

INDICE

1. Datos globales, regionales, nacionales y provinciales de Covid-19
2. Trabajadores de la salud: Entre la emergencia sanitaria y las brechas de género.
3. Mapa de la OMS: América Latina, región que está peor por el Covid-19
4. El gran paso hacia delante de la Telemedicina
5. Las últimas medidas de la Comunidad de Madrid para frenar el avance de la Covid-19
6. El modelo de salud de Argentina: Historia, características y fallas.
7. Noticias de interés en salud pública
8. Sugerencia de cursos, seminarios, congresos y conferencias.
9. Para inscribirse en AASAP. Beneficios por ser miembro
10. Enlaces de interés



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

TRABAJADORES DE LA SALUD: ENTRE LA EMERGENCIA SANITARIA Y LAS BRECHAS DE GENERO. COLABORACIÓN DE OIT

Las mujeres del sector sanitario son uno de los grupos más vulnerables frente a la crisis del coronavirus. En Argentina más de 760.000 trabajadoras dan pelea a la pandemia al tiempo que enfrentan mayores riesgos, desigualdades y déficits de protección social, de acuerdo con un nuevo informe de la OIT, ONU Mujeres y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. - (Buenos Aires, OIT Argentina) – Un nuevo estudio elaborado por tres agencias de las Naciones Unidas asegura que la crisis de la COVID-19 intensificó las desigualdades y déficits de trabajo decente que afectan a las mujeres y, en especial, a quienes actúan en la primera línea de la atención sanitaria y social.

“Las trabajadoras de la salud son un pilar estratégico en la respuesta a la crisis de la COVID-19 pero también uno de los sectores más vulnerables”, afirma el informe [COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina](#), realizado por especialistas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) junto a la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En Argentina 1 de cada 10 mujeres ocupadas se desempeña en el sector de la salud, que concentra a más de 760.000 trabajadoras. Se trata de un sector altamente feminizado, conformado en un 70 por ciento por mujeres, con una alta exposición al contagio y considerables costos físicos y emocionales.

“Estas mujeres realizan una tarea esencial para la sociedad en el marco de fuertes desigualdades de género económicas, laborales y profesionales que es necesario revisar con exhaustividad”, señalan Sol East (UNFPA), Tim Laurence (ONU Mujeres) y Elva López Mourelo (OIT Argentina), responsables del informe que, además de brindar un análisis pormenorizado del sector, detalla las medidas implementadas en Argentina y propone recomendaciones y buenas prácticas para llevar adelante una respuesta integral.

En esa línea, la pandemia profundizó asimetrías y brechas de género históricas de este sector, como la informalidad –que alcanza al 20,4 por ciento de las mujeres frente al 14,7 por ciento de los varones– y la brecha salarial. Las trabajadoras no registradas poseen nula o muy baja cobertura en derechos como la protección por accidente o enfermedad profesional, obra social y licencia por enfermedad, entre otros, que ofrecen una protección crucial en el actual contexto de pandemia. Al mismo tiempo, un 48 por ciento de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar, lo cual multiplica su carga de tareas de cuidado.

Los efectos concretos de la crisis que afectan a las mujeres del sector de la salud incluyen déficits en la seguridad y la salud en el trabajo, jornadas más largas y mayor volumen de trabajo, estrés y riesgos psicosociales –lo cual impacta en la calidad de la

atención que brindan—. A su vez, se verifica una mayor carga de cuidados no remunerados, discriminación, falta de protección laboral y hasta la pérdida de empleo e ingresos en algunas ocupaciones que se desempeñan de manera independiente, como la oftalmología, la odontología y otras disciplinas. Por otra parte, el informe observa que las mujeres están más expuestas a sufrir episodios de violencia y acoso en el contexto de pandemia, no solo en los lugares de trabajo sino también en la vía pública y hasta en sus hogares, debido a la estigmatización social frente al temor de sufrir contagios.

“Pese a la importancia del trabajo que realizan, las trabajadoras de la salud no reciben aún la valorización que merecen, ni al interior del sector sanitario ni en la sociedad en su conjunto”, sostiene la publicación, que además afirma: “Resulta fundamental que la valoración positiva que están recibiendo las trabajadoras de la salud ante la crisis se traduzca en condiciones laborales y salariales equitativas, así como en un marco normativo que efectivice el acceso a los derechos laborales”.

Respuestas y políticas públicas

Sin medidas específicas dirigidas a mejorar su situación, las trabajadoras de la salud en Argentina pueden beneficiarse con algunas medidas generales tomadas por el Gobierno en materia económica y de empleo. En esa línea se destacan el refuerzo del sistema sanitario, la compensación económica extraordinaria para quienes trabajan en el sector de la salud y la incorporación de la COVID-19 como enfermedad profesional para las personas que realizan actividades esenciales.

