

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. 15

6 DE AGOSTO 2020



Comisión Directiva de AASAP

Julio N. Bello	Presidente
Ana C. Pereiro	Vice Presidenta
Mirta Levis	Secretaria
Oreste Luis Carlino	Tesorero
Manuel Kulfas	Tesorero Suplente
Silvia Necchi	Vocal
Noemí Bordoni	Vocal
Tony Pagés	Vocal

Lo invitamos a entrar al sitio del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, donde podrá encontrar informaciones actualizadas sobre la Pandemia y su impacto en el país

www.msal.gob.ar



ACTUALIZACION REGIONAL Y GLOBAL COVID-19

Informe de la OPS/OMS Argentina Usted podrá acceder a información actualizada sobre la Covid-19 entrando al sitio web de la Representación de OPS/OMS en Argentina: <http://www.paho.org/arg/coronavirus>

INDICE

1. Construyendo una OMS para la gente. American Journal of Public Health.
2. Senado de Nación Argentina: Proyecto de donación de plasma sanguíneo
3. Artículos seleccionados del economista Javier Lindenboim
4. Una pareja de odontólogos recuperados: Por Cata Bello
5. Mitos y Realidades de las Obras Sociales. Por Rubén Torres y Natalia Jorgensen
6. Entrevista al Dr. Anthony Fauci, Médico de la Casa Blanca – USA
7. Salud y economía: Convergencia necesaria por Covid -19 (OPS y CEPAL)
8. Noticias de interés en el campo de la salud pública.
9. Cursos y Seminarios virtuales
10. Cómo inscribirse en la AASAP
11. Invitación a colaborar con el Boletín de la AASAP
12. Links de interés
13. Cuales son los beneficios por ser miembro de AASAP?

CONSTRUYENDO UNA OMS PARA LA GENTE.

EDITORIAL PARA EL AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH (LA REVISTA DE LA AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION), SOBRE EL RETIRO DE APOYO A LA OMS POR PARTE DEL GOBIERNO DE USA Y LOS INTERESES QUE HAY EN LA OMS QUE EXPLICAN SU DECLINACIÓN.

LA TRADUCCIÓN QUE SIGUE ES DE LAS PROPIAS AUTORAS, ANNE-EMANUELLE BIRN Y LAURA NERVI, (RE-)MAKING A PEOPLE'S WHO, AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 110: 9 (SEPTEMBER 2020): ONLINE AHEAD OF PRINT JULY 16, 2020: E1-E2.

Resumen

Entre el alboroto causado por la retirada de la OMS por parte del gobierno de Estados Unidos, una cuestión crucial se deja de lado: la influencia antidemocrática que las corporaciones transnacionales, las organizaciones filantrópicas y sus poderosos países asociados ejercen sobre la OMS.

Sostenemos que esta situación debe ser revertida si se quiere relegitimar el poder y la competencia de la OMS.

Artículo

Mientras los expertos en salud global, políticos, organizaciones de la sociedad civil y seis de los líderes del G7 animan a declarar el apoyo a la Organización Mundial de la Salud (OMS <https://bit.ly/3gP9Dyj>) y contrarrestar así el descrédito del organismo y la suspensión de financiamiento ocasionado por el gobierno de Estados Unidos, un momento de

reflexión es necesario.

Indudablemente, la OMS es un actor crucial (<https://bit.ly/2U9s7Qh>) para guiarnos a través de la pandemia de COVID-19, cooperando con los países miembros en la elaboración de planes de preparación para la pandemia (incluso para las subsiguientes oleadas de la enfermedad); recolectando, analizando y difundiendo datos epidemiológicos críticos; transmitiendo políticas y asesoramientos rigurosos y científicamente fundamentados; estableciendo normas en torno a las pruebas, el distanciamiento físico y otras medidas de salud pública; estableciendo normas en cuanto a la recolección de datos y el intercambio de información; y apoyando la investigación en medicamentos y vacunas. Si se financiara adecuadamente y los países miembros le otorgaran el poder, la OMS tendría el potencial de ampliar el transporte de equipos de protección personal y otros suministros esenciales para proteger a los trabajadores de primera línea y servir de coordinador internacional para la distribución ética y equitativa de diagnósticos, vacunas, productos terapéuticos, y equipos. De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional, la OMS está facultada para declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), como lo hizo el 30 de enero de este año con respecto al COVID-19 (<https://bit.ly/2XvtQkU>) y dar una respuesta en tiempo real.

