirnos de estrategias y poder seguir avanzando en todo lo que es el sistema de salud de nuestra provincia".

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación



www.cokiba.org.ar - Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires

Si necesita tratamiento kinésico,
el **único habilitado es el kinesiólogo.**



**COLEGIO DE KINESIÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

El ministerio de Salud de Buenos Aires incorpora a 260 residentes de especialidades materno infantiles a planta permanente

Ingresarán a partir del mes de julio, a la planta permanente de los hospitales públicos bonaerenses. En un hecho inédito en la provincia que gobierna María Eugenia Vidal, su ministra de Salud, Zulma Ortiz, dio a conocer que se dispone de un nuevo “sistema de designación abreviado”, para cubrir en tiempo récord los planteles profesionales de las áreas donde más se necesitan recursos humanos.

El encuentro se realizó en el Salón de Usos Múltiples de la Gobernación, adonde asistieron los residentes que cursan su último año y los jefes de residentes de los hospitales provinciales situados en las regiones sanitarias que abarcan el Conurbano, Mar del Plata y el Gran La Plata.

“Los neonatólogos, pediatras, enfermeros, terapeutas pediátricos, tocoginecólogos y obstétricas que están haciendo esta residencia y que fueron convocados a esta

reunión, tienen la posibilidad de preinscribirse hoy mismo para ser incorporados a la planta permanente del sistema sanitario a partir de este año”, dijo la ministra Ortiz.

La funcionaria detalló que antes del inicio de su gestión, cuando un residente terminaba su formación de posgrado en un hospital provincial, el ministerio no tenía información sobre dónde continuaba su carrera, de modo que no podía siquiera ofertarle un cargo. “Hoy eso empezó a cambiar, y cada uno de ustedes tiene la oportunidad de seguir ejerciendo su vocación de servicio en nuestro hospitales públicos”, expresó Ortiz. Explicó que la cartera sanitaria provincial invierte 1.000 millones de pesos al año en la capacitación de residentes pero, “para que la inversión sea real es preciso que se traduzca en beneficios para la salud de las personas, por eso tenemos que lograr que muchos quieran

quedarse a trabajar en nuestros hospitales”.

En los últimos años decayó la cantidad de profesionales jóvenes que querían continuar su formación en hospitales públicos, en buena medida por las deficitarias condiciones laborales que se ofrecían. Por eso, durante la jornada de hoy, el equipo de la ministra Ortiz presentó las mejoras que se están introduciendo no solo para mejorar la calidad asistencial sino también el clima de trabajo.

Leonardo Busso, Director Provincial de Hospitales, detalló por su parte que en 2016 se iniciaron 39 obras en 27 hospitales, se invirtieron 145 millones de pesos en equipamiento, se incorporaron casi 600 agentes para completar planteles, y se incrementó en un 117 por ciento el presupuesto para insumos. A su vez, se anunció que se está comenzando un plan de mejoramiento de los servicios de guardia en 16 establecimientos. Todo esto, explicaron,

busca mejorar las condiciones en las que se trabaja en los nosocomios y motivar a los residentes a quedarse.

En el mismo sentido, como parte del Plan Quiero ser Residente, se firmaron convenios con intendentes del interior bonaerense. Por medio de estos acuerdos, las comunas se comprometieron a sumar un “paquete motivacional” para los profesionales que necesitan y así incentivarlos a que se queden a vivir en sus distritos. De este modo, en varios municipios ya se prevé la oferta de vivienda, trabajo para el cónyuge o un plus salarial, “que les garantice a los residentes un proyecto de vida allí donde su profesión es sumamente necesaria”, dijo Marcelo García Diéguez, director de capacitación y desarrollo de Trabajadores de la Salud.

Fuente: Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As



Fundación H. A. Barceló
Posgrados
2017 | INSCRIPCIONES ABIERTAS

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD
 DIRECTORA: PROF. DRA. LILIANA VOTO
 Duración: 2 años

MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA CLÍNICA
 DIRECTOR: DR. MIGUEL ACÁNFORA
 Duración: 2 años

MAESTRÍA EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA
 DIRECTOR: DR. ALBERTO MONCHABLÓN
 Duración: 2 años

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA LEGAL
 DIRECTORA: DRA. TERESA RATTO NIELSEN
 Duración: 2 años

ESPECIALIZACIÓN EN NUTRICIÓN
 DIRECTOR: PROF. DR. GUSTAVO FRECHTEL
 Duración: 2 años

SEDE BUENOS AIRES
 Av. Las Heras 2191
 Tel./Fax: (011) 4800 0200
 contacto@barcelo.edu.ar

f fundacionbarcelo
 Fundbarcelo
 www.barcelo.edu.ar

FABA en el Ministerio de Ciencia y Tecnología

El titular de la cartera de Ciencia y Tecnología, Dr. Lino Barañao recibió en su despacho al Dr. Juan Miguel Castagnino, Director de la revista Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana (ABCL) de la Federación Bioquímica de la provincia de Buenos Aires y al presidente de la institución, Dr. Luis García.



El miércoles 1º de febrero tuvo lugar este encuentro en la sede del Ministerio de Ciencia (Godoy Cruz 2320) en el barrio porteño de Palermo, en el que se presentó ante el ministro la edición 50º Aniversario de ABCL, el órgano de difusión científica de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI), la Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA), y la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires (FABA), que es su editora y propietaria.

Los directivos de FABA solicitaron al ministro el auspicio y colaboración para concretar el proyecto de editar la revista en una versión traducida al portugués, una iniciativa del Dr. Castagnino que será un importante aporte a la difusión científica en Latinoamérica. El ministro se mostró solícito en colaborar para la gestión de dicho auspicio.

La revista científica ACTA BIOQUÍMICA CLÍNICA LATINOAMERICANA (ABCL) cumplió 50 años de actividad ininterrumpida. Se fundó en Septiembre de 1966 (como "Bioquímica Clínica"), cuando salió editado su primer número. Su especialidad es la Bioquímica Clínica orientada al estudio de las alteraciones bioquímicas de los humanos y de la incidencia del

medio ambiente en la salud y en la enfermedad a través de los análisis bioquímico-clínicos. Como extensión se publican Suplementos correspondientes a actualizaciones de interés científico y profesional.

Esta publicación está dirigida a profesionales especializados en el Laboratorio Clínico, Bioquímicos, Químicos, Bacteriólogos, Farmacéuticos, Médicos, Biólogos, Biotecnólogos, y todo aquel que se interese en el Tema de la Salud.