A su vez pueden mencionarse la ley 27.548, sancionada el 21 de mayo, que implementó el Programa de Protección al Personal de la Salud durante la emergencia sanitaria, así como el Plan Nacional de Cuidados de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud. A nivel sectorial, un acuerdo entre la federación que nuclea a las asociaciones trabajadoras de la salud y el Gobierno garantizó el cobro de salarios completos y el transporte gratuito para el sector durante la pandemia. También se realizaron acciones de sensibilización social, como el apoyo del sistema de Naciones Unidas a la acción de sensibilización social #CuidarEsTrabajo de la Campaña por la Socialización de los Cuidados. Para mejorar la situación de las trabajadoras de la salud durante la crisis de la COVID-19, el informe recomienda implementar políticas públicas orientadas a: garantizar la seguridad y salud tanto física como mental; establecer límites máximos de horas de trabajo; recompensar la sobrecarga laboral; invertir en el personal de la salud y proteger a quienes tienen contratos atípicos; promover el acceso a políticas y servicios de cuidado suplementarios e implementar licencias remuneradas por maternidad, licencias parentales o prestaciones monetarias para adultos responsables de tareas de cuidado en el hogar.

“Una de las mayores deficiencias corresponde a las normativas”, destaca el estudio, que llama a “dotar de mayor coherencia al sistema en sus distintos niveles y adecuarlo a las competencias profesionales de las trabajadoras”. Del mismo modo, la publicación sostiene que para construir soluciones sostenibles y reducir las desigualdades de género, además de fortalecer las organizaciones de trabajadoras y fomentar el diálogo social, “es imprescindible transversalizar la perspectiva de género e involucrar a las mujeres en todas las fases de la respuesta a la crisis y en la toma de decisiones”.

EL MAPA DE LA OMS QUE MUESTRA QUE AMÉRICA LATINA SIGUE SIENDO LA REGIÓN QUE PEOR ESTÁ POR EL COVID-19

Los datos del organismo internacional muestran la evolución de los contagios en la última semana.

Brasil y Argentina encabezan las transmisiones en cantidad de casos

8 de septiembre de 2020



El mapa de la Organización Mundial de la Salud que muestra qué países

“Mapa muestra que las Américas están peor en la pandemia de COVID-19”, señala el título de la revista *Newsweek* basado en el informe semanal de la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) que actualiza los datos en cada país relacionados con contagios y muertes producto del brote de **coronavirus Sars-CoV-2**. La evaluación del organismo rector identifica a los **Estados Unidos y a Brasil** como los países que contabilizan **“casi tres cuartos de los casos”** en el continente. En **América Latina**, después de la nación conducida por **Jair Bolsonaro**, es la **Argentina** -seguida por **Colombia** y **Perú**- donde más contagios existen de acuerdo a las estadísticas oficiales.

“Se notificaron más de 1.8 millones de casos nuevos y 37.000 nuevas muertes durante la semana que finalizó el 6 de septiembre, un aumento del 5% en el número de casos y una disminución del 2% en el número de muertes en comparación con la semana anterior, la del 24 al 30 de agosto”, indicó la **OMS** en su reporte.

El mapa muestra claramente que la región más afectada es **América Latina**. En la última semana se sumaron **570.095 infectados** a la lista del subcontinente. Si se suman

los **Estados Unidos** (288.617) y **Canadá** (3.766), **América** agregó 862.478 positivos de **COVID-19** en apenas siete días. Desde el comienzo de la pandemia en esta parte del globo se reportaron más de **14 millones de casos en la región**, lo que equivale al 52% del total mundial, y **484.079 muertes**, el 55% del planeta.

Por su parte, los **Estados Unidos** -la nación con más casos de enfermos y decesos- ha comenzado a bajar nuevamente sus tasas. De acuerdo a los datos del diario *The New York Times*, los números presentados ayer lunes muestran un retroceso del 9% respecto a los últimos 14 días en cuanto contagios. En tanto, las muertes también van en descenso en igual lapso con una caída del 17%.

En tanto, **Brasil** -el segundo país con mayor cantidad de muertos- registró la menor cantidad de muertes diarias por coronavirus desde abril, con 310 decesos en las últimas 24 horas. El total de fallecidos trepó a 126.960 víctimas y parece confirmar que la pandemia empieza a ceder en el país, según datos oficiales. El boletín emitido por el **Ministerio de Salud** también indicó que en la última jornada se confirmaron 10.273 nuevos casos, con lo que el total de contagios en el país llega ahora a 4.147.794.

Ese último balance confirma que la pandemia empieza a remitir en el país sudamericano, **aunque las propias autoridades sanitarias aclararon que los datos de los fines de semana suelen ser menores**, ya que se reduce el personal encargado de recopilar la información. Además, las imágenes de las playas atiborradas no fueron una buena señaly se teme que en unos días se vean las consecuencias de semejante espectáculo.

En el mismo informe evaluativo, la OMS dio algunas advertencias. Entre ellas, una relacionadas con los tratamientos a seguir. **“Sobre la base de la evidencia actual, se hacen dos recomendaciones: una recomendación fuerte para el tratamiento con corticosteroides sistémicos durante 7 a 10 días en pacientes con COVID-19 grave y crítico, y una recomendación condicional de no utilizar el tratamiento con corticosteroides en pacientes con COVID-19 no grave”.**

Los 10 países con más contagios

Desde el inicio de la pandemia la prestigiosa universidad Johns Hopkins de los Estados Unidos fue publicando el minuto a minuto de los focos infecciosos. Al comienzo, apenas era Wuhan, en China -el epicentro del brote- y alguna otra nación asiática. Poco a poco, ese mapa fue extendiéndose hasta ocupar todos los países.