¿Dio la OMS algún paso en falso? La próxima revisión imparcial, independiente, comprensiva (<https://bit.ly/2AHgQzW>) de la respuesta de la OMS al COVID-19 lo revelará, pero la actuación limitada de la OMS estaba predeterminada desde el principio por su propia estructura de toma de decisiones, su alcance restringido (dependencia tanto de los informes como del cumplimiento de normas por parte de los países, falta de mecanismos de aplicación de dichas normas, entre otras cuestiones) y su dependencia financiera de los donantes que actúan en su propio interés.

Persistentes preguntas permanecen en torno a China y a su retraso en intercambiar información con la OMS (<https://bit.ly/2Xych3l>). Sin embargo, una

vez que las autoridades chinas confirmaran la transmisión de persona a persona, la OMS colaboró estrechamente con China para advertir al mundo de esta ESPII y recomendar medidas extraordinarias para contenerla.[i]

Además, bajo presión internacional, China revisó el aumento de la mortalidad por COVID-19 (<https://cnn.it/2XxEwzG>) para enmendar las incorrecciones. En contraste, la tardía, espeluznante contabilidad de las muertes en los hogares y las residencias de personas mayores del Reino Unido, Italia, Francia, España y los Estados Unidos, entre otros países, sigue siendo justificada, o al menos contextualizada en el marco de las actuales extenuantes circunstancias.

Asimismo, países que atendieron a las recomendaciones de la OMS, incluidos Alemania, Vietnam, Islandia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Corea del Sur y Finlandia se beneficiaron de su guía (Taiwán, como país no miembro de la OMS, se anticipó efectivamente a la situación, pero este es un caso aparte). En suma, incluso mientras se desarrolla el vital proceso de aprendizaje y renovación que, por su parte, todos los países tendrían que llevar a cabo se debería permitir que la OMS hiciera su trabajo.

Sin embargo, una preocupación prevalece a todas las demás: La acusación del gobierno de Estados Unidos de que la OMS está capturada, en efecto tiene sentido, pero no por los actores denunciados por EEUU. La progresista Constitución de la OMS de 1948 estableció un sistema de gobernanza democrática a través de una Asamblea Mundial de la Salud de carácter anual y un Consejo Ejecutivo rotatorio y electivo de 34 miembros.[ii] Pero, durante decenios, la OMS se ha visto impedida de establecer políticas de forma independiente. Su mandato para establecer la agenda en salud fue suplantado por poderosos estados miembros, sus corporaciones transnacionales y filantropías, y las instituciones financieras internacionales. Desde 2010, la Iniciativa de Rediseño Global del Foro Económico Mundial ha tratado de transformar a las Naciones Unidas, incluyendo a la OMS, en un sistema de gobernanza de múltiples socios (influido por las empresas transnacionales, las

mayores filantropías, y las grandes finanzas (<https://bit.ly/3gV66yv>), en el que el dinero público y la legitimidad de las Naciones Unidas son canalizadas hacia iniciativas privadas con fines de lucro.

Fundada en medio de las luchas del inicio de la Guerra Fría y una ola de procesos de descolonización, la OMS siempre fue imperfecta. Sus primeras décadas estuvieron dominadas por las campañas contra ciertas enfermedades como el paludismo y el pian, que contaban ya con instrumentos técnicos listos para implementar (DDT; penicilina) pero que prestaban poca atención a las condiciones de vida relacionadas con la salud o al desarrollo de robustos sistemas de salud. Durante una colaboración entre los Estados Unidos y la URSS en los años 60 y 70 para erradicar la viruela (<https://bit.ly/2U4xKPJ>), los países del Tercer Mundo impulsaron una reorientación: Salud para todos en el año 2000, plasmada en la Declaración de Alma Ata de 1978 (<https://bit.ly/3034Ymm>). Esta era la mejor oportunidad para la OMS y para el mundo de mejorar equitativamente la salud y el bienestar mediante un enfoque basado en la atención primaria de salud (APS) fundado en el derecho a la salud, la justicia social, y un nuevo orden económico internacional en el contexto de las formidables asimetrías de poder, en particular entre el Norte y el Sur.[iii]

Pero en los 80, durante una crisis global de la deuda y consecuente recesión, en medio de un giro ideológico neoliberal, la OMS fue acosada por el gobierno británico de Thatcher y el norteamericano de Reagan. Este último unilateralmente rebajó las cuotas a las Naciones Unidas y luego retuvo las cuotas a la OMS alrededor de 1986-1988. Estas medidas estaban destinadas, al menos en parte, a reprender a la OMS por su Programa de Medicamentos Esenciales de 1977 (recomendando los genéricos) al que se oponían las principales compañías farmacéuticas y su Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de 1981 para poner fin a las prácticas deshonestas de comercialización de las empresas de fórmulas para lactantes. Simultáneamente, Alma Ata concebida como un esfuerzo impulsado por la comunidad para hacer frente a las causas

subyacentes de las enfermedades (por ejemplo, enfrentar la diarrea mediante el acceso al agua potable y el saneamiento) dentro de una crítica radical a los arreglos de poder económico global fue desestimada mediante un esfuerzo encabezado por la Fundación Rockefeller para hacer que la APS fuera selectiva mediante intervenciones de arriba hacia abajo, definidas de forma estrecha (paquetes limitados de servicios de bajo costo).[iv]