Bajo la Dirección del Prof. Dr. Juan Miguel Castagnino (FFyB-UBA), está integrada por un Comité Editorial a cargo de la Dra. Laura Pollio, un Comité de Redacción y un Comité Asesor integrado por más de 40 reconocidos especialistas en los distintos campos de la bioquímica. ABCL recibe trabajos para su publicación bajo estrictas normas de presentación. Es una publicación anual de aparición trimestral, y presenta un promedio de 2.100 ejemplares por número. En el transcurso de su historia ha sido premiada en múltiples ocasiones por la prensa especializada.

Su nivel de excelencia la ha hecho merecedora de integrar el Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas -Categoría 1- del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Además de su edición en papel color,

desde el año 2005 se puede obtener en diferentes sitios Web: es un mérito formar parte de la Scientific Electronic Library Online (www.scielo.org), así como de la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (<http://redalyc.uaemex.mx>) A partir del año 2009 es editada también en CD-ROM.

Se distribuye por donación o suscripción en la República Argentina y en el exterior, así como por canje con bibliotecas nacionales e internacionales a través del Servicio de Apoyo Científico Técnico al Profesional (SACT) de la FABA.

ABCL RECONOCIDA POR EL CONICET

En 2016, el año del 50º aniversario de la publicación, el Comité Científico

Asesor del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) ha revalidado la permanencia de la revista Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana ISSN 0325-2957 (Impresa), ISSN 1851-6114 (En línea), ISSN 1852-396X (CD-ROM) en el Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas -Categoría I-. Acreditación que será válida para el período agosto 2016-julio 2019.

El CONICET, en 2004, decidió por Resolución Nº 1373/04 que Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, conjuntamente con otras publicaciones, conformase el Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas -Categoría 1- y fuese incluida en el Proyecto SciELO (Scientific Electronic Library Online), para la difusión integral electrónica a nivel internacional.

La continuidad de la revista en el Núcleo Básico constituye una garantía de la excelencia de la publicación y le permite seguir presente sin otra evaluación en el Portal SciELO Argentina, sitio que forma parte de las políticas científicas del CONICET y se gestiona a través del Centro Argentino de Información Científica y Tecnológica (CAICYT), organismo dependiente del CONICET.







www.osim.com.ar



OSIM
Obra Social de Personal de Dirección

Montevideo 373 4º Piso
(C1019ABG) Capital Federal

 Trayectoria e innovación
en la Seguridad Social

Info@osim.com.ar
Tel/Fax: (031) 4010-6746

Record de prestaciones del Plan SUMAR en la provincia de Buenos Aires

En el marco del encuentro del Consejo Federal de Salud (COFE-SA), la ministra Ortiz realizó un balance del programa Cobertura Universal de Salud – SUMAR, en el que se observa que durante 2016 aumentó en un 162 por ciento la cantidad de personas que recibieron cobertura efectiva. A su vez, se incrementó en un 58 por ciento la cantidad de inscriptos y en un 56 por ciento las prestaciones de salud dadas en territorio bonaerense.

La titular de la cartera sanitaria, Zulma Ortiz, dijo que “estos resultados demuestran en forma clara, los esfuerzos que el gobierno de María Eugenia Vidal está haciendo para lograr el acceso y cobertura universal a través de distintos instrumentos de financiamiento como, por ejemplo, el programa SUMAR”.

Esta iniciativa que ofrece cobertura a personas sin obra social tanto en centros de atención primaria como en hospitales, cuenta con financiación conjunta del gobierno nacional y provincial y tiene como objetivo prioritario la reducción de las tasas de morbimortalidad de la población que solo cuenta con cobertura del sector público.

En el balance que se presentó hoy, se detalla que en este momento el programa brinda cobertura a casi 6 millones de personas, lo que representa más de un 95% de la población total bonaerense sin cobertura explícita de salud. “De enero a diciembre 2016 este indicador mostró un crecimiento del 58%, al pasar de 3.792.019 a 5.980.229 inscriptos, siendo este el punto más alto de Inscriptos en el Programa desde su implementación”, precisó Ortiz.

A su vez, desde enero a diciembre de 2016, la Provincia a través de la Cobertura Universal de Salud-SUMAR firmó 50 nuevos convenios con efectores públicos para que comiencen a implementarlo. Entre ellos se incluyen centros de atención primaria, hospitales provinciales y municipales, centros de integración comunitaria,

de prevención de las adicciones y vacunatorios.

Desde la cartera sanitaria se explicó que la llamada “cobertura efectiva básica” (CEB) de este plan hace referencia a los inscriptos que recibieron al menos una prestación de salud en los últimos 12 meses. De acuerdo a los datos del balance, el Programa alcanzó en 2016 una “cobertura efectiva básica” de 3.005.511 de beneficiarios, es decir el 50,3% del total de inscriptos en el último año. Este indicador mostró un crecimiento de un 162%, pasando de 1.146.117 a 3.005.511 inscriptos con CEB, lo que constituyó el punto más alto de inscriptos con CEB en el Programa desde su implementación en 2007.

Fuente: Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As

Cinco pasos para mejorar las prácticas de higiene y reducir la carga de las enfermedades infecciosas en niños de todo el mundo

El Consejo Mundial de Higiene (GHC) presentó su informe "Pequeños pasos para un gran cambio", donde investiga la alarmante carga de las enfermedades infecciosas evitables en los niños de todo el mundo y llama a las familias, comunidades y profesionales la atención a implementar un sencillo plan de 5 pasos para mejorar las prácticas de higiene diarias y evitar las muertes infantiles a causa de infecciones evitables.

El informe destaca que, cada año más de 3 millones de niños menores de 5 años mueren a causa de enfermedades infecciosas, un millón a causa de una neumonía y más de 700.000 como resultado de una diarrea.

"Es inaceptable que infecciones en gran parte evitables, tales como la diarrea, sean todavía una de las principales causas de muerte en niños de todo el mundo", manifestó el Profesor John Oxford, experto en enfermedades infecciosas del Reino Unido y Presidente del Directorio del GHC. "Se ha demostrado que el lavado de manos con jabón reduce las muertes por diarrea en un 50%, y mediante el desarrollo de este plan de 5 pasos deseamos enviar un mensaje claro y coherente acerca de cómo unos pequeños cambios en las prácticas de higiene pueden provocar un gran impacto en la salud y el bienestar de los niños de todo el mundo".

El plan de 5 pasos fue desarrollado por expertos del GHC, que incluyeron a pediatras, especialistas en enfermedades infecciosas y expertos en salud pública del Reino Unido, Francia, EE. UU., Nigeria y Sudáfrica. Los 5 pasos se enfocan en la realización de pequeños cambios, tales como una mejor higiene de manos y la prevención del

contagio de una infección en el ámbito hogareño. Los potenciales grandes cambios que podrían resultar incluyen bajar a la mitad la incidencia de la diarrea y reducir la carga de las infecciones infantiles comunes tales como los resfríos y la influenza.