Desde entonces figura en su sitio un ranking que muestra la evolución de la epidemia y los países más golpeados. En la actualidad ellos son **Estados Unidos, Brasil, India, Rusia, Perú,, Colombia, Sudáfrica, México, España y Argentina.**

EL GRAN PASO HACIA DELANTE DE LA TELEMEDICINA.

Tomado de Health Global 4 sept 2020

La COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de **nuevas herramientas** y de **nuevos medios** para poder tratar a los pacientes en todas sus fases, desde la prevención de contagios, el diagnóstico precoz y la trazabilidad hasta el seguimiento y la atención domiciliaria y las posibles transiciones del domicilio al hospital y viceversa. Este hecho ha acelerado una dinámica ya existente en términos de digitalización de la salud y telemedicina, que darán un **salto exponencial en su implantación a gran escala**, ya que la tecnología hace tiempo que está madura y proporciona ventajas notables.

Las herramientas de telemedicina aportan **funcionalidades clave**, entre las que figuran la modelización y el seguimiento del proceso clínico y la posibilidad de ayudar a actuar de la manera más rápida y eficiente posible en cada una de las fases de la enfermedad.

Asimismo, a partir de todos los datos que se recogen es posible proveer de **herramientas de apoyo a la decisión**, más informadas, en tiempo real y que hagan posible una gestión de la salud mucho más basada en los datos y no tanto en la intuición. Además, en un plano preventivo, **a partir de los datos se pueden aplicar técnicas de inteligencia artificial** para enriquecer y extender modelos epidemiológicos que contribuyan a emprender acciones de salud pública.

En un plano preventivo, a partir de los datos se pueden aplicar técnicas de inteligencia artificial para enriquecer y extender modelos epidemiológicos

En paralelo, las herramientas de telemedicina pueden contribuir a la promoción de acciones de **trazabilidad de los contagios**, ayudar a dar **recomendaciones de buenas prácticas de prevención** y facilitar la **recopilación de síntomas**, y abren la posibilidad de **enriquecer herramientas de cribado** basadas en datos, tanto en urgencias como en las unidades de curas intensivas. En este sentido, el seguimiento de las constantes de salud del paciente, a partir de diferentes variables fisiológicas, como las medidas de temperatura y de oxígeno en sangre, en combinación con videoconferencias y los servicios de mensajería, haría posible evitar que los casos que no fueran graves acudieran al hospital.



Felip Miralles, director de eHealth del centro tecnológico Eurecat

Con el paciente ya diagnosticado, se pueden llevar a cabo acciones de **monitoreo remoto** para poder seguir la enfermedad vía cuestionarios y la toma de variables mediante dispositivos médicos sencillos. También se pueden implantar herramientas de colaboración y de comunicación que hagan posible establecer videoconferencias, intercambiar mensajes y coordinar acciones entre los diferentes profesionales de la salud y el paciente. Desde el centro tecnológico **Eurecat**, trabajamos desde hace tiempo en diferentes **soluciones de vanguardia en el ámbito de la telemedicina**, cada una de ellas adaptada al servicio asistencial al que se dirige. Es el caso, por ejemplo, de la plataforma de telemonitoreo **ekenku**, que el Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi ha implementado durante la fase de confinamiento en su **programa de hogares con apoyo de salud mental**. Esta solución tecnológica ha permitido al equipo de psicólogos y

educadores sociales un control más específico de los usuarios, en cuanto a atención sanitaria y social.

La plataforma de telemonitoreo ekenku ha permitido al equipo de psicólogos y educadores sociales del Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi un control más específico de los usuarios

El sistema de cuestionarios y videoconferencias que ofrece ekenku, gracias a su diseño modular, se puede aplicar de manera rápida a cualquier contexto en que la persona atendida necesite mantener una **conversación privada con el centro sanitario por un canal seguro**, tanto en una situación de hospitalización domiciliaria como en el caso de pacientes crónicos que requieran atención continuada.

En este sentido, **Eurecat participa en diferentes consorcios** que desarrollan herramientas de telemedicina, como el proyecto **Paprika**, que tiene como objetivo mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los **pacientes que se han de someter a una cirugía**. Lo hace mediante un programa de entrenamiento personalizado y adaptado que permite, con el apoyo tecnológico, una mejor preparación de la intervención, reducir las complicaciones postoperatorias y ayudar a mejorar la recuperación posterior, además de contribuir a disminuir el tiempo de hospitalización y los costes asociados a estas intervenciones.

El proyecto Paprika tiene como objetivo mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes que se han de someter a una cirugía

A nivel europeo, también hemos participado en el desarrollo de **CONNECARE**, una solución que se basa en la **medicina de las 4 P (Participativa, Personalizada, Predictiva y Preventiva)**, orientada a la promoción de la gestión integrada y predictiva de la salud en el domicilio del paciente.