Entretanto, el Banco Mundial comenzó a eclipsar a una OMS insuficientemente financiada, sus préstamos obligaron a reducir y privatizar masivamente los sistemas de salud en el Sur. Las políticas de austeridad posteriores a 2008 reverberaron también hacia el Norte: aclamados sistemas de salud universales fueron debilitados, desfinanciados y se mercantizaron con gran beneficio privado, notablemente en el Reino Unido y en España, que están entre los países que han sido más afectados por el COVID-19.

Con la disminución o estancamiento de las cuotas de sus países miembros en los 90, la OMS se vio obligada a buscar otras fuentes de financiamiento. Hoy en día, el presupuesto de la OMS (alrededor de 2,400 millones de dólares anuales [<<https://bit.ly/2ABiH9e>> <https://bit.ly/2ABiH9e>], menos de un tercio del presupuesto anual del Hospital Presbiteriano de Nueva York! [<https://bit.ly/2Y0basD>], está en más del 80% destinado a actividades predeterminadas por los donantes, lo que permite un enorme control a ciertos países de ingresos altos, corporaciones, fundaciones privadas y asociaciones público-privadas (las que típicamente emplean herramientas técnicas, a menudo producidas por esas mismas asociaciones, para apuntar de forma reduccionista a enfermedades individuales, mientras escamotean los enfoques integrados o de sistemas de salud).

Un desarrollo particularmente insidioso es la proliferación de las asociaciones público-privadas insuficientemente reguladas (y financiadas por los gobiernos asociados), que ofrecen a los actores corporativos exentos de procesos de rendición de cuentas un acceso sin precedentes a la

toma de decisiones y las oportunidades de comercialización. En años recientes, la OMS se ha visto presionada por las asociaciones público-privadas, las corporaciones transnacionales y sus asociados gubernamentales para que, por ejemplo, estos últimos flexibilicen las pautas de consumo de azúcar, recomienden el almacenamiento masivo de un medicamento ineficaz contra la influenza (lo que representa un conflicto de intereses con la Gran Farma), e impulsen la adopción de un marco de prevención de enfermedades no transmisibles que pasa por alto la regulación de las empresas transnacionales.[v]

Las mayores asociaciones público-privadas, el Fondo Global y GAVI (la Alianza de Vacunas), ambas fuertemente apoyadas por la Fundación Bill y Melinda Gates y contribuciones de gobiernos, han soslayado y desplazado a la OMS (que ni siquiera tiene voto en la Junta del Fondo Global), dirigiendo anualmente miles de millones de dólares públicos a la compra y distribución de vacunas de las grandes compañías farmacéuticas y a los esfuerzos de control del VIH/SIDA, tuberculosis, y malaria, proporcionando lucrativos contratos al sector privado.[vi]

Como tal, simplemente afirmar que la OMS ha cometido errores y que carece de liderazgo (<https://bit.ly/2Mvmd7W>), fundamentalmente tergiversa la situación. Cuatro décadas de reestructuración neoliberal han llevado a la OMS a actuar precisamente tal cual se ha diseñado: como corresponsal de poderosos intereses.

Hoy, la relegitimación del poder y la competencia de la OMS es un asunto urgente.[vii] La OMS necesita un apoyo financiero adecuado basado en cuotas y sin ataduras para garantizar la gobernanza democrática, la independencia en la formulación de su agenda, un proceso de toma de decisiones basado en la ciencia, fundado en su mandato constitucional de promover la salud como un derecho humano. Por supuesto, tal transformación está en directa oposición a la embestida neoliberal contra la OMS y contra todo el sistema de Naciones Unidas. Pero esta situación es transformable con una revitalización a través de dos grandes ejes.

En primer lugar, es clave ampliar la visión y la acción hacia los factores sociales que configuran la salud, desde la crisis climática hasta el trabajo inseguro, el extractivismo (minería, gas natural y petróleo, agronegocios, etc.), la guerra y la migración forzosa, la opresión sexista, transfóbica, homofóbica, racista y clasista; y las asimetrías prevalentes de poder y riqueza. En segundo lugar, hay que continuar movilizando esfuerzos para que la OMS provea investigación y asesoramiento imparciales para lograr sistemas de salud pública y de atención a la salud más equitativos, eficaces y sostenibles, en conformidad con los principios y la práctica de la justicia universal en salud, lo que no sólo representará acercarse a la equidad en salud para todos, sino que también contribuirá a prevenir futuras pandemias y a hacer frente a la actual.

