



BOLETIN DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD PUBLICA (AASAP)

Miembro de la Alianza de Asociaciones de Salud Pública de las Américas (AASPA) y de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA)

AÑO 2020 - NRO. 27

22 DE OCTUBRE 2020

INDICE

- Datos globales, regionales, nacionales y provinciales de Covid-19.
- Editorial - Por Julio Bello, presidente de la AASAP.
- Observatorio de la Deuda Social en la Argentina.
- La vida patentada: Ningún altruismo, sino más bien mercado internacional de la vacuna.
- Mi Hijo el Doctor
- Rip Van Winkle en Argentina
- Las muertes durante la pandemia superan las atribuidas a Covid -19 (USA).
- Cinco claves para optimizar el cálculo de costos y fijación de precios de investigación en países de ingresos bajos y medios
- Noticias de interés.
- Anuncio sobre el VI Congreso de la Alianza latinoamericana de Salud Global (ALASAG) 28-29 de octubre 2020, más otros avisos de cursos y seminarios.
- Para inscribirse en la AASAP - Beneficios por ser miembro de la AASAP.



ACTUALIZACION REGIONAL Y GLOBAL COVID-19 - Informe de la OPS/OMS Argentina. Usted podrá acceder a información actualizada sobre Covid-19 entrando al sitio web de la Representación de OPS/OMS en Argentina:

<http://www.paho.org/arg/coronavirus>

"Evolución diaria de los datos del COVID-19 en Chaco, Corrientes, Argentina y Comparativa semanal Internacional"

Esta información que es elaborada desde el 20 de marzo de 2020, respeta los atributos de un sistema de vigilancia epidemiológica y ha demostrado representatividad y oportunidad especialmente. Este trabajo es realizado desde el Chaco por Fernando Alesso, Contador Público (UNNE) y Mágister en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD). Es un gusto informar que a partir de la fecha se publicará con sus actualizaciones diarias en este Boletín. Puede encontrar los datos aquí: www.aasap.com.ar

También podría entrar al sitio del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) www.msal.gov.ar donde encontrará información actualizada sobre Covid-19

EDITORIAL

Por Julio Bello, Presidente de la AASAP

La aparición del COVID 19 y la posterior declaración de Pandemia nos han ubicado en una situación especial como individuos, y como comunidad y desde allí cuestionado hábitos, comportamientos y creencias poniéndonos no solo frente a nuestros



temores más elementales sino frente al desafío de conocer, caracterizar y enfrentar al virus y encontrar formas de control, prevención y curación. En una primera aproximación tres son los hechos principales, cada uno de ellos con complejidades propias y diferentes:

Desconocimiento de las principales características del virus. En este aspecto desconocemos su origen, avanzamos sobre murciélagos y animales similares y se descargan sobre China variadas afirmaciones, desde un accidente de laboratorio a una infección producto de una variación del

virus en relación a su huésped originario o una acción voluntaria y premeditada. Acompañan a estas miradas otras lindantes con delirios o manifestaciones esotéricas.

Otra mirada nos ubica perdiendo la seguridad sobre nuestra salud, y aún nuestra sobrevida. Este hecho es central en la medida que hemos estado construyendo un mundo que nos diera seguridades. Alimento, viviendas, seguridad social, trabajo en una orientación destinada a "apoderarnos del mundo" violentando sus equilibrios biológicos y construyendo desde el poder y el lucro propuestas y acciones que no se detuvieron ante la contaminación, el cambio climático o el agotamiento de la feracidad de nuestras tierras. Una visión que desde un capitalismo humano y casi progresista, para crear riqueza, mejorar las condiciones de vida desterrar la pobreza se convirtió en capitalismo de explotación para someter, explotar y expoliar. La seguridad vinculada con la posesión de bienes lejos de reconocer nuestra función administradora de los mismos, ante las exigencias del "Bien Común". En ese contexto aparece como otro componente central la aparición del otro para que, con el reconocimiento de su existencia, impuesto por el hecho del potencial contagio asumiéramos que no estamos solos y que somos "seres en relación".

El análisis de las respuestas, especialmente en la elaboración de una vacuna, su futura disponibilidad en términos geográficos y económicos pone a la luz las potencialidades destructivas de los intereses particulares de personas y compañías frente a las necesidades de las distintas poblaciones.

El carácter "democrático" del virus, al atacar no solo a los más pobres y los más excluidos, como es habitual, ha producido una respuesta en la sociedad bastante similar a la respuesta frente al SIDA y muy diferente a la estructurada frente al ébola. En el caso del SIDA lo posibilidad de contagio se identificó como cercana y posible, vinculada a conductas sexuales, especialmente en relación a cuidado y protección. La población urbana, blanca y con buenos niveles de ingreso y excelente "calidad de vida" era no solo susceptible sino, en nuestra sociedad, con una probabilidad vinculada a una conducta personal y social cercana en las posibilidades cotidianas de convivencia.

En el caso del Ebola su ubicación socio geográfica la colocaba en África y con conductas "propias" de sus habitantes, por supuesto imaginados como "distintos". Algo de eso contaminó a declaraciones de expertos y autoridades de distintos países Se ubicó la epidemia en la lejana China, no iba a llegar a nuestros lares, se la calificó de "gripecita" ...La misma OMS es en la actualidad sujeta a descalificaciones periodísticas y analizadas con cierta parcialidad por los medios.

En este contexto es que aparece con toda su potencia un posible eje de trabajo y de presencia social de AASAP. Somos responsables de consolidar una mirada, una propuesta y una acción que en el plano concreto exija una vacuna disponible, con cobertura estatal, gratuita y disponible especialmente para los más expuestos: trabajadores de la salud; población de riesgo, trabajadores de seguridad. Exigir, disponibilidad y gratuidad y junto con ello promover un mejor conocimiento y estudios sobre el virus, En el plano general descalificar frontalmente a los anti vacunas y proponer en docencia e investigación una mirada desde la salud pública.

OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA

El Observatorio de la Deuda Social Argentina informa que se encuentra disponible en soporte digital el documento de trabajo [“Reflexiones sobre las políticas alimentario-nutricionales de la Argentina, antes y durante la pandemia del COVID-19”](#), publicado por International Food Policy Research Institute (IFPRI). Es una compilación de Agustín Salvia, Sergio Britos y Eugenio Diaz-Bonilla. El nuevo Gobierno de la Argentina lanzó a principios del año 2020 el Plan Argentina contra el Hambre, con el objetivo general de “garantizar la seguridad y soberanía alimentaria” de todas las familias en particular las de mayor vulnerabilidad social. En este marco un conjunto de expertos realiza aportes que ofrecen un diagnóstico sobre la situación social y nutricional de las poblaciones más vulnerables, así como recomendaciones para el diseño de una política alimentaria integral que pueda garantizar la seguridad alimentaria en el país. En este documento de trabajo participan: Ianina Tuñon, Santiago Poy, Sergio Britos, Ayelén Borg, María Eugenia Herrera Vegas, Eugenio Diaz Bonilla, Ricardo Rapallo y Agustín Salvia. [Observatorio de la Deuda Social Argentina](#) - Pontificia Universidad Católica Argentina- Alicia M. de Justo 1500
www.uca.edu.ar/observatorio

LA VIDA PATENTADA: NINGÚN ALTRUISMO, SINO MÁS BIEN MERCADO INTERNACIONAL DE LA VACUNA

Por Juan Carlos Tealdi (Tomado del IDEP SALUD - Instituto de Estudios en Salud de ATE Argentina)

EL CONTRATO INSOCIAL: NEGOCIO GLOBAL, RIESGO LOCAL

El miércoles 7, la Cámara de Diputados de Argentina dio media sanción a un proyecto de Ley (Expediente 5072-D-2020), declarando de interés público a la investigación, desarrollo, fabricación y adquisición de las vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra

la [Covid-19](#) en el marco de la Emergencia Sanitaria.