También participamos en el proyecto **Live Incite**, que ofrece una solución digital con el objetivo de ayudar al paciente a dejar de fumar y a cesar la ingesta de alcohol para afrontar cirugías planificadas de rodilla y cadera. De esta manera, también **se ayuda a los pacientes a mejorar sus hábitos de salud durante, antes y después de la intervención quirúrgica**.

Para profundizar en la temática, el congreso **XPatient Barcelona Congress** de este año, que celebrará su quinta edición el **29 y 30 de septiembre** en **formato virtual**, abordará nuevas soluciones tecnológicas y casos de éxito que inciden en la mejora de la experiencia del paciente y pondrá en valor los aprendizajes de enfermos y profesionales durante la crisis sanitaria de la COVID-19.

ULTIMAS MEDIDAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA FRENAR EL AVANCE DE LA COVID-19 – 7 septiembre 2020

La Comunidad de Madrid ha elaborado una nueva orden de Salud Pública que incluye **cambios normativos** con el objetivo de frenar el aumento de los contagios de **coronavirus Covid-19**. Estas nuevas medidas, anunciadas este viernes por el consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, se enmarcan en cuatro líneas estratégicas y entrarán **en vigor el próximo lunes 7 de septiembre**.



En concreto, estos cambios normativos, que **se revisarán cada 15 días**, incluyen **reuniones de un máximo de 10 personas** en espacios públicos y privados, la ampliación de la capacidad del número de **rastreadores** de la Comunidad de Madrid, el refuerzo de la Atención Primaria a través de un nuevo plan que se presentará en los próximos días y la activación de más **hoteles** en función de las necesidades asistenciales para el aislamiento de caso

El aforo en **cementerios y tanatorios, lugares de culto y bodas y comuniones** se reduce del 75 al 60 por ciento. En velatorios al aire libre y entierros y crematorios, el máximo de personas será de 50, mientras que los velatorios en espacios cerrados se reducen a 25 personas. En **hostelería**, la distancia de seguridad será de 1,5 metros desde las sillas (antes era entre las mesas). Además, el consumo en barra se reduce al 50 por ciento de la ocupación. También hay nuevas restricciones en museos, reduciendo los grupos de 25 a 10 personas.

Rastreadores y Atención Primaria

Tal y como ha manifestado Ruiz Escudero, “la comunidad tiene **capacidad de más de 1.000 rastreadores**, aunque hoy hay alrededor de 600 realizando estas labores”. A esta cifra, “se suma los 150 del Ejército, a quienes debemos formar y suministrar equipos informáticos” y que el consejero prevé que **se incorporen el próximo 15 de septiembre**. En tercer lugar, Ruiz Escudero ha anunciado **un nuevo plan para Atención Primaria**, “que sigue siendo el pilar fundamental de nuestro sistema sanitario y tiene un papel relevante junto con el trabajo de salud pública”.

Hospitales medicalizados

Por último, la cuarta línea estratégica se centra en la **posibilidad de habilitar espacios** públicos y privados, como hoteles, para realizar el **aislamiento de personas que necesiten seguimiento médico**. La activación de nuevos espacios “se hará en función de las necesidades asistenciales para aislamiento”, ha concretado Ruiz Escudero.

En este punto, el consejero también ha anunciado una **inversión de 3,5 millones en una nueva campaña de publicidad**, que se extenderá hasta Navidad, para concienciar a los ciudadanos frente a la pandemia del coronavirus.

Test rápidos y de gripe

Por otro lado, la Comunidad de Madrid va a comprar **2 millones de prueba rápidos de antígenos**, entre cuyas principales ventajas está el poder realizarse donde se encuentra el paciente y obteniendo el resultado en 10 o 15 minutos, tal y como ha especificado Antonio Zapatero, viceconsejero de Salud Pública y Plan COVID-19.

EL MODELO DE SALUD ARGENTINO: HISTORIA, CARACTERÍSTICAS,

FALLAS . Por : Dr. Federico Tobar - Tomado de Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS), su autor, el Dr. Federico Tobar, nos presenta un excelente análisis del modelo de salud argentino. El Dr. Tobar es sociólogo, egresado de la UBA. Doctor en Ciencias Políticas, de la Universidad del Salvador. Magíster en Administración Pública en la Fundação Getulio Vargas de Rio de Janeiro. Especializado en Economía de la Salud en la Fundação Oswaldo Cruz de Rio de Janeiro.



Se han identificado en la Argentina cuatro modelos de Estado en relación a las políticas de Salud (Tobar, 2012). En el primero (liberal), la salud es totalmente subsidiaria y el rol del Estado se limita a garantizar que ésta, así como las demás problemáticas sociales, no afecte el ritmo “natural” del mercado. El financiamiento de las pocas acciones existentes no es público sino privado por la vía de las donaciones, y la salud no constituye un derecho de la población.