Anne-Emanuelle Birn, ScD, MA

Laura Nervi, PhD, MPH

EL SENADO DE LA NACIÓN CONVIERTIÓ EN LEY LOS PROYECTOS PARA FACILITAR LA DONACIÓN DE PLASMA SANGUÍNEO DE PACIENTES RECUPERADOS DE CORONAVIRUS, LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RECETA MÉDICA ELECTRÓNICA Y EL RÉGIMEN INTEGRAL DE PROTECCIÓN PARA LAS VÍCTIMAS DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.

Las obras sociales y prepagas deben cubrir tratamiento de fibrosis quística
El proyecto, aprobado por 16 votos a favor y 3 abstenciones, dispone que las obras sociales y las entidades de medicina prepaga tendrán a su cargo con carácter obligatorio la cobertura total del 100 por ciento de todas las prestaciones que sean indicadas por médicos profesionales y que necesiten las personas con fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, en un plazo

de 30 días corridos para los casos no urgentes y de forma inmediata para los urgentes.

También tendrán cobertura del 100 por ciento todos los estudios de diagnóstico, tratamiento y control que se relacionen o deriven de la fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, como también el diagnóstico y tratamiento de los órganos que sean afectados por el avance de la enfermedad.

Estas patologías, sostiene la norma, contarán con la misma cobertura para tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos y se expedirá un certificado Único de Discapacidad a las personas con diagnóstico de fibrosis quística confirmado por parte de la autoridad competente. Le ley busca además establecer un régimen legal de protección integral, de atención de salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, para que las personas con las enfermedades mencionadas alcancen su desarrollo e inclusión social, económica y cultural, garantizándoles desde el nacimiento una protección integral a nivel diagnósticos y de tratamientos médicos para lograr una adecuada integración social. La autoridad de aplicación deberá establecer normas de provisión de medicación e insumos, que serán revisadas y actualizadas cada 2 años (como mínimo) para evaluar avances farmacológicos y tecnológicos aplicables en la terapia de los pacientes. En cuanto el ingreso laboral, la ley establece que la fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis no será causal de impedimento para el ingreso laboral, tanto en el ámbito público como privado. También disponen que se realizarán campañas nacionales informativas de detección y concientización de la enfermedad para lograr un adecuado conocimiento en la sociedad que permita una mayor integración social de los pacientes.

Ley de promoción de donación de Plasma
El Senado, por unanimidad, también convirtió en ley el proyecto que dispone crear una campaña nacional para la promoción de la donación voluntaria de

plasma sanguíneo, proveniente de pacientes recuperados de la coronavirus de todo el país.

La iniciativa otorga una licencia especial para los donantes bajo relación de dependencia de dos días por cada donación de plasma que realicen. La nueva norma reconoce a los donantes como «ciudadanos/as solidarios/as destacados/as de la República Argentina» y ordena garantizar el traslado de aquellos pacientes recuperados de Covid-19, aptos para ser donantes de plasma y que no tengan los medios para realizarlo. Además, se crea un Registro Nacional de Pacientes Recuperados de Covid-19 Donantes de Plasma, cuya información deberá resguardarse en cumplimiento de la ley 25.326 de protección de datos personales.

La autoridad de aplicación de la ley, a determinar por el Poder Ejecutivo Nacional, deberá garantizar que los donantes cumplan con los criterios de elegibilidad de acuerdo con los protocolos habilitados vigentes, y hayan expresado su consentimiento informado.

También tendrá como función requerir a las autoridades sanitarias jurisdiccionales la definición de los Centros Regionales de Hemoterapia y/o bancos de sangre que serán los responsables de realizar la

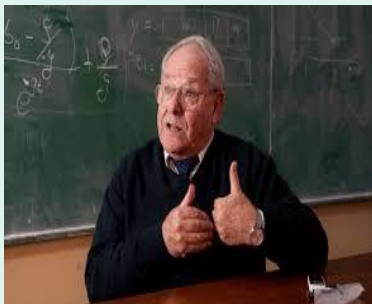
captación y recolección de plasma de pacientes recuperados de Covid-19.

Ley de prescripción de recetas electrónicas y la teleasistencia en salud

Aprobada por unanimidad, la ley autoriza la prescripción médica, odontológica o de otros profesionales de las recetas o estudios médicos a todos los profesionales sanitarios legalmente facultados a prescribir, en los respectivos ámbitos de asistencia sanitaria y atención farmacéutica pública y privada.