La Ley establece que se faculta al Ministerio de Salud a incluir en los contratos que celebre para la adquisición de vacunas, aquellas cláusulas que establezcan «la prórroga de jurisdicción a favor de los tribunales arbitrales y judiciales con sede en el extranjero y dispongan la renuncia a oponer la defensa de inmunidad soberana, exclusivamente respecto de los reclamos que se pudieren producir en dicha jurisdicción y con relación a tal adquisición». Es decir que las diferencias o litigios por las compras de vacunas que efectúe el Ministerio quedarán sujetas por contrato a tribunales extranjeros. Esa concesión forzada que los productores de vacunas imponen como dueños del mercado mundial, no es la

única. Por eso es que las cláusulas «que establezcan condiciones de indemnidad patrimonial respecto de indemnizaciones y otras reclamaciones pecuniarias relacionadas con y en favor de quienes participen de la investigación, desarrollo, fabricación, provisión y suministro de vacunas», deberán proteger a esos productores de las eventuales demandas por eventos adversos, o por la ruptura de la cadena de frío necesaria para la preservación de las vacunas, etc. Aunque esas demandas puedan presentarse en Argentina, el Ministerio podrá establecer en los contratos límites a esas indemnizaciones. No queda en claro, sin embargo, el alcance de la responsabilidad del productor y del Estado (que podría llegar a tener que pagar todo).

La Ley permitirá asimismo la «inclusión de cláusulas o acuerdos de confidencialidad acordes a mercado internacional», con el objeto de mantener el secreto industrial que evite la producción de genéricos, una demanda inicial de los países en desarrollo para asegurar el acceso universal en sus poblaciones. Y también permitirá la inclusión en los contratos de otras cláusulas acordes al mercado internacional de la vacuna, con el objeto de efectuar la adquisición de las mismas.

Revelaciones

Si alguien todavía no lo tenía claro, y pensaba que las vacunas no eran más que un ejemplo del altruismo reinante en la especie humana, el concepto queda claro y distinto: mercado internacional de la vacuna. Esto ya lo sabíamos. Lo que pasa es que esta pandemia nos lo revela en el modo más brutal del término («apocalipsis» es revelación).

Allá por marzo-abril, muchos se permitían soñar con un compromiso global para asegurar el acceso a las vacunas en condiciones de equidad. Pero poco a poco ese sueño se fue desvaneciendo. Y eso aunque China acaba de decir que se une a la Red Global COVAX promovida por la OMS y la Alianza GAVI para asegurar una distribución mundial equitativa de las vacunas, y aunque Moderna y Astra-Zeneca también se hayan unido a la iniciativa.

Al principio de la pandemia los productores buscaban ayuda financiera para desarrollar lo que todos querían: una vacuna. Era el momento de sacar ventaja inicial. Así, los países ricos fueron haciendo aportes. Luego se supo que ningún productor estaba en condiciones de producir todas las vacunas necesarias para abastecer la necesidad de la población mundial. Vino entonces la carrera de los países y regiones como Europa de asegurarse el mayor número posible de dosis. Y, rezagados en su capacidad de hacer aportes financieros y de negociar fuertemente en esa puja, quedaron los países de medianos y bajos ingresos. Entre ellos, nosotros. La ley a la que Diputados dio media sanción no es más que la única salida que le dejaron a los gobiernos menos poderosos para tratar de asegurarse un lote de dosis que al menos llegue a cubrir a los más vulnerables.

Es una derrota y hay que verla como tal. Es el triunfo de las corporaciones en su máxima expresión. En un mercado auténticamente libre, tan libres deberían ser los productores como los consumidores. Y esos productores deberían correr el riesgo de quebrar así como ponen al límite de quebrar a los sistemas de salud como pasó con el Sofosbuvir para la hepatitis C del laboratorio Gilead, el mismo que hoy produce Remdesivir para el Covid-19 con sus altos costos. Pero el mercado internacional de las vacunas no funciona con esa lógica. Pide libre mercado global en las ganancias y contratos restringidos a lo local.

Quién descubrió qué

Los productores de vacunas tienen temores por esos y tantos otros manejos éticamente injustificables. Por ejemplo, un conflicto de intereses como el de Astra-Zeneca (A-Z) por el premio Nobel a Harald Zur Hausen otorgado en 2008 por descubrir que el Virus del Papiloma Humano (VPH) produce cáncer de útero, con lo que inmediatamente se incorporó la vacunación contra el VPH a escala global. A-Z era la propietaria desde 2007 de la empresa MedImmune que era la dueña de la patente de la técnica con la que los laboratorios Merck S&D y

GlaxoSmithKline producían las vacunas contra el VPH, pagando por esa patente. El presidente del Comité Nobel de entonces, Bertil Fredholm, había sido consultor de A-Z en 2006.

Es un conflicto de intereses como el de Moncef Slaoui, que comanda la Operación Rapidísima dirigida a tener una vacuna para Estados Unidos antes de fin de año. Slaoui fue directivo de Moderna antes de ocupar su cargo, y había sido presidente en el laboratorio GlaxoSmithKline, uno de los mayores productores mundiales de vacunas. Así es como el laboratorio Moderna recibió cientos de millones de dólares del gobierno de los Estados Unidos para desarrollar su vacuna contra Covid-19. Pero esta semana anunció que durante la pandemia no hará valer sus derechos de patente. No es por la fraternidad que pide el papa Francisco, sino por las fuertes disputas por las patentes relacionadas con la tecnología utilizada en el caso de la vacuna ARNm-1273. Dos solicitudes de patentes por científicos nacionales se vinculan con esa tecnología y de ser aprobadas pondrían en conflicto el patentamiento por Moderna. Los litigios a los que podría enfrentarse le resultarían muy costosos.

Una historia antigua

Hay quienes creen, de buena fe, que las corporaciones cuyo poder está por encima del poder de los Estados, en la sociedad mundial que el capitalismo ha sabido construir, han invertido en los proyectos de vacunas porque entre otras cosas tienen la voluntad filantrópica de evitar muertes. Es difícil evaluar las intenciones. Lo que sí es posible es identificar vicios y virtudes. Esto es: hábitos de obrar mal y hábitos de obrar bien. Y en esta perspectiva, las corporaciones farmacéuticas y biotecnológicas han mostrado una y otra vez que su hábito es generar desigualdad en el acceso a la salud y la vida en el mundo. Las vacunas son, para esas corporaciones, una mercancía que reduce a ser mercancía a quien necesita de la misma. Es una historia antigua. Cuando tenía 16 años, Antonio de Villasante se fue a las Indias acompañando a Colón en su segundo

viaje. Se estableció en Santo Domingo y se casó con una cacica isleña. En 1514 recibió una encomienda de 43 indios (otros dicen de 35), y en 1526 una Real Cédula le reconoció la merced antes otorgada por Diego Colón sobre un bálsamo medicinal de numerosas propiedades curativas. En 1528 presentó su descubrimiento con un informe ante el Consejo de Indias y obtuvo la licencia (y patente de entonces) para su explotación. Villasante extraía el bálsamo del árbol conocido por los indígenas como «guacunax», pero mantenía en secreto esa referencia. La fama y la demanda del producto eran tan grandes que el propio rey Carlos V le pidió a Villasante que revelara el secreto para hacerlo accesible a todos.