"Las prácticas inadecuadas de higiene personal y la higiene en el hogar son ampliamente reconocidas como las principales causas de transmisión de infecciones tales como los resfríos, la influenza y la diarrea", afirmó el Profesor Oxford. "Las familias, las comunidades y los profesionales de atención a la salud necesitan reconocer que una mejor higiene es efectivamente la primera línea de defensa y que unas mejores prácticas de higiene podrían tener un impacto dramático y positivo en las vidas de los niños de menor edad a nivel mundial"

Fuente: The Global Hygiene Council



VIDT CENTRO MEDICO
Excelencia en Terapia Radiante
INSTITUCIÓN AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

Acelerador Lineal Simulador Localizador Planificación Computada
Radioterapia Estereotáxica Radiocirugía
Radioterapia Conformacional con Planificación Virtual Tridimensional

CERTIFICADO BAJO NORMAS ISO 9001:2000
EN MÉRITO DE SUS ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Vidt 1924/32 Capital Federal. TE:4824-6326 Líneas Rotativas
e-mail: info@vidtcm.com.ar web: www.vidtcm.com.ar



CAM[®]
INDUSTRIA ARGENTINA

CON CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN DE PRODUCTOS MÉDICOS. ESTABLECIMIENTO INCORPORADO POR DISPOSICIÓN ANMAT N°666/99 FABRICANTE DE BALANZAS DE USO MÉDICO MARCA CAM

MANRIQUE HNOS. S.R.L.
Fábrica de balanzas mecánicas y electrónicas

E-mail: balanzascam@balanzascam.com
www.balanzas.com

SE EFECTÚAN INFORMES DE CALIBRACIÓN

Balanzas de uso médico marca CAM cumplen con aprobación de modelo en metrología legal Inscrición n° 2240

Aprobación por el INTI (Instituto Nacional de Tecnología Industrial) certificado n° 037

Balanzas CAM calibradas

Registro de productores de producto médico ANMAT legajo n°1192

Certificado de normas de calidad iso 9001/2000 n°157169



El paludismo: la más mortal de las enfermedades transmitidas por mosquitos en el mundo

El paludismo es causado por parásitos del género Plasmodium que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género Anopheles, los llamados vectores del paludismo. Hay cinco especies de parásitos causantes del paludismo en el ser humano, si bien dos de ellas - Plasmodium falciparum y Plasmodium vivax - son las más peligrosas.

P. falciparum es el parásito causante del paludismo más prevalente en el continente africano. Es responsable de la mayoría de las muertes provocadas por el paludismo en todo el mundo.

P. vivax es el parásito causante del paludismo dominante en la mayoría de los países fuera de África subsahariana.

SÍNTOMAS

El paludismo es una enfermedad febril aguda. En un individuo no inmune, los síntomas aparecen a los 7 días o más (generalmente entre los 10 y los 15 días) de la picadura del mosquito infectivo. Puede resultar difícil reconocer el origen palúdico de los primeros síntomas (fiebre, dolor de cabeza, escalofríos y vómitos), que pueden ser leves. Si no se trata en las primeras 24 horas, el paludismo por P. falciparum puede agravarse, llevando a menudo a la muerte.

Los niños con enfermedad grave suelen manifestar uno o más de los siguientes síntomas: anemia grave, sufrimiento respiratorio relacionado con la acidosis metabólica o paludismo cerebral. En el adulto también es frecuente la afectación multiorgánica. En las zonas donde el paludismo es endémico, las personas pueden adquirir una inmunidad parcial, lo que posibilita la aparición de infecciones asintomáticas.

¿QUIÉN ESTÁ EN RIESGO?

En 2015, casi la mitad de la población mundial corría el riesgo de padecer el paludismo. La mayoría de los casos y de las muertes se registran en el África subsahariana, pero también se ven afectadas Asia Sudoriental, Latinoamérica y Oriente Medio. En 2015, 91 países y áreas experimentaban una transmisión continua de la enfermedad.

Algunos grupos de población corren un

riesgo considerablemente más elevado que otros de contraer la enfermedad y presentar manifestaciones graves: los lactantes, los niños menores de cinco años, las embarazadas y los pacientes con VIH/sida, así como los emigrantes no inmunes de zonas endémicas, los viajeros y los grupos de población itinerante.

Los programas nacionales de lucha contra el paludismo deberían tomar medidas especiales para proteger de la infección a estos grupos poblacionales, habida cuenta de su situación específica.

CARGA DE LA ENFERMEDAD

Según las últimas estimaciones publicadas en diciembre de 2016, en 2015 se registraron 212 millones de casos de paludismo que ocasionaron la muerte de unas 429 000 personas.

Entre 2010 y 2015, la incidencia de la enfermedad se ha reducido en un 21% a nivel mundial, y la tasa de mortalidad ha disminuido en un 29%. Se calcula que, desde 2001, se han evitado unas 6,8 millones de muertes por paludismo.

El África subsahariana continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de la enfermedad. En 2015, el 90% de los casos y el 92% de los fallecimientos se han registrado en esta región. El 76% de los casos y el 75% de las muertes por paludismo en el mundo se registran en 13 países, la mayoría de ellos subsaharianos.

En las zonas donde la transmisión del paludismo es elevada, los niños menores de cinco años son especialmente vulnerables a contraer la infección, enfermar y fallecer; más de dos tercios (el 70%) de las muertes por paludismo se registran en este grupo de edad.

Entre 2010 y 2015, la tasa de mortalidad por la enfermedad entre los niños menores de cinco años se ha reducido en un 29% a nivel mundial. Sin embargo, el paludismo sigue siendo una de las principales causas de muerte en menores de 5 años, al cobrarse la vida de uno de ellos cada 2 minutos.

DATOS Y CIFRAS

El paludismo, o malaria, es una enfermedad potencialmente mortal causada por

parásitos que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género Anopheles.

En 2015, el paludismo se siguió transmitiendo en 91 países y áreas.

El paludismo se puede prevenir y curar y, gracias a los esfuerzos adicionales realizados, la carga de la enfermedad se está reduciendo notablemente en muchos lugares.

Entre 2010 y 2015, la incidencia de la enfermedad (es decir, el número de casos nuevos entre las poblaciones en riesgo) se redujo en un 21% a escala mundial, mientras que la tasa de mortalidad entre las poblaciones en riesgo disminuyó en un 29% en todos los grupos de edad y en un 35% en los niños menores de cinco años.

El África subsahariana soporta una parte desproporcionada de la carga mundial de paludismo. En 2015, el 90% de los casos y el 92% de los fallecimientos por la enfermedad se produjeron en esta región.

TRANSMISIÓN

El paludismo se transmite en la mayoría de los casos por la picadura de mosquitos hembra del género Anopheles. En el mundo hay más de 400 especies de Anopheles, pero solo 30 de ellas son vectores importantes del paludismo. Todas las especies que son vectores importantes pican entre el anochecer y el amanecer. La intensidad de la transmisión depende de factores relacionados con el parásito, el vector, el huésped humano y el medio ambiente.