Además, determina que los medicamentos prescritos en receta en formato electrónico o digital deberán ser dispensados en cualquier farmacia del territorio nacional, servicios de farmacia de establecimientos de salud y establecimientos del sector salud habilitados. También dispone que los responsables de la fiscalización de los sistemas de receta electrónica y plataformas de teleasistencia deben «garantizar la custodia de las bases de datos de asistencia profesional virtual (historias clínicas digitales), prescripción, dispensación y archivo».

JAVIER LINDENBOIM, ECONOMISTA ARGENTINO Y PROFESOR TITULAR EN LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, COMPARTE CON NUESTRO BOLETÍN AFICS ALGUNOS DE SUS RECIENTES ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LA PANDEMIA DE COVID-19:



EL CRONISTA "Las medidas antipandemia empeoran el ingreso". Se analizan los cambios recientes en materia distribución del ingreso (caída de los ingresos laborales y mantenimiento de los familiares) y se llama la atención sobre las ocupaciones precarias y no asalariadas.

Infobae, "Volatilidad y desinversión: obstáculos para la pospandemia". En la nota se destaca la irregularidad extrema de nuestra economía y la declinación constante de la inversión. Además compartimos un enlace a una de sus más recientes presentaciones virtuales organizada por la Universidad de San Martín sobre la situación del mercado de trabajo. [Acceder al video](#)

CORONAVIRUS: UNA PAREJA DE ODONTOLOGOS SE RECUPERO DEL COVID-19 Y AHORA HISOPA A 50 PERSONAS POR DIA". Por Cata Bello.



Catalina Bello comparte con nuestro boletín AFICS una nota de su autoría que nos ha parecido interesante, en el campo de la Odontología: "Coronavirus. Una pareja de odontólogos se recuperó de Covid-19 y ahora hisopa a 50 personas por día". **LEER**

LIBRO UNIVERSIDAD ISALUD: "MITOS Y REALIDADES DE LAS OBRAS SOCIALES"

El libro analiza la complejidad del sistema de salud argentino, de su carácter altamente segmentado y fragmentado con el impacto subsecuente sobre los resultados en salud, la eficiencia y la equidad.



(Universidad ISalud) Los autores **Rubén Torres**, Rector de la Universidad I SALUD, **Natalia Jorgensen** Directora del Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (CETSA) de la Universidad ISALUD y **Manuela Robba**, Vicepresidenta de Provincia Leasing, Plantean los últimos cambios en el sistema de salud ocurridos en su configuración y funcionamiento, los problemas de financiamiento y la multiplicidad de actores que dificultan un accionar coordinado.

Aborda las modificaciones acontecidas en el mercado de trabajo a nivel mundial, asociado a los procesos de desarrollo de los países, y la situación de nuestro país en particular, contexto necesario para comprender los shocks a los que se ve y

se verá expuesta la financiación de la salud en nuestro país, a partir de componentes solamente contributivos, sumados a la inestabilidad de nuestro ciclo económico, los elevados y crecientes niveles de informalidad laboral, el creciente proceso de envejecimiento poblacional, y las consecuencias sobre el financiamiento del sistema de salud y sus desafíos en materia de equidad y acceso.

Cada uno de estos elementos es abordado a nivel de subsector: público, privado, Obras Sociales Provinciales, Nacionales y el Instituto de Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP).

Se pone en evidencia la inequidad que existe en términos geográficos, no sólo en cuanto al financiamiento sino también en cuanto al acceso y a los resultados en salud.

El financiamiento difiere notablemente entre jurisdicciones, como así también la canasta de prestaciones cubierta de acuerdo a lo establecido en cada jurisdicción, en tanto las OSP no están alcanzadas por el Programa Médico Obligatorio (PMO). En consecuencia, se presentan notables diferencias en el acceso a la atención sanitaria, manifestadas por ejemplo por la existencia de distintos tipos de copagos y coseguros para acceder a los servicios de salud, pero también en la calidad de las prestaciones.

Se analiza el subsector de Obras Sociales Nacionales y sus principales implicancias en el sistema en su conjunto, teniendo en cuenta que sobre el que recae la mayor parte de la cobertura poblacional; se analizan los retos que tienen hoy en día las Obras Sociales Nacionales para efectivizar la cobertura prestacional en un contexto de costos crecientes inducido, entre otros factores, por la incorporación de nuevas tecnologías.

Se presenta la brecha que existe entre los ingresos por afiliado y el costo estimado del PMO, evidenciándose que solamente el 24% de las entidades logran cubrirlo. El Fondo Solidario de Redistribución (FSR) en la órbita de la Superintendencia de servicios de Salud, redistribuye fondos mancomunados solidariamente en función de determinados criterios.