En 1803, siete años después del descubrimiento de la vacuna por Edward Jenner, el médico español Francisco Javier Balmis había logrado la financiación para llevar a cabo la que sería la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. El objetivo de esa primera gran iniciativa sanitaria internacional era llevar la vacuna a todo el imperio español viendo que los niños estaban muriendo de a miles en todos lados. Así había muerto la infanta María Teresa, hija del rey Carlos IV que apoyaba la expedición. Como la cadena de frío que se requiere actualmente, en aquel entonces también había problemas técnicos en la conservación. Jenner vacunaba inicialmente extrayendo el suero de las pústulas que aparecían en la ubre de las vacas enfermas. Lo había descubierto al observar que las ordeñadoras desarrollaban formas leves de la viruela por haber estado en contacto con esas pústulas. Después descubrió que ese suero lo podía sacar de las pústulas que se desarrollaban en el lugar de inoculación de las personas vacunadas. problema era que este suero, que contenía virus vivos, sólo se podía mantener activo durante un máximo de diez días entre dos placas de vidrio selladas con cera. Pero el viaje para cruzar el Atlántico hacia América llevaba más tiempo y tampoco había, en todos los territorios coloniales, las vacas necesarias para hacer la «variación» con ellas.

Balmis tuvo entonces una idea. Si en el barco llevaba personas no infectadas y comenzaba vacunando a dos, con el suero de esas pústulas después de siete días podía vacunar a otros dos, y así sucesivamente, logrando con esa cadena humana llegar a América con el suero necesario para continuar allí con esa cadena.

El foco de la vacunación filantrópica eran los niños, y aunque Balmis necesitaba niños para el viaje, no habría familias que permitieran que sus hijos fueran parte de ese proyecto. Así es como tuvo otra idea. Y consiguió reunir a 22 niños huérfanos de casas españolas de Niños Expósitos como la que en 1779 había fundado el virrey Vértiz en Buenos Aires. Los niños del amor humano de Balmis nunca volvieron a España.

La vida que sigue

No sabemos cuándo estará disponible la vacuna contra el coronavirus. No

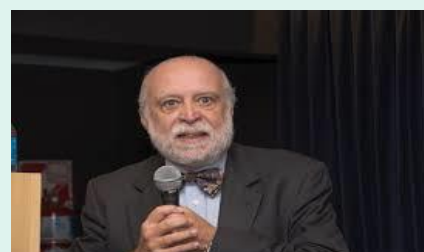
sabemos siquiera si algún día estará disponible. No sabemos si cuando se aprueben una, dos o tres vacunas, y se inicie la vacunación, empezarán a aparecer eventos adversos, neurológicos o sanguíneos, inmunitarios o genéticos, de enfermedad o de muerte. No sabemos qué pasará con la economía, el trabajo, nuestro entretenimiento, nuestros amores, nuestros proyectos. No sabemos si volveremos alguna vez a la vida anterior. De repente sabemos poco y casi nada sobre la vida que sigue. Pero hay algo seguro: la preservación de la vida estará patentada. Y como pasó con las vías rápidas de aprobación durante la epidemia HIV-Sida, la ética internacional de las investigaciones en salud habrá tenido otro retroceso.

MI HIJO EL DOCTOR

Por Rubén Torres, Miembro de la AASAP.

(columna del rector-Revista ISALUD nro.74)

Nací en una familia que por anhelo aspiracional se decía de clase media, pero tenía poder adquisitivo de clase baja, mis padres no eran universitarios, ni siquiera habían podido finalizar el secundario, urgidos por la necesidad de trabajar. Como muchos otros pedí ayuda para poder crecer. A lo largo de mi vida, solicité, fui evaluado y gané becas de estudio para poder perfeccionarme. Solo me hubiera sido imposible. Era el mensaje internalizado por muchos nietos de inmigrantes: terminar una carrera y buscar ascender socialmente.



Cuando el país atrajo millones de inmigrantes estos no buscaban empleo en el Estado, planes ni subsidios; creían que en Argentina podían progresar con la dignidad que da el trabajo, sobre la base del esfuerzo y el mérito confiando que sus hijos podrían ser doctores. Esas generaciones encontraron en la educación pública un motor de superación social y la pobreza pudo ser acicate y no barrera infranqueable. Los niveles altos y persistentes de desigualdad del ingreso desde fines del siglo XX se acompañaron de una baja movilidad intergeneracional. Una medida de ella es la relación entre el estatus socioeconómico de padres y sus hijos adultos, y una alta movilidad es clave para mitigar la desigualdad extrema, dado que se considera esencial para la igualdad de oportunidades.

La «persistencia» educativa intergeneracional se mide mediante la correlación entre los años de educación de padres e hijos. Un coeficiente alto significa que hijos con nivel educativo alto suelen tener padres con nivel educativo alto mientras que un valor cercano a cero significa que no hay ninguna relación entre el nivel educativo de padres e hijos. En la

OCDE los países más móviles tienen un coeficiente de 0,19, muy por debajo del 0,44 de los países de la región, que oscilan entre Honduras y Guatemala, por encima de 0,50 y Argentina, aun por debajo de 0,35. La movilidad educativa intergeneracional está relacionada con la movilidad del ingreso intergeneracional, pero los dos conceptos no son iguales. Muchas veces se asocia riqueza con meritocracia, y recompensa con dinero. Se desconoce la felicidad de un joven pobre que entra a la universidad por sus propios méritos. Se desautoriza el valor del esfuerzo, el estudio y el trabajo duros, la disciplina, el mérito, el éxito; se eliminaron los cuadros de honor, porque se considero inconveniente destacar a los mejores, en muchos colegios los abanderados se eligen por aclamación porque se considera más igualitario y justo, y se llegó a eliminar el aplazo por considerarlo estigmatizante.

La narrativa de la chatura igualitaria implica un daño cultural, que achica ambiciones, fomenta el inmovilismo, el conformismo y la resignación, y consolida una filosofía que ha hecho enorme daño en la educación pública argentina: la del facilismo, el paternalismo demagógico y el aflojamiento de la exigencia. Cuanto prestigio tienen hoy la excelencia y el mérito; ¿cuanto se valora el talento? ¿Cuáles son los modelos de éxito que incorporan los más jóvenes? Se emparenta la meritocracia con la idea de exclusión e injusticia social. Parece haber mayor simpatía por quienes llegan al poder, una banca o una candidatura por ser "hijo de". Y se mira con indiferencia la crisis de la escuela pública donde debiera estar el motor de la igualdad de oportunidades que ha dejado de importar, y que el Estado debiera garantizar, fortaleciendo los factores de homogeneidad social y emparejando la línea de largada. Hasta los 60, la escuela pública articulaba, formando en las mismas aulas a los hijos del juez y el obrero. Muchos de los académicos, empresarios y científicos de hoy son hijos de inmigrantes que trabajaron de albañiles o modistas.