Los mosquitos Anopheles hembra ponen sus huevos en el agua. Tras eclosionar los huevos, las larvas se desarrollan hasta alcanzar el estado de mosquito adulto. Los mosquitos hembra buscan alimentarse de sangre para nutrir sus huevos. Cada especie muestra preferencias con respecto a su hábitat acuático; por ejemplo, algunos prefieren las acumulaciones de agua dulce superficial, como los charcos y las huellas dejadas por los cascos de los animales, que se encuentran en abundancia durante la temporada de lluvias en los países tropicales.

La transmisión es más intensa en lugares donde los mosquitos tienen una vida relativamente larga que permite que el

parásito tenga tiempo para completar su desarrollo en el interior de su organismo, y cuando el vector prefiere picar al ser humano antes que a otros animales. Por ejemplo, la larga vida y la marcada preferencia por los humanos que presentan las especies que actúan como vectores en África son la principal causa de que más del 90% de los casos de paludismo se registren en ese continente.

La transmisión también depende de condiciones climáticas que pueden modificar el número y la supervivencia de los mosquitos, como el régimen de lluvias, la temperatura y la humedad. En muchos lugares la transmisión es estacional y alcanza su máxima intensidad durante la estación lluviosa e inmediatamente después.

Se pueden producir epidemias de paludismo cuando el clima y otras condiciones favorecen súbitamente la transmisión en zonas donde la población tiene escasa o nula inmunidad, o cuando personas con escasa inmunidad se desplazan a zonas con transmisión intensa, como ocurre con los refugiados o los trabajadores migrantes.

La inmunidad humana es otro factor importante, especialmente entre los adultos residentes en zonas que reúnen condiciones de transmisión moderada a intensa. La inmunidad se desarrolla a lo largo de años de exposición y, a pesar de que nunca proporciona una protección completa, reduce el riesgo de que la infección cause enfermedad grave.

Es por ello que la mayoría de las muertes registradas en África corresponden a niños pequeños, mientras que en zonas con menos transmisión y menor inmunidad se encuentran en riesgo todos los grupos de edad.

PREVENCIÓN

La lucha antivectorial es el medio principal de reducir la transmisión del paludismo. Si la cobertura de las intervenciones de esta índole es suficiente en una zona determinada, se protegerá a toda la comunidad.

La OMS recomienda proteger a todas las personas expuestas a contraer la enfermedad mediante medidas eficaces de lucha antivectorial. Para el control efectivo del

Continuación en Página 9

Viene de Página 8

vector, recomienda proteger a toda la población que se encuentra en riesgo de infectarse. Hay dos métodos de lucha contra los vectores que son eficaces en circunstancias muy diversas: los mosquiteros tratados con insecticidas y la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual.

MOSQUITEROS TRATADOS CON INSECTICIDAS

Los mosquiteros que se utilizan preferentemente en los programas de salud pública están impregnados con insecticidas de acción prolongada. En la mayoría de los lugares, la OMS recomienda distribuir este tipo de mosquiteros a todas las poblaciones en riesgo. La forma más costoeficaz de conseguirlo es suministrarlos gratuitamente, de modo que todas las personas tengan acceso a ellos en las mismas condiciones.

Al mismo tiempo, es preciso utilizar estrategias de comunicación eficaces para convencer a todas las personas que se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad de la importancia de dormir todas las noches bajo estos mosquiteros y de cuidar de que se mantengan en buen estado.

FUMIGACIÓN DE INTERIORES CON INSECTICIDAS DE ACCIÓN RESIDUAL

La fumigación de interiores con insecticidas de acción residual (FIAR) es una intervención potente que reduce en poco tiempo la transmisión del paludismo. Su eficacia máxima se obtiene cuando se fumiga al menos el 80% de las casas de las zonas destinatarias. La FIAR es eficaz durante 3 a 6 meses, dependiendo de los insecticidas utilizados y del tipo de superficie fumigada. En algunos lugares, es preciso repetir la operación varias veces para proteger a la población durante toda la temporada de transmisión del paludismo.

MEDICAMENTOS ANTIPALÚDICOS

En la prevención de la enfermedad también se pueden utilizar antipalúdicos. Los viajeros pueden tomar fármacos profilácticos que detienen la infección en su fase hemática y previenen así la enferme-

dad. Para las embarazadas residentes en zonas donde la transmisión es moderada o alta, la OMS recomienda el tratamiento profiláctico intermitente con sulfadoxina-pirimetamina en cada consulta prenatal programada a partir del primer trimestre. Asimismo, se recomienda administrar tres dosis de tratamiento profiláctico intermitente con sulfadoxina-pirimetamina, junto con las vacunaciones sistemáticas, a los lactantes residentes en zonas de África donde la transmisión es elevada.

En 2012, la OMS recomendó la quimioprofilaxis estacional del paludismo como estrategia adicional de prevención de la enfermedad en zonas del Sahel, mediante la administración de tandas terapéuticas mensuales de amodiaquina y sulfadoxina-pirimetamina a todos los menores de 5 años durante la estación de máxima transmisión.

RESISTENCIA A LOS INSECTICIDAS

Gran parte del éxito obtenido hasta ahora en el control del paludismo se debe a la lucha antivectorial, que depende en gran medida de la utilización de piretroides, la única clase de insecticidas recomendada en la actualidad para los mosquiteros tratados con insecticidas, incluidos los de acción prolongada.

En los últimos años han aparecido mosquitos resistentes a los piretroides en muchos países. En algunas zonas se han detectado resistencias a las cuatro clases de insecticidas utilizadas en el ámbito de la salud pública. Afortunadamente, esta resistencia raramente ha reducido la eficacia de los mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada, que siguen proporcionando un alto nivel de protección en casi todas las situaciones. En cuanto a la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual, un método recomendado para evitar las resistencias es alternar el empleo de distintas clases de productos.

No obstante, en algunas zonas del África subsahariana y en la India donde el paludismo es endémico ha suscitado gran preocupación la coexistencia de un alto nivel de transmisión de la enfermedad y una resistencia generalizada a los insecticidas, según indican los informes notificados.

El empleo de mosquiteros impregnados con dos insecticidas distintos puede

reducir el riesgo de que los vectores desarrollen resistencias y de que estas se extiendan, por lo que es prioritario fabricarlos. Ya hay varios productos prometedores en fase de desarrollo tanto para los mosquiteros como para la FIAR.