En la década del cuarenta, las principales transformaciones en la estructura social del país consolidaron las bases sociales de un nuevo Estado (de compromiso). Éste incorporó la premisa de la “modernización” pero más en la acción que en el discurso (puesto que no se asume como “progresista” sino como “revolucionario”). La esfera pública crece exponencialmente, y dentro de ella la salud en su carácter de “cosa pública”. Este crecimiento es enteramente mediatizado por un Estado centralista y con un Poder Ejecutivo hiperdesarrollado. Los derechos sociales, y en particular los de salud, se expanden pero el acceso no se plantea de manera universal sino de forma regulada por el Estado. La coexistencia de acciones públicas con el desarrollo del sistema de [seguro de salud \(obras sociales\)](#) incorpora una gran fragmentación del sistema. La modalidad financiera apropiada para las acciones de salud de este tipo son los recursos fiscales, por un lado, y las contribuciones sobre el salario, por el otro.

El desarrollismo provoca un giro en el rol del Estado por el cual el compromiso con el proceso de acumulación es anterior al compromiso con los derechos sociales. La premisa de la modernización se consolida para ser reeditada por todos los gobierno posteriores. No obstante, se incorpora como novedad la tendencia centrífuga de las acciones estatales. El sistema de

Salud comienza a ser descentralizado con la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias en 1957. Al año siguiente, los mismos son devueltos a la Nación por causa de la baja capacidad técnica y financiera de las provincias. El modelo neoliberal es incorporado en la formulación de políticas públicas bajo el régimen autoritario. El mismo incorpora el espíritu de la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios (aún como medida contencionista) e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, permitiendo la salida del mismo de los sectores de mayores recursos mediante su incorporación a los seguros privados, que se convierten en una pujante área de valorización del capital.

Los gobiernos nacionales y locales que se sucedieron en los períodos de transición y consolidación de la democracia, no consiguieron encontrar aún fórmulas superadoras de las recetas básicas centradas en la contención del gasto, en la fragmentación de los derechos, en la privatización de los servicios y en la desvinculación de la esfera central de cualquier compromiso de gestión que pudiera involucrar conflictos. Se consolidan así las tendencias hacia la descentralización y la desmercantilización mínima de los servicios, incorporando la tercerización y la compra y venta de servicios desde la esfera pública. La descentralización permanece como resultado de la confluencia de esta premisa en dos grandes discursos ideológicos, el neoliberal y el de la reforma progresista que se despliega en los sistemas de Salud bajo la consigna de incorporar un modelo de **Welfare State**.

No obstante, la democratización incorpora en la reformulación de los servicios la premisa de promover la participación social en el ámbito de la Salud. Esta participación está dando sus primeros pasos y las pocas experiencias desarrolladas con éxito dificultan la identificación de estrategias apropiadas para todos los contextos. En la formulación de las políticas de Salud, la participación difícilmente supera el carácter declarativo. Sin embargo, los analistas internacionales coinciden en que es por ese camino que se debe avanzar para encontrar el antídoto contra los principales problemas que aquejan a nuestros sistemas de Salud. Estos sumarios antecedentes permiten explicar la transformación profunda que se da en el campo de las políticas y servicios de Salud. Desde la situación inicial caracterizada por un poder político del Estado que considera primero la protección sanitaria y el control de enfermedades transmisibles, considerando competencia de la atención médica a la población sin recursos económicos una función social de caridad. En esta época las políticas de salud están fuertemente vinculadas a un arte y una ciencia, que es patrimonio de los médicos, y que por otro lado no tiene mayor trascendencia en el campo político. La salud o mejor dicho la enfermedad como concepto general en esa época, es totalmente compartido, indiscutido y de responsabilidad médica.

Cuando la evolución social da lugar a una creciente demanda de servicios médicos y de salud colectiva, a la que se suma la exigencia de control por la autoridad de Salud sobre otros campos que se relacionan con la producción, el trabajo y la satisfacción social, surge la mayor importancia de las políticas de salud. En la actualidad, el campo de la Salud no es solamente de competencia médica sino que se amplía al quehacer de otras disciplinas y a la sociedad plena. Además adquiere importancia en la industrialización y exportación de bienes (medicamentos, alimentos y equipo médico) ampliando su clásico cometido de atender el cuidado de la salud y la reparación de la enfermedad en la población. En el presente, mantener y mejorar la salud es una inversión indiscutible.

Es un error interpretar la política de salud dentro del campo restringido de la satisfacción de necesidades de atención médica, aunque éste área sea el que consume más del noventa por ciento del gasto social de los servicios de Salud. Paradójicamente, este gasto tiene una contrapartida no identificada que es el valor agregado que permiten y promueven las acciones de control de calidad de medicamentos y alimentos en los que participa el sector Salud, y especialmente los ministerios de Salud. La tendencia es a que el sector Salud siga aumentando su participación en el producto bruto interno y en la capacidad de empleo comparativamente con otros sectores.