En el espíritu argentino culturalmente predomina, una oposición a la riqueza. El Papa Francisco expuso la esencia de esa corriente: "la riqueza es el estiércol del diablo", un resumen perfecto de la morfología social que distingue a los argentinos. La riqueza es pecado, pero solo un determinado tipo de riqueza y de rico: la que se produce como fruto del éxito lícito, y el que la obtuvo por la vía de la vida laboral legal. Contrariamente, no se observan condenas firmes contra los que, incluso obscenamente, pavonean la riqueza que hicieron como consecuencia de actividades ilícitas, provengan ellas de la corrupción pública o de actividades delictivas "privadas" como el narcotráfico y la delincuencia común.

Hace mucho que el esfuerzo dejó de ser garantía de prosperidad en Argentina, desde hace décadas asistimos a un país empobrecido, donde hoy el aumento de las chingas es interpretado como signo de reactivación. No basta con inventar ministerios de nombres rimbombantes ni jugar a empoderar a grupos creando derechos sin presupuesto. En un país con la mitad de su población cayendo en la pobreza o ya definitivamente en ella, el discurso sobre la meritocracia tiene algo de hipócrita, cuando hace mucho se han ido corriendo hacia atrás las posiciones de largada de los pobres y los indigentes. Sus hijos casi no están equipados: no tienen ni las zapatillas ni la comida para la carrera del mérito, donde seguirán siendo desfavorecidos, y muchas personas que se han hundido en la pobreza estructural desde fines de los noventa han ido perdiendo habilidades y competencias laborales por lo cual deben ser reinsertadas en una sociedad que las ha olvidado. Nos puede rescatar el ejemplo que nos legaron nuestros abuelos inmigrantes; el modelo de aquella Argentina que se forjó a sí misma, e hizo que a través del esfuerzo y el mérito hoy estigmatizados, los hijos vivieran mejor que los padres.

No es extraño que muchos argentinos que creen en el esfuerzo estén emigrando hacia donde es valorado. Pocos países usan su aeropuerto como resolución de sus conflictos internos. Siempre he creído que toda realidad futura se eleva sobre ideales y utopías, soñar es tarea fecunda. Nuestro país está a la vanguardia en el desarrollo de vacas transgénicas para producir leches terapéuticas; una empresa nacional lidera la industria mundial de vacunas contra la aftosa y saca fuerte ventaja en el concierto latinoamericano de la biotecnología. 5 empresas nacionales integran la elite de los unicornios. Pero en buena

parte del discurso, en las escuelas y las universidades parece estimularse cierto prejuicio como si, en el éxito hubiera algo sospechoso, Si no logramos cambiarlo, lo que probablemente surja (o, mejor dicho, se consolide) es una nueva nobleza, de mafiosos, funcionarios corruptos, y revolucionarios de pacotilla que vivirán como reyes, mientras otros argentinos se hundirán en una pobreza, que los condena a una vida ignominios

RIP VAN WINKLE EN ARGENTINA

Por : Ana Cristina Pereiro, Vicepresidenta de AASAP

Si el famoso protagonista de Wahington



Irving hubiera estado en Argentina, al despertar 20 años después de haber ingerido el

licor ofrecido por un personaje misterioso, escucharía el mismo diagnóstico del sistema sanitario argentino y encontraría que los mismos problemas persisten y algunos más se han agregado; el tiempo pareciera no haber transcurrido si se toma como mojón la problemática que aqueja al sistema de salud argentino. Y es que, desde hace décadas, venimos escuchando los mismos diagnósticos, pero son escasas las propuestas y los intentos para salir de este atolladero.

Explicar el porqué de estos años de inacción y de aceptación de reformas inadecuadas excede largamente el espíritu de esta nota y las competencias de quien la escribe. Alguien podrá aducir que, sin conocer la matriz del problema, es poco probable encontrar soluciones y sin discutir la veracidad o no de esa afirmación, propongo que debemos avanzar igual para romper el círculo vicioso. ¿Es posible reformar todo el sistema? ¿Por dónde empezar?

Pienso que la reforma completa del sistema no es hoy viable. Requiere factores de cambio y construcciones de poder que no están por el momento

presentes en nuestro país. Pero ello no significa que nada pueda hacerse.

Mi propuesta es que aunemos esfuerzos, más allá de nuestros sectores de pertenencia en poner de pie y fortalecer el subsector público. Y paso a enumerar algunas razones para esa decisión. La primera de ellas es que porque es el sector que da cobertura a toda la población de nuestro país y sobre quien recae primordialmente la garantía del derecho a la salud y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública.

La segunda razón es porque como resultado de las sucesivas crisis económicas que viene atravesando nuestro país- a las que ahora debe sumarse las terribles consecuencias de la pandemia- hay un importantísimo sector de la población que tendrá exclusivamente esta cobertura.

La tercera es porque es el sector financiado por toda la ciudadanía a partir de un sistema impositivo regresivo que, por tal, extrae proporcionalmente más recursos de aquellos que menos tienen y es a ellos a quienes deben regresar en servicios de alta calidad, particularmente en salud y educación.

La cuarta es porque los determinantes comerciales de la salud, cuya regulación recae sobre el Estado y sobre la que poco o nada se ha hecho para mitigar sus consecuencias, golpea con mayor fuerza a los sectores más vulnerables de la población, tributarios de dicho sistema.

La quinta y última -hay más, pero prefiero jerarquizar las más importantes a mi criterio- es porque luego de décadas de altos índices de pobreza con un alto componente actual estructural, las dotaciones de salud de algunos grupos vulnerables están muy deterioradas y por

ende requieren más acciones y de mejor calidad por parte de la salud pública.

Podríamos seguir encontrando razones de peso para justificar por qué comenzar por la reforma de este subsector, pero prefiero avanzar y motivar a través de esta nota, a que todos reflexionemos y acerquemos propuestas, ya que una reforma de esta magnitud debiera ser una construcción colectiva.

Todos los seminarios realizados durante este año hablan de la pandemia como una oportunidad para hacer cambios, alegando entre otras razones que nunca como ahora estuvo la salud pública en la primera plana de los diarios y convocando tanta atención por parte de los medios y la población.

Abramos la puerta de ese sendero y comencemos a transitarlo para que la oportunidad se cristalice.

El sueño de Rip Van Winkle duró veinte años y hemos excedido largamente ese plazo. Ya es hora de despertar.

LAS MUERTES DURANTE LA PANDEMIA SUPERAN LAS ATRIBUIDAS A COVID-19

Los estados que reabrieron antes, como Texas, Arizona y Florida, experimentaron oleadas de verano, dice el informe.¹ Autor/a: Steven H. Woolf, MD, MPH; Derek A. Chapman, PhD; Roy T. Sabo, PhD; et al Fuente: JAMA doi:10.1001/jama.2020.19545 [Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes, March-July 2020](#)

UNIVERSIDAD DE VIRGINIA COMMONWEALTH

Por cada dos muertes atribuidas al COVID-19 en los EE. UU., un tercer estadounidense muere como resultado de la pandemia, según nuevos datos publicados el 12 de octubre en el Journal of the American Medical Association.

El estudio, dirigido por investigadores de la Virginia Commonwealth University, muestra que las muertes entre el 1 de marzo y el de agosto. 1 aumentó un 20% en comparación con años anteriores, tal vez no sea sorprendente en una pandemia. Pero las muertes atribuidas al COVID-19 solo representaron el 67% de esas muertes.

"Al contrario de los escépticos que afirman que las muertes por COVID-19 son falsas o que los números son mucho más pequeños de lo que escuchamos en las noticias, nuestra investigación y muchos otros estudios sobre el mismo tema muestran todo lo contrario", dijo el autor principal Steven Woolf, MD, director emérito del Centro de Sociedad y Salud de VCU.