La detección de resistencias a los insecticidas debe ser un componente esencial de todos los programas nacionales de lucha contra el paludismo, con el fin de garantizar que se utilizan los métodos más eficaces de lucha antivectorial. La elección del insecticida de acción residual utilizado en la fumigación debe basarse siempre en datos locales y recientes sobre la susceptibilidad de los vectores a los que se dirige.

Con el fin de garantizar una respuesta mundial rápida y coordinada frente a la amenaza de la resistencia a los insecticidas, la OMS ha colaborado con numerosas partes interesadas para elaborar el Plan mundial para el manejo de la resistencia a insecticidas en los vectores de paludismo, que se puso en marcha en mayo de 2012.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico y el tratamiento tempranos del paludismo atenúan la incidencia de la enfermedad, reducen sus efectos mortales y contribuyen a prevenir su transmisión. La mejor opción terapéutica disponible, especialmente para el paludismo por *P. falciparum*, es el tratamiento combinado con artemisinina.

La OMS recomienda, antes de administrar el tratamiento, la confirmación del diagnóstico con métodos parasitológicos (ya sean pruebas de microscopía o de diagnóstico rápido), cuyos resultados pueden obtenerse en 30 minutos o incluso menos. La prescripción de un tratamiento basada únicamente en la sintomatología debe reservarse para aquellos casos en los que no sea posible hacer un diagnóstico parasitológico. En las Directrices para el tratamiento del paludismo (tercera edición), publicadas por la OMS en inglés en abril de 2015, se dan recomendaciones más detalladas.

FARMACORRESISTENCIA

La resistencia a los antipalúdicos es un problema recurrente. Las resistencias en *P. falciparum* a generaciones anteriores de

fármacos como la cloroquina y la sulfadoxina-pirimetamina se generalizaron durante las décadas de 1950 y 1960, socavando la lucha contra el paludismo y revirtiendo la mejora progresiva en la supervivencia infantil.

La OMS recomienda un seguimiento continuo de la resistencia a los antipalúdicos, y presta apoyo a los países para que refuercen esta importante área de trabajo.

El tratamiento combinado recomendado incluye artemisinina y otro fármaco. En los últimos años se han detectado resistencias de los parásitos a la artemisinina en cinco países de la subregión del Gran Mekong: Camboya, Myanmar, República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam. Los estudios han confirmado la aparición de resistencias a la artemisinina en muchos puntos de esta subregión.

En 2013, la OMS lanzó la Respuesta de emergencia a la resistencia a la artemisinina en la subregión del Gran Mekong, consistente en un plan de ataque de alto nivel para contener la propagación de los parásitos farmacorresistentes y proporcionar a las poblaciones en riesgo de padecer el paludismo instrumentos capaces de salvarles la vida. Sin embargo, incluso después de que esta labor ya estuviera en curso, han aparecido nuevas bolsas independientes de resistencia en nuevas zonas geográficas de la subregión. Asimismo, en algunos entornos ha habido informes sobre un aumento de la resistencia a otros fármacos utilizados en el tratamiento combinado basado en la artemisinina. Ello hizo necesario un nuevo enfoque para mantenerse a la par de los cambios en el panorama del paludismo.

Por ello, el Comité Asesor de la OMS en Políticas sobre el Paludismo recomendó en septiembre de 2014 la adopción del objetivo de eliminar el paludismo por *P. falciparum* en la subregión para 2030. En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2015, la OMS presentó la estrategia para la eliminación del paludismo en la subregión del Gran Mekong (2015–2030), que fue aprobada por todos los países de la subregión.

Con la orientación técnica de la OMS, todos los países de la subregión del Gran Mekong han elaborado planes nacionales de eliminación del paludismo. Junto con

Continuación en Página 10

siem

RECIPROCIDAD
Las empresas miembro, se brindan entre sí reciprocidad gratuita de servicios en Emergencia, Urgencia y Atención Domiciliaria, entre los afiliados en tránsito.

Defensa 251 4to H CABA - Argentina (54-11) 4342-8800
info@siem.com.ar · siem-internacional.blogspot.com.ar

Viene de Página 9

los asociados, la OMS seguirá prestando apoyo a los esfuerzos de los países por eliminar el paludismo mediante una nueva iniciativa que sustituya la anterior Respuesta de emergencia a la resistencia a la artemisinina.

VIGILANCIA

La vigilancia consiste en hacer un seguimiento de la enfermedad y de las respuestas programáticas, así como en la adopción de medidas basadas en los datos recibidos. En la actualidad, muchos países en los que la prevalencia del paludismo es elevada no disponen de suficientes sistemas de vigilancia y no son capaces de analizar la distribución y las tendencias de la enfermedad, por lo que no pueden responder de forma óptima ni controlar los brotes.

Es fundamental mantener una vigilancia eficaz allí donde se encuentra la enfermedad hasta lograr su eliminación. Si se dispone de sistemas de vigilancia sólidos, es posible aplicar las medidas de los programas de forma óptima para:

promover la inversión de agentes nacionales e internacionales de forma que corresponda a la carga de paludismo en cada país o zona dentro de los países;

asignar recursos a las poblaciones que más los necesitan y a las intervenciones más eficaces para lograr el máximo impacto en términos de salud pública;

evaluar periódicamente si los planes avanzan según lo esperado y si es necesario ampliar el alcance o el tipo de intervenciones que se efectúan;

explicar el impacto de la financiación recibida y permitir que la población, sus representantes electos y los donantes determinen si resulta rentable; y

evaluar si se han alcanzado los objetivos del programa, fijándose en las intervenciones que han funcionado para mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas.

Es preciso reforzar con urgencia los sistemas de vigilancia para responder oportuna y eficazmente a la enfermedad en las regiones en que es endémica, prevenir los brotes y epidemias, hacer un seguimiento de los progresos

alcanzados y conseguir que los gobiernos y la comunidad internacional asuman la responsabilidad de la lucha contra el paludismo.

ELIMINACIÓN

La eliminación del paludismo se define como la interrupción local de la transmisión por parásitos específicos causantes de la enfermedad en una zona geográfica definida gracias a los esfuerzos encaminados a conseguirlo. Es necesario seguir aplicando medidas para evitar la reaparición de la transmisión. A su vez, por erradicación se entiende la reducción absoluta y permanente de la infección palúdica por las especies de parásitos causantes de la enfermedad en el ser humano gracias a los esfuerzos encaminados a conseguirlo. Una vez se ha logrado la erradicación no es necesario seguir aplicando medidas.

El ritmo con que avanza cada país depende de la solidez de su sistema nacional de salud, el nivel de inversión en la lucha contra la enfermedad y otros factores como los determinantes biológicos, aspectos medioambientales y la realidad social, demográfica, política y económica.

En los países con transmisión moderada de los parásitos, el objetivo de los programas nacionales de lucha antipalúdica es reducir en lo posible la prevalencia y la mortalidad por la enfermedad.