Sin embargo, la fuerte presión sobre el financiamiento prestacional generada por lo expresado anteriormente sumado a decisiones políticas de incorporación de grupos poblacionales específicos, y la reducción de los ingresos genuinos, hacen que esa redistribución no sea suficiente para lograr la sostenibilidad financiera del subsector. Se discute en detalle la distribución actual de los recursos del Fondo, las prestaciones de alto costo, los subsidios automáticos y los nuevos mecanismos de pago, abordándose nuevos escenarios de distribución posibles.

Se analiza el subsector privado, las complejidades de la desregulación de aportes y los problemas de

desfinanciamiento que emana. Un capítulo aparte es el abocado a la población adulta mayor jubilada, concentrada en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), donde se expone la debilidad financiera y prestacional estructural del Instituto que, dando cobertura a casi 5 millones de afiliados es uno de los principales presupuestos del país, con la presión política que ello conlleva.

El capítulo muestra que aún bajo gestiones eficientes de los recursos, el PAMI es actuariamente no sostenible, se analiza su actual situación, haciendo hincapié en los problemas de financiamiento, la baja calidad de prestaciones brindadas y la ausencia de control prestacional efectivo. Su relación con el ciclo económico y con la dinámica del mercado de trabajo, constituyen serios desafíos a la hora de mejorar el nivel de prestaciones brindado y el gasto asociado.

La complejidad del sistema de salud argentino sigue siendo un desafío a la hora de pensar el acceso universal. En este sentido, el rol del Estado se vuelve central y los acuerdos que logre son fundamentales a la hora de redefinir futuras mejoras.

Como los propios autores lo manifiestan, el libro conjuga un conjunto de valores, ideas y sueños respecto del futuro del sistema de salud.

Video Presentación: [Clic aquí](#)

Para adquirirlo: [Clic aquí](#)

ENTREVISTA AL MEDICO DE LA CASA BLANCA, ESTADOS UNIDOS: RECIENTEMENTE LA BBC EFECTUÓ UNA ENTREVISTA AL DR. ANTHONY FAUCI, DONDE ESTE PONE ENFASIS ESPECIAL A LA NECESIDAD QUE RECONOCER QUE EL ENEMIGO PRINCIPAL EN ESTA PANDEMIA ES EL VIRUS Y QUE “NO HAY TIEMPO PARA PELEAS POLÍTICAS”. COMPARTIMOS LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:



Podemos empezar comentando acerca de las cifras de contagios y muertes en Estados Unidos.

Cuando miras la dinámica de las curvas de infección en nuestro país, nosotros subimos mucho cuando el área metropolitana de Nueva York era el epicentro del brote. Luego las curvas comenzaron a descender de vuelta, pero no como sucedió en otros países, particularmente de la Unión Europea e incluso Reino Unido. Nunca llegamos a descender a un punto realmente bajo, nosotros nos mantuvimos alrededor de 20.000 casos por día. Y nos mantuvimos así por algunas semanas.

Lo que pasó después, cuando levantamos algunas restricciones con el objetivo de reactivar la economía, en ciertas regiones del país como algunos estados del sur como Florida, Texas, Arizona o el sur de California empezaron a sufrir contagios. Entonces la base pasó de 20.000 casos diarios, a 30.000, 40.000, 50.000, 60.000 e incluso 70.000 pacientes diarios. Las muertes, que habían bajado, comenzaron a subir y ahora tenemos 1.000 fallecimientos por día aproximadamente.

Todavía tenemos un número muy considerable de nuevos casos, entonces estamos tratando de controlar esto, empezando a aplanar la curva. Pero nuestra preocupación es que otros estados en otras regiones parecen empezar a atravesar lo que pasaron los estados del sur.

Son 12 estados en EE.UU. reportan más de 100.000 casos al momento. Claramente es un balance muy difícil, además la emergencia de salud es global. Me pregunto qué es lo que cree que se pudo haber hecho diferente.

Lo que intentamos hacer, y tengo esperanza de que tengamos éxito finalmente, es agrupar lineamientos que trabajamos con el equipo especial de coronavirus de la Casa Blanca. Estos lineamientos, que tendrían que ser utilizados por los estados, esencialmente una guía paso a paso para una apertura cuidadosa y prudente de las restricciones.