El estudio también contiene evidencia sugerente de que las políticas estatales sobre la reapertura a principios de abril y mayo pueden haber alimentado las oleadas experimentadas en junio y julio.

"Los altos recuentos de muertes en los estados de Sun Belt nos muestran las graves consecuencias de cómo algunos estados respondieron a la pandemia y hacen sonar la alarma para no repetir este error en el futuro", dijo Woolf, profesor del Departamento de Medicina Familiar y Salud de la Población en la Facultad de Medicina de VCU.

Los recuentos totales de muertes en los EE. UU. son notablemente consistentes de un año a otro, como señala el estudio. Los autores del estudio extrajeron datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de 2014 a 2020, utilizando modelos de regresión para predecir las muertes esperadas para 2020. La brecha entre las muertes por COVID-19 reportadas y todas las muertes inesperadas puede explicarse parcialmente por demoras en reportar las muertes por COVID-19, codificación incorrecta u otras limitaciones de datos, dijo Woolf. Pero los otros **efectos dominó** de la pandemia podrían explicar más.

"Algunas personas que nunca tuvieron el virus pueden haber muerto debido a las **interrupciones** causadas por la pandemia", dijo Woolf, presidente distinguido de la VCU C. Kenneth y Dianne Wright en Salud de la Población y Equidad en Salud. "Estos incluyen personas con emergencias agudas, enfermedades crónicas como la diabetes que no fueron atendidas adecuadamente o crisis emocionales que llevaron a sobredosis o suicidios".

Por ejemplo, el estudio mostró específicamente que toda la nación experimentó un aumento significativo en las muertes por demencia y enfermedades cardíacas.

Woolf dijo que las muertes por enfermedad de Alzheimer y demencia aumentaron no solo en marzo y abril, cuando comenzó la pandemia, sino nuevamente en junio y julio, cuando ocurrió el aumento de COVID-19 en el cinturón solar. Este estudio, con datos de marzo a agosto se basa en un artículo de JAMA publicado anteriormente por los mismos autores de VCU y la

Universidad de Yale que se centró en datos de marzo al 1 de mayo y aporta nuevos datos sobre el momento en que los estados levantaron las restricciones sobre el distanciamiento social. Estados como Nueva York y Nueva Jersey, que se vieron muy afectados desde el principio, pudieron doblar la curva y reducir las tasas de mortalidad en menos de 10 semanas. Mientras tanto, estados como Texas, Florida y Arizona que escaparon de la pandemia al principio pero reabrieron temprano mostraron un aumento prolongado de verano que duró de 16 a 17 semanas, y aún estaba en curso cuando terminó el estudio.

"No podemos probar causalmente que la reapertura temprana de esos estados haya provocado las oleadas de verano. Pero parece bastante probable", dijo Woolf. "Y la mayoría de los modelos predicen que nuestro país tendrá más muertes en exceso si los estados no adoptan enfoques más asertivos para lidiar con la propagación comunitaria. La aplicación de los mandatos de las máscaras y el distanciamiento social es realmente importante si queremos evitar estos aumentos repentinos y grandes pérdidas de vidas".

Woolf pinta un panorama sombrío, advirtiendo que los datos a largo plazo pueden mostrar un impacto más amplio de la pandemia en las tasas de mortalidad. Los pacientes con cáncer a quienes se les ha interrumpido la quimioterapia, las mujeres a las que se les ha retrasado la mamografía; las muertes tempranas prevenibles pueden aumentar en los próximos años, dijo.

"Y la muerte es sólo una medida de la salud", dijo Woolf. "Muchas personas que sobreviven a esta pandemia vivirán con complicaciones de enfermedades crónicas de por vida. Imagine a alguien que desarrolló las señales de advertencia de un derrame cerebral pero que tenía miedo de llamar al 9-1-1 por temor a contraer el virus. Esa persona puede terminar con un derrame cerebral eso los deja con déficits neurológicos permanentes por el resto de su vida". Las complicaciones de la **diabetes** que no se controlan adecuadamente pueden provocar insuficiencia renal y diálisis. Y los problemas de salud del comportamiento, como el trauma emocional, no se tratan. Woolf se preocupa más por los efectos duraderos en los niños: los resultados generacionales a largo plazo.

"Esta no es una pandemia que involucra a un solo virus", dijo Peter Buckley, M.D., decano de la Facultad de Medicina de VCU. "Esta es una crisis de salud pública con efectos dominó amplios y duraderos. Los investigadores de la VCU han sido diligentes en sus investigaciones sobre el tratamiento del COVID-19 y en la comprensión de las repercusiones a largo plazo de la pandemia, de modo que sus colegas médicos, legisladores y miembros de la comunidad puede librar estas batallas en múltiples frentes".

El estudio complementa los datos recientes de otro investigador de VCU que muestran un aumento alarmante en las sobredosis de opioides en el Centro Médico de VCU durante la pandemia. Taylor Ochalek, Ph.D., investigador postdoctoral en el Wright Center, encontró un aumento del 123% en las sobredosis no fatales entre marzo y junio de este año, en comparación con el anterior, en un estudio también publicado en JAMA.

Woolf señala que los CDC han publicado muertes por sobredosis provisionales bajo una etiqueta amplia llamada "**causas externas**", que también incluye accidentes automovilísticos y homicidios, lo que hace que investigaciones como la de Ochalek sean aún más importantes.

"Los **accidentes automovilísticos** disminuyeron porque menos personas conducían durante los bloqueos", dijo Woolf. "Nos preocupa que la amplia categoría general de 'causas externas' pueda ocultar un aumento en las muertes por **sobredosis**, porque la epidemia de opioides no desapareció". El CDC, agregó Woolf, se apresuró a publicar datos provisionales de mortalidad este año debido a la pandemia. Más adelante se darán a conocer detalles más confiables y granulares que permitirán a los investigadores desempacar los contribuyentes detallados al exceso de muertes y los impactos secundarios de la pandemia en la salud. Investigadores de

múltiples disciplinas en VCU están estudiando los impactos secundarios de la pandemia en la salud, desde los trastornos por uso de sustancias y la violencia de pareja íntima hasta la disminución del acceso a la atención médica regular, todo lo cual podría contribuir a la pérdida de vidas, según el estudio de Woolf.

Introducción

Estudios anteriores sobre el exceso de muertes (la brecha entre las muertes observadas y esperadas) durante la pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) encontraron que las muertes por COVID-19 informadas públicamente subestimaron el número total de muertes, que incluye muertes documentadas e indocumentadas por el virus y no –Muertes por COVID-19 causadas por interrupciones de la pandemia.

Un análisis anterior encontró que COVID-19 fue citado en solo el 65% del exceso de muertes en las primeras semanas de la pandemia (marzo-abril de 2020); muertes por causas distintas de COVID-19 (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer, diabetes, enfermedad cardíaca) aumentaron drásticamente en 5 estados con la mayoría de las muertes por COVID-19.

Este estudio actualiza hasta el 1 de agosto de 2020, la estimación del exceso de muertes y explora el tiempo relaciones con reaperturas estatales (levantamiento de restricciones por coronavirus).

Métodos

Los datos de defunción para 2014-2020 y los recuentos de población de los 50 estados y el Distrito de Columbia se obtuvieron del Centro Nacional de Estadísticas de Salud^{3,4} y la Oficina del Censo de EE. UU., respectivamente. Los recuentos de muertes desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 1 de agosto de 2020 se tomaron de datos provisionales no ponderados publicados el 9 de septiembre de 2020. ³ Se excluyeron Connecticut y Carolina del Norte debido a la falta de datos.