Cuando un país está a punto de lograr la eliminación, los sistemas de vigilancia intensificada pueden ayudar a detectar y tratar todos los casos, así como a notificarlos al registro nacional de paludismo. Es importante tratar cuanto antes a los pacientes a los que se ha diagnosticado esta enfermedad con medicamentos antipalúdicos eficaces para proteger su salud y prevenir la transmisión en la comunidad.

Los países donde no se ha registrado ningún caso nuevo durante al menos tres años consecutivos pueden solicitar que la OMS certifique la eliminación de la enfermedad. En los últimos años, la Directora General de la OMS ha certificado la eliminación del paludismo en siete países: Emiratos Árabes Unidos (2007), Marruecos

(2010), Turkmenistán (2010), Armenia (2011), Maldivas (2015), Sri Lanka (2016) y Kirguistán (2016).

VACUNAS CONTRA EL PALUDISMO

Actualmente, no hay ninguna vacuna autorizada contra el paludismo u otro parásito humano alguno. La investigación sobre una vacuna contra el paludismo por *P. falciparum*, conocida como RTS,S/AS01, está muy avanzada. Esta vacuna fue objeto de evaluación mediante un gran ensayo clínico realizado en siete países africanos y obtuvo el dictamen favorable de la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos en julio de 2015.

En octubre de 2015, dos grupos consultivos de la OMS recomendaron la aplicación experimental de la vacuna RTS,S/AS01 en un número limitado de países africanos. La OMS adoptó estas recomendaciones y es firme partidaria de realizar estos estudios experimentales como siguiente paso para conseguir la primera vacuna contra el paludismo.

En noviembre de 2016 la OMS anunció que la vacuna RTS,S se empezará a utilizar en proyectos piloto en 3 países del África subsahariana. La financiación de la fase inicial del programa está asegurada, y el inicio de la vacunación está previsto para 2018. Estos proyectos piloto podrían abrir el camino a una utilización más amplia de la vacuna, siempre que su seguridad y eficacia se consideren aceptables.

RESPUESTA DE LA OMS

La estrategia técnica mundial contra el paludismo 2016-2030, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2015, es un marco técnico para todos los países donde el paludismo es endémico. El objetivo de la estrategia es dar orientación y apoyo a los programas nacionales y regionales en su labor de lucha y eliminación del paludismo.

La estrategia establece metas ambiciosas pero realistas a nivel mundial:

- 1-reducir la incidencia del paludismo al menos en un 40% para 2020;
- 2-reducir la mortalidad por paludismo al menos en un 40% para 2020;
- 3-eliminar la enfermedad al menos en 10 países para 2020;
- 4-impedir su reaparición en los países en los que se ha certificado su ausencia.

Esta estrategia es fruto de una amplia consulta realizada durante dos años, en la que han participado más de 400 expertos técnicos de 70 Estados Miembros. Se basa en los tres pilares siguientes:

- a-asegurar el acceso universal a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del paludismo;
- b-agilizar las actividades destinadas a la eliminación y lograr la certificación de ausencia de paludismo; y
- c-conseguir que la vigilancia de esta enfermedad se considere una intervención básica.

El Programa Mundial sobre Paludismo de la OMS coordina las actividades mundiales que la Organización desarrolla para luchar contra esta enfermedad y lograr eliminarla.

Fuente: OMS



FEFARA
AVANZA

En la permanente evolución de los servicios farmacéuticos para el bienestar de la comunidad.

Hipólito Yrigoyen 900 – 3ero P. Of. B (1086) – Capital Federal
Tel/Fax: 011 4342 9473 – fefara@fefara.org.ar - www.fefara.org.ar



La eficiencia en medicina asistencial.
La precisión de un call center de última generación.

Buenos Aires • Córdoba • Salta • Tel: 5777-5500

GRUPO paramedic

La mayoría de los argentinos que padecen de una Enfermedad Poco Frecuente tienen barreras de accesibilidad al tratamiento

Resultados preliminares de un relevamiento de pacientes llevado a cabo por la Federación Argentina de Enfermedades Poco Frecuentes (FADEPOF) evidencian, entre otras importantes conclusiones, que los principales problemas a los que se enfrentan las personas con EPOF en nuestro país son: la localización de un especialista (51.65%), y el acceso al tratamiento (43.2%).

Argentina cuenta desde el año 2015 con el Programa Nacional de EPOF (creado por el Decreto Reglamentario 794/15 de la Ley 26.689) que depende de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria –acéfala al día de hoy- del Ministerio de Salud de la Nación que poco ha gestionado en estos años para implementar una política pública que dé respuesta a la necesidad del 8% de la población, algo más de 3,2 millones de personas que deambulan por el Sistema de Salud enfrentándose a una desesperada “odisea diagnóstica” en busca de un centro de atención que le brinde, al menos, una sospecha sobre un posible diagnóstico diferencial y un tratamiento adecuado.

Frente a esta realidad, FADEPOF ha puesto en marcha la creación de un Mapa de Recursos especializados en la atención de las EPOF, para brindarle mayor información a las personas afectadas y al propio sistema socio-sanitario, junto a la creación de un Registro Nacional de EPOF.

“Conocer cuántos son los enfermos, qué patologías tienen, con qué recursos se cuenta son las prioridades que deben ser parte de la puesta en marcha del Programa Nacional de EPOF. Como así, incentivar mayor investigación por parte del sector



público, privado, la academia, la industria junto a la participación de las organizaciones de pacientes para mejorar la detección precoz y el acceso a los diagnósticos, tratamientos, y la cura de las EPOF.”, men-

ciona Inés Castellano presidente de FADEPOF.

El trabajo que la federación está realizando se basa en los estándares internacionales del Instituto Nacional de Salud de los

Estados Unidos (NIH - National Institutes of Health) y las buenas prácticas en materia de EPOF de España.

“La problemática de las EPOF es federal, ya que está presente en las 24 jurisdicciones de nuestro país. Y dada la amplia diversidad entre cada una de las 8.000 enfermedades poco frecuentes existentes, sabemos que ninguna provincia contará con los especialistas que brinden una atención adecuada a su población. Por eso es necesario articular estrategias que involucren a todas las autoridades provinciales y nacionales para establecer protocolos de derivación y atención entre las jurisdicciones que permitan optimizar los recursos especializados existentes como también los presupuestarios”, comenta Luciana Escati Peñaloza, Directora Ejecutiva de FADEPOF.

Chaco ha sido la primera provincia con la que la Federación se ha reunido. FADEPOF pretende así, contar con el compromiso de todas las jurisdicciones, para comenzar a dar respuesta a esta problemática federal.

FADEPOF, seguirá su recorrido por las provincias y espera que el Ministro de Salud de la Nación Dr. Lemus, a cargo del Consejo Federal de Salud (COFESA) responda al pedido que desde el año 2016 la institución ha presentado para que este tema sea incluido en la agenda.