Uno de los problemas que sucedió que algunos estados, no los voy a mencionar, no hicieron esta apertura paso a paso cuando vieron un descenso en el número de casos consistente en cierto periodo de días. Si esto se hace de manera exitosa, vas a la fase 1 por un tiempo, luego pasas a la segunda y la tercera. Lo que pasó en algunos estados es que saltaron algunos de los hitos de control y pasaron a la siguiente fase, lo que produjo en los hechos un rebrote de los casos. En otros lugares, los estados intentaron realizar este proceso adecuadamente, sin embargo hubo poblaciones que no siguieron las recomendaciones de evitar aglomeraciones, usar máscaras y mantener el distanciamiento social y eso produjo también brotes nuevos.

¿Y no es una causa de lo que pasó en esos lugares que hubo problemas con el mensaje que se mandaba? Ustedes prepararon este modelo sobre cómo los estados debieron realizar la apertura, pero en los hechos el mensaje que enviaba el presidente de Estados Unidos en particular sugiriendo que estaba perfectamente bien abrir las economías.

No voy a tener un diálogo con usted contra el presidente de EE.UU., solo le señalo cuáles son los hechos en terreno y la situación que vive Estados Unidos. A diferencia de otros países, tradicionalmente en nuestra historia, los estados reciben mucha responsabilidad. Obviamente funcionarios públicos de salud, como es mi caso y de mis colegas del equipo especial, somos muy explícitos en cuanto a qué es lo que se debe hacer y lo decimos continuamente. Y tenemos la esperanza de que los estados vean los resultados de no seguir las recomendaciones y que comiencen a aplicarlas, pero eso es algo que todavía es algo que debe pasar.

Entiendo que usted no quiere entrar en una conversación en la que diga algo muy crítico contra el presidente de Estados Unidos, pero existe una ligazón clara entre ambos. De hecho, él recientemente comentó acerca del nivel de popularidad que usted tiene y que él no.

Creo que hablar de este tipo de cosas de verdad son una distracción de lo que realmente estamos tratando de hacer. Yo prefiero no comentar al respecto y concentrarme en mi trabajo y mis responsabilidades como funcionario de salud pública.

sostiene que el uso de máscaras es muy importante.

Entiendo, pero usted también ha sido una persona muy conocida por más de cuatro décadas como alguien interesado en la verdad y la transparencia. Entonces cuando el mensaje que llega desde el centro del poder político en Estados Unidos sugiere que usted está confundiendo a la gente creo que es algo que usted debe abordar.

Lo hice y creo que el público no le presta atención a ese tema. He tenido la oportunidad de hablar de eso muchas veces. De nuevo, todas esas idas y venidas de críticas sobre quién tenía razón y quién está equivocado es de verdad una distracción de la que quiero estar lejos. Yo trato de mantenerme enfocado en el mensaje que llevo de manera consistente.

Entonces concentrémonos en los mensajes relacionados a salud pública: el uso de hidroxiclороquina. Esta es una droga que no solo fue mencionada por el presidente, es promovida en Twitter y videos de YouTube por doctores que la llaman la cura milagrosa. Qué es lo que sabemos sobre el uso de la hidroxiclороquina. Sabemos que los estudios buenos, y por estudio bueno me refiero a uno con control aleatorio en el que los datos sean creíbles, nos arrojan datos que muestran que el uso de la hidroxiclороquina no es efectivo en el tratamiento de la covid-19.

¿Qué hay del uso de las máscaras? Hace unos meses cuando se decidió convertir en obligatorio el uso de tapabocas en Estados Unidos, el presidente Trump dijo varias veces que no era una falta por la que podrías ir a la cárcel o siquiera multado. Desde su punto de vista, ¿es absolutamente necesario que la gente use mascarilla?

Es absolutamente necesario. Existen algunos elementos fundamentales que comunicamos de manera consistente y uno de ellos es el uso constante de máscara. Los otros cuatro son alejarse de las aglomeraciones, mantener el distanciamiento social de al menos seis pies (180 centímetros) y el cuarto es tratar de evitar bares y otros lugares que puedan que puedan ser focos de transmisión. El número cinco es mantener medidas de higiene como lavarse las manos con frecuencia. Si se practican estas cinco recomendaciones, y es claro en qué estados se hizo esto, se puede aplanar la curva de contagios.

Me pregunto porqué la pandemia se llegó a politizar tanto. ¿Es porque Estados Unidos está tan polarizado?

Creo que cualquiera que presta algo de atención a EE.UU. puede advertir que existe un grado de división política en el país. Es algo que, desde luego, interfiere, pero es solo un hecho más de lo que sucede en nuestro país. Como científico claramente me mantengo fuera del debate político y me enfoco por completo en los problemas de salud pública. Llevo haciendo eso más de 40 años y continuaré así. Mi mensaje siempre fue basado en los datos científicos que disponíamos hasta ese momento.