Se utilizó un modelo de regresión jerárquico de Poisson, descrito en otro lugar, ¹ para predecir las muertes esperadas en base a normas históricas. Las muertes por COVID-19 incluyeron aquellas en las que se citó a COVID-19 como una causa subyacente o contribuyente. Los datos de las muertes no atribuidas a COVID-19 solo estaban disponibles para las causas subyacentes de muerte, incluida la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad cardíaca y otras 10 causas agrupadas, definidas en otra parte.¹ Las fechas de reapertura se obtuvieron del New York Times.

Para confirmar la validez de los aumentos observados en las muertes no causadas por COVID-19, se utilizó el programa de regresión Joinpoint (versión 4.8.0.1; Rama de Aplicaciones e Investigación Estadística, Instituto Nacional del Cáncer) para especificar las semanas (puntos de unión) en que cambiaron las pendientes (según las medidas por el cambio porcentual anual [APC]) y su significación estadística (prueba de 2 lados, umbral de .05).

Para estimar la dispersión en la curva epidémica para cada estado, se calculó el número de semanas consecutivas durante las cuales ocurrió el 90% del exceso de muertes (DE90). Todos los cálculos se realizaron en SAS (versión 9.4; SAS Institute) y R (versión 3.6.1; The R Foundation).

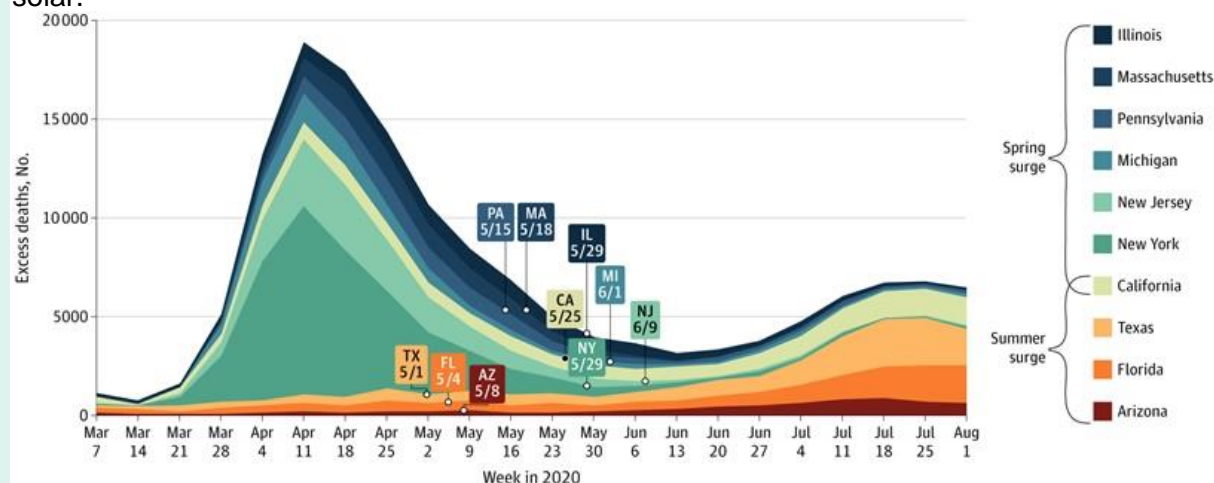
Resultados

Entre el 1 de marzo y el 1 de agosto de 2020, ocurrieron 1336561 muertes en los EE. UU., Un aumento del 20% sobre las muertes esperadas (1111031 [IC del 95%, 1110364 a 1111697]). Los 10 estados con la tasa per cápita más alta de exceso de muertes fueron Nueva York, Nueva Jersey, Massachusetts, Luisiana, Arizona, Mississippi, Maryland, Delaware, Rhode Island y Michigan. Los estados con la tasa per cápita más alta de exceso de muertes cambiaron de una semana a otra (Video).

El aumento en las muertes absolutas en estos estados en relación con los valores esperados varió del 22% en Rhode Island y Michigan al 65% en Nueva York (Tabla). Tres estados con las tasas de mortalidad más altas (Nueva Jersey, Nueva York y Massachusetts) representaron el 30% del exceso de muertes en EE. UU., pero tuvieron las epidemias más breves (DE90 <10 semanas). Los estados que experimentaron oleadas agudas en abril (y reabrieron más tarde) tuvieron epidemias más breves que volvieron a la línea de base en mayo, mientras que los estados que reabrieron antes experimentaron aumentos más prolongados en el exceso de muertes que se extendieron hasta el verano (Figura).

De las 225.530 muertes en exceso, 150541 (67%) se atribuyeron al COVID-19. Los análisis de Joinpoint revelaron un aumento en las muertes atribuidas a causas distintas de COVID-19, y 2 alcanzaron significación estadística. Las tasas de mortalidad en Estados Unidos por enfermedades cardíacas aumentaron entre las semanas que terminaron el 21 de marzo y el 11 de abril (APC, 5,1 [IC del 95%, 0,2-10,2]), impulsadas por el aumento repentino de los casos de COVID-19.

Las tasas de mortalidad por enfermedad de Alzheimer / demencia aumentaron dos veces, entre las semanas que terminaron el 21 de marzo y el 11 de abril (APC, 7.3 [IC 95%, 2.9-11.8]) y entre las semanas que terminaron el 6 de junio y el 25 de julio (APC, 1.5 [IC 95%, 0.8-2.3]), este último coincidiendo con el aumento de verano en los estados del cinturón solar.



La figura traza el exceso de muertes semanales para los 10 estados con el mayor número de muertes en exceso durante marzo-julio de 2020. Las fechas de reapertura se refieren al levantamiento de las restricciones generales de la enfermedad por coronavirus de 2019, según lo informado por el New York Times.

Discusión

Aunque el recuento total de muertes en EE. UU. es notablemente constante de un año a otro, las muertes en EE. UU. aumentaron en un 20% durante marzo-julio de 2020. El COVID-19 fue una causa documentada de solo el 67% de este exceso de muertes. Algunos estados tuvieron mayores dificultades que otros para contener la propagación de la comunidad, lo que provocó elevaciones prolongadas en el exceso de muertes que se extendieron hasta el verano.

Las muertes en EE. UU. atribuidas a algunas causas no infecciosas aumentaron durante los aumentos repentinos de COVID-19. El exceso de muertes atribuidas a causas distintas de COVID-19 podría reflejar muertes por infección no reconocida o indocumentada con el

síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 o muertes entre pacientes no infectados como resultado de las interrupciones producidas por la pandemia. Las limitaciones del estudio incluyen la dependencia de datos provisionales, inexactitudes en los certificados de defunción y suposiciones aplicadas al modelo.

CINCO CLAVES PARA OPTIMIZAR EL CÁLCULO DE COSTOS Y FIJACIÓN DE PRECIOS DE INVESTIGACIÓN EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, 2. ED.

// Authors: ESSENCE on Health Research - Published in 2020

As the requirements for access to research funding increase, the competitiveness and compliance of research organizations has to improve. In this booklet, we aim to provide clear guidelines and practical tips on improving research costing and pricing. Based on feedback obtained from users of the first edition, we have changed the order of the keys, cited some new references and added some 'notes from the field'. These notes are drawn from responses to a survey as well as a series of consultations and focus-group meetings we conducted. In the Five Keys, we focus specifically on research costing and pricing for research institutions in LMICs and their funders. We outline some of the challenges involved in research costing and offer recommendations for addressing these.