Fuente: FADEPOF

Millones de pacientes en todo el mundo se controlan de forma remota

Aproximadamente 7,1 millones de pacientes fueron controlados de forma remota a finales de 2016 en el sueño, el ventilador, la terapia diabética, cardiovasculares u otro, según el informe de la salud móvil. Eso es hasta un 45 por ciento de 4,9 millones de pacientes al final de 2015.

“El número de pacientes de terapia del sueño remotamente controlados creció un 70 por ciento en 2016”, señala el informe, “con el crecimiento del mercado impulsado

principalmente por el vendedor ResMed que ha hecho de la asistencia sanitaria conectada una piedra angular de su estrategia.”

“ResMed ha sido la entrega de su promesa de ayudar a optimizar la terapia del sueño para los pacientes y los proveedores de soluciones digitales con más de una década, y vamos a seguir centrándose en la atención conectado a medida que ejecutemos nuestra estrategia de crecimiento”, dijo el CEO de ResMed Mick Farrell. “A

medida que la empresa líder en tecnología impulsada por dispositivos médicos, tenemos más de mil millones de noches de datos del sueño y nuestras aplicaciones de salud digital son probados clínicamente para mejorar la adherencia del paciente. Nos esforzamos cada día para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir la velocidad de la progresión de la enfermedad crónica y reducir los costos generales de nuestro sistema de salud global”.



El INSTITUTO VIRTUAL FEMEBA le acerca

formación de excelencia con las ventajas que ofrece Internet. En cualquier horario y desde cualquier lugar, aprendiendo con los mejores profesionales e interactuando con colegas de distintas regiones.

Formación integral para profesionales de la Salud desde una perspectiva humanística, fundada en la concepción social.

¡ingrese a campus.fundacionfemeba.org.ar y conozca las distintas propuestas de cursos y especialidades!

ivf@fundacionfemeba.org.ar | (0221) 439-1395

FUNDACIÓN FEMEBA

Los principales desafíos

El año que comienza transitar tendrá innumerables desafíos para las autoridades nacionales y las porteñas en particular, en este sentido las seguridad, la salud y lo económico gobiernan las demandas de la sociedad.

Con todo, el titular de la Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires, doctor Jorge Gilardi, afirmó: "En los últimos días del 2016 decíamos que había sido un buen año para quienes formamos parte de la Asociación de Médicos Municipales, con matices lógicos cuando se trata de una entidad con una fuerte presencia hacia dentro y fuera del sistema de salud. Del mismo modo podemos afirmar que el año en curso es, en cierto modo, un escenario que planteará a los profesionales de la salud y a las autoridades martillos desafíos a tener cuenta".

"Desde los Institucional el desafío de seguir creciendo, mirar para atrás para ver cómo sembramos lo cosechado entre todos durante varios años y si ponemos la mirada hacia adelante el compromiso con todos quienes forma parte de la AMM, desde los que recién comienzan a hacer las primeras armas en el sistema y por supuesto de nuestro adultos mayores, ejemplos a seguir. Desde nuestra entidad hacemos todo porque son una columna vertebral muy importante y guías para los que vienen de atrás", remarcó.

Además, la AMM es una entidad con presencia en los ámbitos legislativo y ejecutivo, sobre este aspecto Gilardi agregó: "Proponemos proyectos de ley, discutimos productivamente con todos los gobiernos y sabemos construir en nuestros hospitales



sobre la base de las decisiones democráticas. La brújula que nos guía es la defensa de la salud pública, el compromiso irrenunciable por una salud libre, equitativa y solidaria, que esté por encima de los gobiernos de turno. Por otra parte, la AMM interactúa con otras instituciones gremiales, sociedades científicas, facultades, convencida de que el intercambio es necesario y beneficioso, siempre y cuando se respeten los roles, los espacios, las incumbencias, cumpliendo con el destino para el cual cada una fue forjada, sin interferencias desleales".

"Nosotros tenemos una historia sobre nuestras espaldas y caminamos a diario por los pasillos de los hospitales conociendo las necesidades de los profesionales de la salud.

También será un año de desafíos para las autoridades. Desde adentro podemos afirmar que hay problemas edilicios muy importantes en algunos hospitales, aunque reconocemos que hay planes para solucionarlos", añadió.

El titular de la AMM además se refirió problemas que sacuden la estructura del sistema: "También advertimos problemas de personas en algunos sectores puntuales como guardias o sectores de neonatología.

No se trata de una queja reiterada, se trata de puntualizar cuáles son las armas que no deben faltar en el sistema porque diariamente son miles de personas que transitan por los pasillos de los hospitales que llegan no sólo desde la Ciudad de Buenos Aires, sino del Gran Buenos Aires y del interior del país".

"Con todo, lo dijimos con firmeza el año pasado y lo reafirmamos ahora: queremos que el Estado asiste al que asiste y por eso ponemos la seguridad como uno de los aspectos más importante en la agenda, la AMM jamás dejará de reclamar contra la violencia hacia el equipo de salud, que es un flagelo que atenta contra la salud pública; por eso exigimos condiciones seguras para poder desarrollar nuestra tarea. Hemos conseguido reforzar la seguridad en los hospitales, se firmó un protocolo, se realizaron convenios con el Ministerio de Justicia y Seguridad del GCBA, se colocaron botones de pánico y cámaras en muchos hospitales. Pero lamentablemente todas estas medidas no son suficientes ya que la violencia golpea en todos los ámbitos y deteriora las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Exigimos que nos cuiden y seguiremos trabajando para enfrentar esta situación porque la violencia está en toda la sociedad y llegó al hospital público para instalarse. Pero, más allá de eso, jamás nos vamos a acostumbrar a lidiar con esta problemática que afecta nuestras vidas y la de los pacientes", sostuvo.

"En síntesis, se trata de un año con desafíos y desde la la AMM seguiremos de cerca el andar del mismo y en esto también será importante la discusión por mantener el poder adquisitivo de los trabajadores a través de las paritarias que negociamos de manera directa y que durante los últimos años hemos podido mantener el nivel e incluso superar el nivel de la inflación", finalizó.