Una de las cosas que creo que confunde a las personas es que no se comprende que tenemos una situación en permanente evolución, como emergencia sanitaria apenas tiene seis meses. Tienes que continuar aprendiendo, seguir buscando evidencia. Y haces tus recomendaciones basadas en la información con la que cuentas y eso es lo que provoca que existan modificaciones en estos lineamientos a medida que consigues más datos.

¿Cómo se puede despolitizar esta crisis médica para manejarla mejor? ¿Qué es lo que aprendió de lo que ha visto?

Lo que aprendí es que cuando tratas de ingresar en el debate político, la gente lo recibe como una distracción del mensaje principal de salud pública. Lo que se debe tratar de hacer de manera individual y como sociedad es estar seguros de comprender que el enemigo aquí es el virus, no hay tiempo para peleas políticas. Tenemos un enemigo común, un enemigo global común. Es una pandemia histórica, no hay tiempo para distraerse en cosas que no están relacionadas con la lucha contra el virus.

Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible

El propósito de este documento es apoyar a la red integrada de prestación de servicios de salud en la preparación, contención, respuesta y mitigación de la emergencia de la COVID-19.

iris.paho.org

NOTICIAS DE INTERES

Coronavirus: la OMS aclara que la gente no empezará a ser vacunada antes "de la primera parte de 2021". La Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguró hoy que la gente no empezará a ser vacunada antes "de la primera parte de 2021" de acuerdo al estado de las investigaciones para lograr una vacuna contra el nuevo coronavirus, informó hoy el organismo

internacional. <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/coronavirus-oms-aclara-que-gente-no-empezara-a-ser-vacunada-antes-de-primer-parte-de-202>

El director de la OMS rechaza la acusación de Pompeo de haber sido "comprado" por China. El director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó como "falsas e inaceptables" las afirmaciones atribuidas al secretario de Estado estadounidense, Mike Pompeo, en el sentido que el funcionario de ONU habría sido "comprado" por China. <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/el-director-oms-rechaza-acusacion-pompeo-haber-nid2403116>

La OMS advierte que dónde y con quién ir es decisión de "vida o muerte". El director del organismo llamó a la precaución individual, ya que las decisiones personales pueden afectar a un ser querido o a un "completo desconocido". Además, llamó a los jóvenes a realizar un movimiento global por la salud. <https://www.baenegocios.com/mundo/La-OMS-advierte-que-donde-y-con-quien-ir-es-decision-de-vida-o-muerte-20200723-0076.html>

Unicef suministró vacunas a casi la mitad de los niños del mundo. Lo dice su balance de 2019. Afirma también haber salvado de la desnutrición a 4,1 millones de chicos. https://tn.com.ar/salud/pediatria/unicef-suministro-vacunas-casi-la-mitad-de-los-ninos-del-mundo_1097099

¿Hasta cuándo crecerá la pobreza en Latinoamérica? En esta nota consideramos el preocupante hecho que, según CEPAL, nuestro país lidera en estos días la pobreza en América del Sud. <https://www.ambito.com/opiniones/pobreza/hasta-cuando-crecera-la-latinoamerica-n5120685>

CURSOS Y SEMINARIOS VIRTUALES

La Representación de OPS/OMS en Argentina nos informa e invita a participar en una conferencia sobre **"DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES: CONOCIMIENTOS PARA EL ANALISIS Y PARA LA ACCION"**. Este curso virtual consta de dos sesiones que se realizarán todos los lunes y miércoles, desde el 3 de agosto hasta el 9 de septiembre del presente año, de las 12.00 a 14.30 horas (hora de Washington, D.C).

El objetivo principal del curso es contribuir a que las personas mayores puedan ejercer sus derechos humanos plenamente durante la etapa de respuesta y recuperación de la pandemia por COVID-19.

Los objetivos específicos son:

- Fomentar la toma de conciencia sobre la importancia de la ratificación e implementación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Analizar la situación de las personas mayores durante la respuesta y recuperación de la pandemia por COVID-19 desde un enfoque basado en los derechos humanos.
- Identificar estrategias para integrar los derechos humanos de las personas mayores en los planes de trabajo de sus respectivas instituciones y organizaciones.

El curso está abierto a funcionarios/as de instituciones gubernamentales y otros actores interesados que trabajan con personas mayores en América Latina y el Caribe. Se puede

realizar la inscripción en el siguiente

enlace: <https://register.gotowebinar.com/register/7939874039101956878>

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 de edad, 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 click](#)

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.forodelsectorsocial.org.ar



Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP www.aasap.com.ar . Correo electrónico de la AASAP: aasaludpublica@gmail.com ; <http://www.facebook.com/aasaludpublica>

estatutos de la AASAP: [Estatutos](#)

¿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.