Full text in [English](#)

Texto completo en [Español](#)

Texte intégral en [Français](#)

Also: [Case studies on grants management and research costing \(English only\)](#)

NOTICIAS DE INTERES

- **Argentina avanza hacia un etiquetado frontal de advertencia para lograr una alimentación saludable.** La responsable de Seguridad Alimentaria y Nutrición de FAO en Argentina, Elizabeth Kleiman, dijo a Télam que "la región viene avanzando en esta temática". <https://www.grupolaprovincia.com/economia/argentina-avanza-hacia-un-etiquetado-frontal-de-advertencia-para-lograr-una-alimentacion-saludable-590695>
- **¿Autocrítica? Cómo explica el comité de infectólogos la cifra de 1 millón de casos.** ¿Sirvió la cuarentena temprana y prolongada decretada por el Gobierno y recomendada por ellos? ¿Fue la estrategia de testeos la correcta? <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/autocritica-como-explica-comite-infectologos-cifra-1-nid2484051>
- **OMS propone poner en cuarentena en Europa a casos de contacto por coronavirus.** Ante el preocupante incremento de la pandemia de covid-19 en gran parte de Europa y Estados Unidos, el jefe de urgencias sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aconsejó con urgencia "poner los casos de contacto en cuarentena". https://www.clarin.com/agencias/afp-oms-propone-poner-cuarentena-europa-casos-contacto-coronavirus_0_Q54P-AUgFR.html

- **Unicef quiere comprar más de mil millones de jeringas para futuras vacunas contra el Covid-19.** El objetivo será poder lanzar campañas masivas de inmunización en cuanto estén disponibles las vacunas para combatir la pandemia que mantiene al mundo en vilo. <https://www.telam.com.ar/notas/202010/526278-unicef-quiere-comprar-mas-de-mil-millones-de-jeringas-para-futuras-vacunas-contra-el-coronavirus.html>
- **Latinoamérica es la región más golpeada por el coronavirus, coinciden organismos internacionales.** El Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) señalaron que será el territorio más afectado en lo económico y social por la pandemia. <https://misionesonline.net/2020/10/18/latinoamerica-pandemia-coronavirus/>
- **Por la pandemia, habrá 20 años de retroceso en necesidades insatisfechas de planificación familiar.** El director regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), Harold Robinson, advirtió hoy que se esperan "20 años de retroceso sobre las necesidades insatisfechas de planificación familiar" en la región como consecuencia de la pandemia del coronavirus. <https://www.grupolaprovincia.com/sociedad/por-la-pandemia-habra-20-anos-de-retroceso-en-necesidades-insatisfechas-de-planificacion-familiar-591483>
- **Salud puso en marcha "estrategias complementarias" para garantizar los anticonceptivos en pandemia.** Al hablar el marco de un evento virtual de la Cepal, el funcionario detalló que "incorporamos el envío a domicilio", se fomentó el uso de "prácticas que tenían mayor prolongación en cuanto a su utilidad", se crearon "circuitos alternativos" de acceso a los consultorios del Programa para evitar compartir espacios con pacientes que concurrían por sospecha de Covid y se fortaleció el suministro a través del Remediar y el asesoramiento a través de la línea 0800. <https://www.telam.com.ar/notas/202010/526476-salud-puso-en-marcha-estrategias-complementarias-para-garantizar-anticonceptivos-en-pandemia.html>
- **Coronavirus: Ginés González García pronosticó vacunación masiva para marzo.** El ministro de Salud atribuyó a una posible mutación más contagiosa del virus la duración de la pandemia en América. Y confesó: "Estoy orgulloso de la cuarentena". <https://www.perfil.com/noticias/salud/coronavirus-gines-gonzalez-garcia-pronostico-vacunacion-masiva-para-marzo.phtml>
- **Cuarentena: las aperturas que "debe" la Ciudad y qué actividades pueden sumarse.** Desde el Ejecutivo porteño aseguran que ya cumplieron tres de las seis etapas del plan gradual de puesta en marcha. Qué puede pasar con restaurantes y gimnasios. https://www.clarin.com/ciudades/cuarentena-aperturas-debe-ciudad-actividades-pueden-sumarse_0_P8f1OYkrD.html
- **Coronavirus: La Argentina es el país con más muertos diarios por millón de habitantes.** Desde el comienzo de la pandemia de coronavirus se sabe que el número de casos confirmados que difunden a diario las autoridades sanitarias es un indicador impreciso de la situación de la pandemia en un lugar dado, porque depende del número de pruebas realizadas, de la estrategia de testeo (por ejemplo, si se analizan solo los sintomáticos o también a las personas sin

síntomas, o si se admite el diagnóstico clínico), y de la proporción de personas infectadas que contactan al sistema de salud. <https://www.lanacion.com.ar/ciencia/coronavirus-argentina-es-pais-mas-muertos-diarios-nid2483244>

SUGERENCIAS DE CURSOS, SEMINARIOS, CONGRESOS Y CONFERENCIAS

CCKONEX ONLINE

DARÍO SZTAJNSZRAJBER
PRESENTA

CLÁSICOS DE LA FILOSOFÍA

**PENSADORES CLÁSICOS PARA
CUESTIONAR LO CONTEMPORÁNEO**

13/10 - PLATÓN 10/11 - KANT
20/10 - EPICURO 17/11 - MARX
27/10 - DESCARTES 24/11 - NIETZSCHE
03/11 - SPINOZA

DESDE EL 13 DE OCTUBRE,
TODOS LOS MARTES A LAS 20 HS. (UTC-3)

ENTRADAS.CCKONEX.ORG

DARÍO SZTAJNSZRAJBER PRESENTA

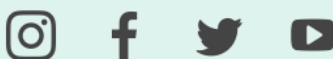
CLÁSICOS DE LA FILOSOFÍA

Pensadores clásicos para cuestionar lo contemporáneo

DESDE EL 13/10, MARTES A LAS 20 HS. (UTC-3)

- 7 Encuentros en vivo, por streaming.
- No es necesario tener conocimientos previos.
- Podés comprar tus entradas para los encuentros sueltos, o el abono para el curso completo.
- ¿No podés participar de la clase en vivo? **No te preocupes. La grabación quedará disponible durante una semana para que puedas volver a verla cuando quieras.**

INSCRIBITE



VI CONGRESO LATINO AMERICANO Y DEL CARIBE DE SALUD GLOBAL: DESARROLLO SOSTENIBLE Y SALUD GLOBAL- LOS DESAFÍOS DE LA IGUALDAD Y LA EQUIDAD PARA LA REGIÓN

La Alianza Latinoamericana de Salud Global- ALASAG-, está organizado el VI Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global: **Desarrollo Sostenible y Salud Global - Los Desafíos de la Igualdad y la Equidad para la Región**, para los días 28 y 29 de octubre del corriente año, que será desarrollado en la modalidad virtual y en forma gratuita. La ALASAG es una asociación de instituciones académicas de cooperación y salud global que surge como una



respuesta para enfrentar los riesgos comunes a los países latinoamericanos en relación a la salud de sus poblaciones, sobre la base de las realidades globales y nacionales y con un profundo respeto por la idiosincrasia y la identidad de los pueblos,

aprovechando las diferentes concepciones e instancias de cooperación internacional y estimulando las colaboraciones SUR SUR, NORTE SUR Y SUR NORTE en el campo de la Salud Global.