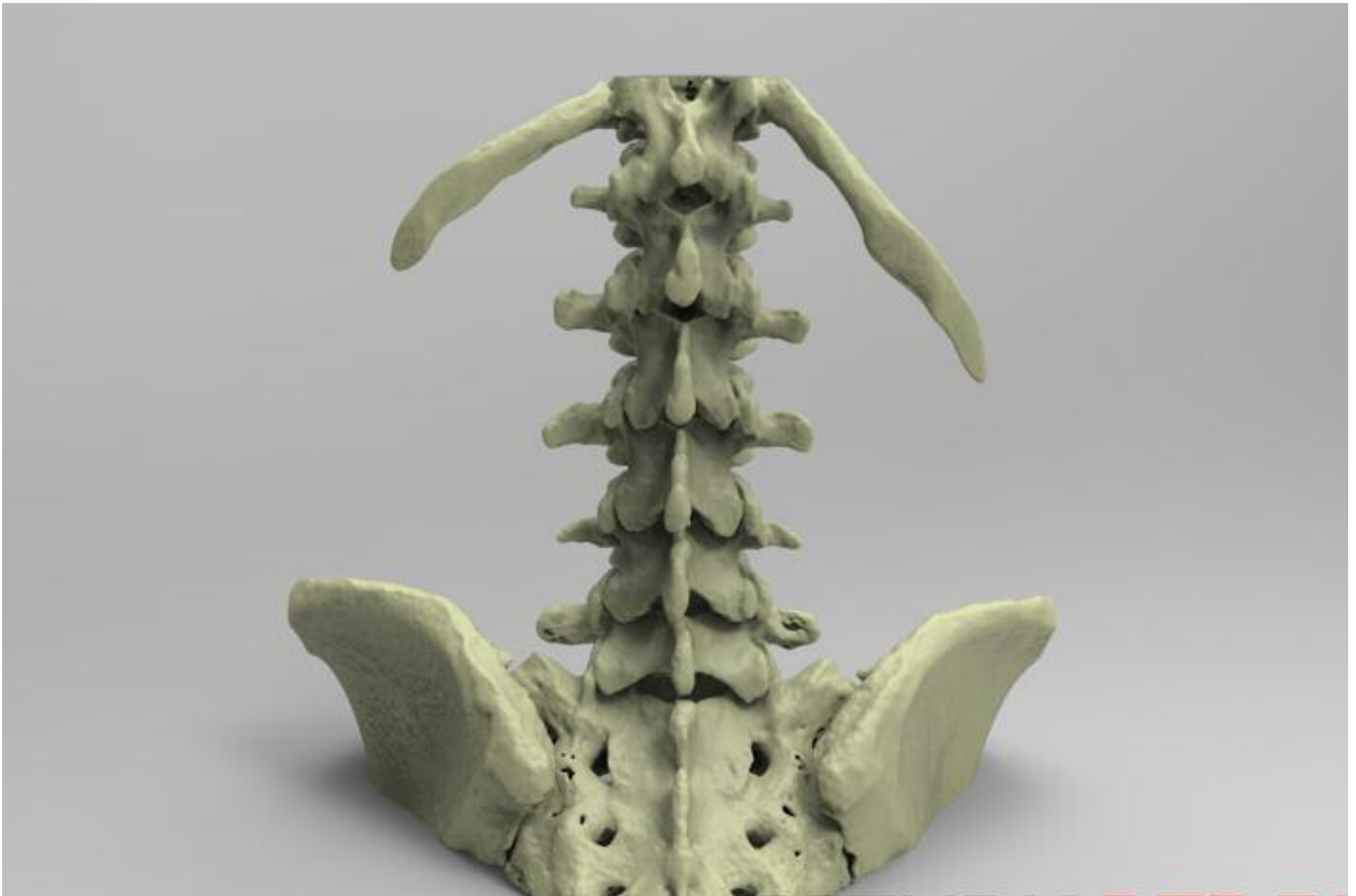
FABA
Federación Bioquímica de la
Provincia de Buenos Aires

La Calidad y la Responsabilidad profesional son los principales objetivos de los laboratorios que integran la Red de la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires.

Porque primero es la Salud "SOMOS PRIMEROS EN CALIDAD".

IMPRESIONES 3D

Se logran imágenes de alta definición para realizar una impresión 3D de las patologías de los pacientes



El prototipo impreso en tres dimensiones, ayuda a la planificación quirúrgica, a la evaluación de técnicas y materiales más adecuados y a la reducción de los tiempos de radiación intraoperatoria.

El equipo del Departamento de Neuroimágenes de Centro Médico Deragopyan, liderado por el Dr. Jaime Rimoldi (MN 53880) en conjunto con la Dra. Paula Alonso y bajo la supervisión del Director médico científico, Prof. Dr. Eduardo Mondello, trabajan desde hace tiempo en prototipos de impresiones 3D a escala real para estudiar, planificar y optimizar recursos en pacientes con patologías cerebrovasculares y de columna vertebral.

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA AL SERVICIO DE LA SALUD

Las impresiones 3D se vienen utilizando en varias industrias, pero su uso en el ámbito médico es bastante reciente. Centro

Médico Deragopyan dispone de un Resonador Magnético de alto campo '3 Tesla' y un Tomógrafo Computado de 160 canales o cortes; esta tecnología permite obtener imágenes de alta calidad, ideales para ser usadas en impresiones en 3 dimensiones. Desde 2014 se comenzó a utilizar esta tecnología con el propósito de elaborar modelos 3D, pero la primera incógnita que enfrentó el equipo del Centro Médico Deragopyan fue dónde imprimir el material obtenido.

MODELOS A ESCALA REAL

De manera inesperada, la colaboración para hacer realidad la primera impresión 3D de una patología provino de parte de un diseñador Industrial -cuyo hermano sufría una patología de compleja solución quirúrgica y ofreció sus conocimientos y equipos para cooperar con este avance. De este modo, ambas partes unificaron sus conocimientos para brin-

dar un servicio que hoy revoluciona la medicina.

“Es una gran innovación en el ámbito médico. Las neuroimágenes se obtienen de estudios no invasivos y con poca radiación. Durante el postproceso, se recopila toda la información, se analiza y se detecta la patología del paciente, permitiendo ver con claridad en una imagen 3D qué zona de su cuerpo se encuentra afectada”, comentó el Dr. Jaime Rimoldi.

“Cuando terminamos de procesar todos los datos, la imagen 3D se convierte en un archivo especial para que el diseñador industrial pueda imprimir correctamente el prototipo a tamaño real. Puede ser una columna vertebral o vasos sanguíneos”.

Los modelos impresos a escala real no son prótesis corporales, ya que los materiales que se usan para imprimir los prototipos -a través del sistema de modelado por deposición fundida (FDM) de filamentos plásticos (PLA)- no están avalados por el

A.N.M.A.T. para ser utilizados en los pacientes en la actualidad. Sin embargo, ofrecen una reproducción exacta de la zona afectada en tamaño real que permite a los médicos hacer una especie de “cirugía antes de la cirugía”.

De esta manera se puede chequear previamente las técnicas de intervención más adecuadas, materiales más apropiados y reducir sensiblemente el tiempo total del procedimiento cuando se realiza en el paciente real.

Fuente: Centro Médico Deragopyan