La crisis económica, el pago de la deuda externa y las políticas de ajuste, repercuten desde hace unos años fuertemente en el campo de la Salud, y especialmente en los servicios de atención médica, que paulatinamente quedan rezagados del avance tecnológico. La deuda económica se paga en gran proporción incrementando la deuda social. La tradición de privilegiar la atención médica, ampliamente justificada por su carácter de necesidad sentida y expresada por la comunidad, genera un conflicto durante la aplicación de estas políticas de ajuste por el aumento de la brecha en la satisfacción de necesidades expresadas por la población, la insuficiencia de los servicios públicos y el crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados. Por otro lado, se debilita la función de la fiscalización que es una competencia indelegable del Estado, para el control de la calidad de los servicios médicos, la producción de medicamentos y los riesgos en el campo de la industria de la alimentación y de productos agrícolas por consumo de bienes y servicios.

Todas estas actividades directa o indirectamente constituyen una forma de retorno económico en la contribución del sector Salud al desarrollo. La modernización del Estado y los estilos económicos y sociales contemporáneos, repercuten especialmente en el campo de la Salud. Lamentablemente las propuestas políticas de soluciones en el sector Salud continúan siendo tradicionales, de inspiración básicamente médica, matizadas en parte por la incorporación de conceptos multidisciplinarios en la salud. No obstante, la interpretación del fenómeno político en el campo de la Salud y el tipo de respuestas continúa siendo de corte profesionalmente sectario y fuertemente teñidos por la ideología médica.

En conclusión, la historia de la organización de los servicios de Salud en la Argentina puede ser contada como una dinámica de avances y retrocesos hacia un sistema integrado. La complejidad y la fragmentación constituyen los rasgos más marcados del sistema de Salud argentino, entendiéndolo por esta última no a la multiplicidad de actores sino a la disolución de la responsabilidad por los cuidados de salud de la población, para construir su derecho a la salud.

Podríamos identificar tres grandes hitos en la búsqueda de la integración del sistema de Salud argentino. El primero de ellos consistió en un proyecto de un servicio nacional de Salud centralizado que compartía parte de su capacidad instalada y sus recursos humanos con un sistema extendido de múltiples seguros sociales. En este caso “los puentes” entre subsectores se darían principalmente desde la provisión. Aunque su mayor impulsor, nuestro primer ministro de Salud, también vislumbraba un posible resarcimiento a los servicios públicos por las prestaciones que estos brindarían a beneficiarios de los seguros sociales e incluso del sector privado. Un segundo proyecto integrador adquirió fuerza veinte años más tarde buscando la integración, también con eje en el modelo de atención, pero esta vez en forma descentralizada y con comando provincial. El tercer gran proyecto para integrar al sistema proponía unificar la financiación de manera de universalizar un esquema de múltiples seguros que brinden las mismas protecciones.

Es posible identificar virtudes y limitaciones en cada una de estas tres figuras estratégicas aunque, lo más probable, es que cualquiera de las tres hubiera permitido avanzar hacia una función más adecuada para producir salud en la Argentina. Tanto en términos de eficiencia como de equidad y calidad. Pero las dificultades para su implementación no han sido la inconsistencia sanitaria de las propuestas sino su inviabilidad política. Esta inviabilidad política se expresó de diversas formas, desde conflictos y enfrentamientos discursivos, presiones para la destitución de autoridades sanitarias, hasta movilizaciones y huelgas. El resultado de estas tensiones no benefició a ninguna parte. En la historia de la organización de los servicios de Salud en la Argentina no hay vencedores, pero si hay vencidos.

Los vencidos son, en primer lugar, los ciudadanos, porque los resultados de salud son hoy inferiores a los conquistados por otros países que avanzaron hacia la integración de sus sistemas de Salud. En segundo lugar, tanto los servicios públicos, que operan en condiciones inferiores a las que habían conquistado hace cincuenta años, como también las obras sociales, que enfrentan costos crecientes con restricciones en su financiación y con una fuga creciente de beneficiarios hacia el sector prepago. Pero también perdieron [las prepagas](#) si se considera que las condiciones para el ejercicio de esa actividad en el país son bastante precarias.

Probablemente las condiciones han cambiado porque hoy, como se lamentaba Jorge Luis Borges "...No nos une el amor sino el espanto...". Los más lúcidos protagonistas de los tres subsectores (público, obras sociales y prepagas) reconocen que hace falta quebrar esta hegemonía de la salud como mercancía. La conquista de un efectivo [derecho a la salud](#) en la Argentina dependerá de la sensibilidad de los tomadores de decisión para pensar en el conjunto de los argentinos. O, mejor aún, dependerá de la capacidad que el conjunto de los argentinos tenga para darse cuenta de la necesidad de construir respuestas articuladas e integradas. La enfermedad del sistema de Salud es política y su cura también lo es.