Entre las principales actividades de la ALASAG se encuentra la organización bianual de un Congreso Latinoamericano y Caribeño de Salud Global, que se constituye en un evento académico, en el cual se pretende desarrollar una reflexión crítica sobre los avances, retrocesos, investigaciones y tendencias de salud global en la región. En esta ocasión, el **VI Congreso Latinoamericano y Caribeño de Salud Global**, tendrá como tema: **Desarrollo sostenible y Salud Global: los desafíos de la igualdad y equidad para la región**”, que será abordada por medio de cuatro líneas temáticas, atravesadas por el problema da Pandemia Covid-19:

- I. Avances y retrocesos en la situación social, salud y sistemas de protección social
- II. Agenda 2030: Dónde estamos después de los primeros cinco años?
- III. De la cobertura universal a la salud universal: atención primaria en la región
- IV. Diplomacia en Salud y Cooperación Sul-Sul.

ENLACE PARA INSCRIPCION:

<https://eventos.fiocruz.br/evento/congresso-virtual-alasag-2020>

ENLACE PARA ASISTIR LA SESION DEL DIA **28/OCTUBRE**:

https://youtu.be/z_X5ULn4ZnY

ENLACE PARA ASISTIR LA SESION DEL DIA **29/OCTUBRE**:

<https://youtu.be/IXYPxnnCteY>

PROGRAMA DEL VI CONGRESO DE ALASAG	
28/10/20	<p>12:00 - 12:30 Apertura del VI Congreso y del Caribe de Salud Global</p> <p>12:30 - 13:45 Conferencias de Alicia Bárcena – Secretaria Ejecutiva de CEPAL, y Carissa Etienne, Directora de OPS: “Aplanar la curva pandémica para crecer. El desafío de la convergencia y articulación entre la salud, la economía, los aspectos sociales y productivos”. Comentaristas: Nisia Trindade Lima, Presidenta FIOCRUZ y Giorgio Solimano, ESP/UCHile, Vicepresidente de ALASAG.</p> <p>13:45 – 15:00 Panel I: David Chiriboga (El desafío ético de la equidad); Paulo Buss (Agenda 2030: Dónde estamos luego de los cincoprimeros años en las Américas?); Helena Ribeiro (Cuestiones ambientales en América Latina).</p> <p>15:00 – 16:15 Panel II: Alex Alarcón (Migraciones en Latinoamérica en el contexto de la pandemia), Lorena Rodríguez (Inseguridad alimentaria como consecuencia de la pandemia en América Latina), Belkis Aracena (Los sistemas de protección social en América Latina: Es necesario cambiar el paradigma de economía de la salud)</p>
29/10/20	<p>12:00 – 13:15 Panel III: “Retos de la Atención Primaria en Salud- Experiencias aprendidas en la pandemia”. Rocio Sáenz (Costa Rica), Marisol Barría (Chile), Patricia García (Perú)</p> <p>13:15 – 14:30 Panel IV: Aspectos estratégicos en la pandemia y post-pandemia. Mario dal Poz (Fuerza de trabajo durante la pandemia y post-pandemia), Deisy Ventura (Repensar la formación e investigación en salud global), Francisco Rossi (Acceso a equipamiento, medicamentos, vacunas e insumos)</p> <p>14:30 – 16:00 Panel V: Experiencias y reflexiones en torno a la negociación política en el contexto de la pandemia. Julio Mercado y Nelly Salgado (Experiencias y reflexiones en torno a la negociación política en el contexto de la pandemia), Germán Velázquez (Liderazgo internacional de la OMS. En qué punto nos encontramos?)</p>

IV SEMINARIO INTERNACIONAL

Historia de la Arquitectura Hospitalaria

IV SIHAH 4 y 5 de noviembre de 2020

Actividad gratuita y de modalidad virtual
con la participación de expositores y entidades de
Argentina, Brasil, Chile, Guatemala, México y Perú.

Inscripción de asistentes: sihah2020@fadu.uba.ar

comunica.fadu.uba.ar

.UBAfadu

PARA INSCRIBIRSE EN LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD PUBLICA (AASAP)

Procedimiento:

Para integrar la AASAP como miembro ordinario o adherente es necesario llenar el formulario de suscripción y abonar la cuota correspondiente una vez haber sido admitido. Es conveniente recordar que el interesado debe tener más de 21 años, y estar identificado con los objetivos de la AASAP. El procedimiento institucional es el siguiente: una vez recibida la solicitud de inscripción, la Comisión Directiva -tal como



determina el estatuto de nuestra entidad- decidirá si acepta o rechaza el ingreso sin obligación de manifestar las causas de su

decisión en este último caso. Formulario de inscripción: Acceda aquí haciendo [clic](#)

INVITACION

Invitamos a todos los miembros de la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP), así como a otros profesionales que deseen colaborar, para nos envíen sus reflexiones sobre algún tema de interés en el campo de la salud pública, tanto en el ámbito nacional como regional o global. Las mismas serán consideradas por la Comisión Directiva de AASAP para su eventual publicación en este boletín que circula semanalmente

Links de interés: Ministerio de Salud de la Nación www.msal.gob.ar ; Organización Mundial de la Salud www.who.int; Organización Panamericana de la Salud www.paho.org ; Naciones Unidas www.un.org ; Foro del Sector Social www.forodelsectoresocial.org.ar



Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP www.aasap.com.ar . Correo electrónico de la AASAP: aasaludpublica@gmail.com ; estatutos de la AASAP: [Estatutos](#) www.facebook.com/aasaludpublica

¿Conoce usted los beneficios por ser miembro de la AASAP?

- Recibir información actualizada sobre los principales contenidos de la agenda sanitaria nacional e internacional, así como sobre sus principales debates, estrategias y acuerdos para solucionar los problemas locales y globales que afectan la salud y el bienestar de las personas.
- Optar por becas, premios o proyectos que la AASAP identifique y que resulten de interés individual o institucional de sus miembros.
- Disponer de un espacio de interacción profesional con otros colegas que han tenido y mantienen un compromiso por el desarrollo y fortalecimiento de la salud pública argentina.
- Opinar, sugerir, consultar, dentro de los espacios organizativos de la AASAP, sobre asuntos de interés personal, institucional o profesional que atañen a las políticas y programas de salud pública en el país.
- Participar en eventos nacionales, provinciales o municipales, de diferente naturaleza, donde la AASAP funja como auspiciante, organizadora o co – organizadora de los mismos.
- Recibir documentos e informes técnicos sobre una variada gama de asuntos en el campo de la salud pública.
- Publicar artículos de opinión, u otros trabajos científicos, en espacios que disponga la AASAP (boletines, sitio web, u otros).
- Contribuir como docente en actividades de capacitación y/o formación de personal de salud en las que la AASAP haya comprometido su participación.
- Recibir noticias sobre eventos nacionales e internacionales que la AASAP considere que podrían resultar de interés individual o institucional de sus miembros.
- Recibir el auspicio o apoyo de la AASAP para actividades científicas que sean organizadas y conducidas por sus miembros o instituciones de pertenencia, en el marco de los objetivos, valores y principios de trabajo de la AASAP, tal como establecen sus estatutos.
- Organizar subredes asociativas territoriales (provinciales o municipales) de trabajo en el campo de la salud pública.