Bibliografía

AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto; PALMEYRO, Alejandro (1999). **Medicina Prepaga. Historia y futuro**. Buenos Aires: Ediciones Isalud. ALZUGARAY, R. A. (1988). **Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional 2**. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. ARCE, H. (2012). **El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va**. Buenos Aires: Prometeo. ARMUS, D. - BELMARTINO, S. (2001). **Enfermedades, médicos y cultura higiénica**. En CATARUZZA, Alejandro (Dir.), **Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)** (Col. Nueva Historia Argentina). Buenos Aires: Sudamericana. BELMARTINO, S. (2005). **La atención médica argentina en el siglo XX, instituciones y procesos**. Buenos Aires: Siglo XXI. GARCIA DIAZ, Carlos (1983). **El Hospital Público y la Seguridad Social**. En Medicina y Sociedad, Vol. 6, N° 6. JANKILEVICH, Angel (1999). **Hospital y Comunidad, de la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la república corporativa**. Buenos Aires: Edición del autor. PERGOLA, Federico (2004). **Historia de la Salud Social en la Argentina**. Buenos Aires: Superintendencia de Servicios de Salud. SANCHEZ DE LEON, Adolfo (2011). **Más salud más derechos: el desafío de la Argentina que viene**. La Plata: El autor. TOBAR, Federico; OLAVIAGA, Sofía; SOLANO, Romina (2012). **Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino**. CIPPEC. Documentos de Políticas Públicas, N° 108, p. 1. TOBAR, F. (2012). **Breve historia del sistema argentino de salud**. En Garay, Oscar, **Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal**. 2ª edición corregida y aumentada. Buenos Aires: La Ley.

NOTICIAS DE INTERES

La OMS pide que se siga invirtiendo en salud pública para luchar contra el Covid-19. El director general de la OMS indicó que durante los últimos años muchos países han hecho enormes avances en medicina, pero otros han descuidado sus sistemas básicos de salud pública, “que son clave para responder a los brotes de enfermedades infecciosas”, explicaron desde su página web. <https://www.telam.com.ar/notas/202009/511428-la-oms-pide-que-se-siga-invirtiendolo-en-salud-publica-para-luchar-contra-el-coronavirus.html>

Coronavirus: la OMS advirtió que “esta no será la última pandemia” y que hay que prepararse mejor para la próxima. El director general del organismo, Tedros Adhanom Gebreyesus, también alentó a la mayor inversión en la salud pública. https://www.clarin.com/internacional/coronavirus-oms-advirtio-ultima-pandemia-prepararse-mejor-proxima_0_v9eXcfv3n.html

Para la ONU, de no actuar de inmediato se corre el riesgo de retroceder en la igualdad de género. “La protección de los derechos de las mujeres y las niñas durante este tiempo es una prioridad para las Naciones Unidas”, destacó Guterres. <http://www.nuevodiarioweb.com.ar/noticias/2020/08/31/262730-para-la-onu-de-no-actuar-de-inmediato-se-corre-el-riesgo-de-retroceder-en-la-igualdad-de-genero>

La ONU advirtió que la pandemia de Covid-19 tiene un impacto “desproporcionado” en las mujeres. El secretario general de la organización, Antonio Guterres, pidió a los gobiernos del mundo no “socavar” los derechos reproductivos de las mujeres y los urgió a “entender que el patriarcado es el principal obstáculo” para el desarrollo inclusivo y sostenible de las sociedades. <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/09/01/la-onu-advirtio-que-la-pandemia-de-covid-19-tiene-un-impacto-desproporcionado-en-las-mujeres/>

La ONU destacó la labor del Gobierno argentino para garantizar los derechos de los niños. El Comité de Derechos del Niño de LAS Naciones Unidas destacó la labor del Estado argentino frente al caso de una mujer migrante cuya situación fue regularizada para garantizar los derechos de sus hijos. <https://www.telam.com.ar/notas/202009/509340-la-onu-destaco-la-labor-del-gobierno-argentino-para-garantizar-los-derechos-de-los-ninos.html>

Coronavirus: cuáles son las "tres C" que la OMS pide evitar. El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, insistió a la población en la importancia que tiene evitar las denominadas "tres C": espacios cerrados, lugares concurridos y contactos cercanos. <https://www.lanacion.com.ar/salud/coronavirus-cuales-son-tres-c-oms-pide-nid2437644>

ONU: la pandemia de coronavirus amplía brecha de pobreza entre géneros (las mujeres, más afectadas). A nivel global, más mujeres que hombres caerán en la pobreza debido a las consecuencias económicas y las pérdidas de empleo provocadas por el coronavirus. Cerca de un 70% de las trabajadoras domésticas perdieron su empleo durante la

pandemia. <https://www.ambito.com/informacion-general/mujeres/onu-la-pandemia-coronavirus-amplia-brecha-pobreza-generos-las-mas-afectadas-n5129816>

Bajo pandemia hay 760.000 mujeres que trabajan en salud con alto riesgo y condiciones desfavorables. Empleo no registrado, desigualdad salarial, sobre carga de labores y multiplicidad de riesgos detalló el relevamiento. <https://www.baenegocios.com/politica/Bajo-pandemia-hay-760.000-mujeres-que-trabajan-en-salud-con-alto-riesgo-y-condiciones-desfavorables-20200902-0089.html>

Coronavirus: empieza la investigación sobre la gestión global de la pandemia y la OMS abrirá sus archivos. La investigación sobre la gestión global de la pandemia de coronavirus, una de las peores crisis sanitarias que ha conocido el planeta, comenzó hoy, con la promesa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que dará pleno acceso a sus archivos. <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/comienza-investigacion-oms-gestion-global-pandemia-nid2439695>

Más de un millón de mujeres podría discontinuar el uso de anticonceptivos. Según un estudio, Argentina es más vulnerable que otros países porque el 81% de las usuarias utiliza este tipo de métodos, mientras que el promedio regional es 57%. <https://www.eldiariodelarepublica.com/nota/2020-9-4-18-0-0-mas-de-un-millon-de-mujeres-podrian-discontinuar-el-uso-de-anticonceptivos-por-la-pandemia>

Según UNICEF, a fin de año el 62,9% de los chicos vivirá en situación de pobreza. UNICEF y Cáritas Argentina se aliaron para garantizar el derecho a la alimentación y prevenir el contagio de COVID-19 en familias vulnerables. https://www.clarin.com/sociedad/unicef--fin-ano-62-9-chicos-vivira-situacion-pobreza_0_oCXB525u7.html

-

SUGERENCIAS DE CURSOS, SEMINARIOS, CONGRESOS Y CONFERENCIAS

CONVERSATORIOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

LOS EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA PANDEMIA Y LAS ESTRATEGIAS PARA ENFRENTARLOS. Presentación de los equipos de Salud Mental de Hospitales y Centros de Salud.

EXPONEN:

CRISTINA ESTEBAN (HIGA EVITA); PAULA NIOSI; MILAGROS DETTBARN; PAULA QUEVEDO (HTAL. ROSSI); SARA PITMAN; TERESA CHILO Y MARIA EVA CUENCA (DIR. SALUD MENTAL L. DE ZAMORA).



CECILIA ROS

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA- DIRIGE LA MAESTRÍA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE LA UNIVERSIDAD DE LANÚS, TRABAJANDO ESPECÍFICAMENTE EN SALUD Y TRABAJO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS EFECTOS PSICOSOCIALES DEL TRABAJO.

COORDINA: MARISOL FERNANDEZ, JEFA DE RESIDENTES DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL DR. A. KORN

MIÉRCOLES 9 DE SEPTIEMBRE DE 17 A 19 HS.



ID de reunión: 880 7583 8253
Código de acceso: 796909



ORGANIZAN: ALAMES ARGENTINA Y LA AGRUPACIÓN 10 DE JUNIO DE CICOP

Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde anuncia nova data e formato

26 de agosto de 2020 Comunicação Abrasco



4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE
O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

Nova Data
23 a 26 de março
2021

Congresso Virtual
Submissão de resumos até 30/9/2020

Acesse o site e inscreva-se: www.ppgs.com.br

ABRASCO

Diante da necessidade de proteger a saúde de todas e de todos os participantes e envolvidos na realização do **4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde**, em março último, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) decidiu adiar o evento. Agora, com a nova data confirmada, anunciamos que o **Congresso acontecerá no formato virtual, entre os dias 23 e 26 de março de 2021. O prazo para submissão de resumos foi prorrogado até 30 de setembro de 2020**, e a inscrição de quem já realizou o pagamento está garantida. No entanto, quem não puder comparecer na nova data poderá solicitar a devolução integral do valor pago.

Inscreva-se no 4ª Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão de Saúde: <https://ppgs.com.br/index.php>

Estamos diante de grandes desafios científicos, políticos, sociais e econômicos que surgiram com a pandemia de COVID-19 ou que foram por ela agravados. Da mesma forma, os demais desafios sanitários enfrentados pelo Brasil continuam a demandar nossos esforços para seu enfrentamento. Por isso, a realização do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde tornou-se ainda mais pertinente. Registrem a nova data em sua agenda e se programem para participar do principal encontro de quem constrói cotidianamente o Sistema Único de Saúde. Esperamos acolher todas e todos, mesmo virtualmente, fazendo deste congresso um marco diante deste contexto tão desafiador.

Em nome dos muitos colegas que compõem a Comissão Científica e a Comissão Organizadora, que somam aos esforços necessários ao enfrentamento à atual pandemia, nos solidarizamos com familiares e amigos daqueles que perderam suas vidas por causa da COVID-19 e pela forma negligenciada com que a epidemia foi e vem sendo tratada por muitas autoridades do país. Reiteramos nosso respeito à dignidade e aos direitos humanos e manifestamos nosso apoio aos gestores do SUS e aos profissionais de saúde. Cordialmente, Comissão Organizadora. 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde

PAINEL

Equidade em Saúde Global no contexto da pandemia

Conferencista



Sir Michael Marmot
Diretor do Institute of Health Equity
Membro do Sustainable Health Equity Movement

Debatedoras



Gulnar Azevedo
Presidente - Abrasco



Helena Nader
Vice-Presidente - ABC

Coordenador



Paulo Buss
Coord. CRIS/Fiocruz



10 de setembro - 16h - TV Abrasco

ÁGORA ABRASCO



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 [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 ; 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.