

INDICE

1. Datos globales, regionales, nacionales y provinciales de Covid-19.
2. Abordar las desigualdades raciales en una pandemia: Limitaciones de datos y un llamado al análisis crítico.
3. La bioseguridad de las vacunas anti covid-19
4. Covid-19: Razones por las que es poco probable que podamos vacunarnos antes del 2021.
5. Síntomas del Covid 19 prolongado.
6. Noticias de interés en salud pública.
7. Perros entrenados para identificar humanos infectados con el nuevo coronavirus.
8. Sugerencia de cursos, seminarios, congresos y conferencias. El próximo Congreso de ALASAG.
9. Para inscribirse en AASAP. Enlaces de interés. Beneficios por ser miembro



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 Máster 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.gob.ar donde encontrará información actualizada sobre Covid-19

ABORDAR LAS DESIGUALDADES RACIALES EN UNA PANDEMIA: LIMITACIONES DE DATOS Y UN LLAMADO AL ANÁLISIS CRÍTICOS

The Lancet – Global Health. Sept, 15 2020

Flávia B Pilecco, Luciana Leite, Emanuelle F Góes, Luisa Maria Diele-Viegas, Estela M L Aquino

La desigualdad racial ha cobrado importancia con el surgimiento de las protestas Black Lives Matter. Aunque las protestas fueron provocadas por la brutalidad policial, también alimentaron la discusión sobre la injusticia racial durante la pandemia de COVID-19. El artículo de Pedro Baqui y sus colegas (julio de 2020) fue el primer estudio a nivel nacional que mostró que las tasas de mortalidad por COVID-19 varían según la raza en Brasil. Aquí, elaboramos los puntos que influyen en cómo se debe interpretar y comprender este hallazgo.

Las asociaciones científicas y los medios de comunicación han discutido los impactos desproporcionados en la salud del COVID-19 en las comunidades de color desde los primeros días de la pandemia^{3, 4, 5}. Sin embargo, se han publicado pocos estudios en Brasil. Una búsqueda en LitCovid (un centro de literatura sobre COVID-19 conectado a PubMed) produjo solo tres artículos sobre la desigualdad racial y COVID-19 en Brasil (nuestra búsqueda, realizada el 12 de julio, incluyó los términos [raza / etnia O etnia O "poblaciones minoritarias" O "gente negra" O indígena] Y Brasil. A continuación, repetimos la misma búsqueda sin incluir Brasil, que arrojó 302 resultados). Hasta el 12 de julio, a nivel mundial, menos del 0,01% de los 30 599 artículos científicos sobre COVID-19 hacían referencia a la desigualdad racial. Postulamos que una de las razones de esta escasa literatura es la escasez de datos recopilados y compartidos por las agencias de salud pública. Con pocos estudios publicados, los investigadores pueden mostrarse reacios a publicar análisis de datos incompletos; El problema puede

percibirse como poco importante, por lo que la recopilación de estos datos no se prioriza, lo que da como resultado un ciclo de retroalimentación negativa.

El estudio de Baqui et al excluyó al 38,7% de los pacientes con SARS-CoV-2 debido a la falta de datos, aunque la recopilación de dichos datos en Brasil es obligatoria por ley, lo que indica que un requisito legal se ignora habitualmente. Además, los datos que se recopilan parecen estar infravalorados. Los gobiernos municipales y estatales rara vez informan estadísticas por raza o color, y el panel epidemiológico del Ministerio de Salud no proporciona información sobre raza o color. El uso de la terminología correcta es esencial para comprender las desigualdades raciales en salud. La discusión sobre la raza en Brasil se operacionaliza a través de marcadores de color de piel. Baqui y sus colegas se refieren a la raza y el color de la piel, en lo sucesivo denominada raza, como "etnia". Estos términos tienen diferentes significados en Brasil.

La raza es un determinante importante de las relaciones sociales y el acceso a la atención médica, que no es necesariamente congruente con la etnia. A diferencia de otros países donde la raza se define como ascendencia, en Brasil prevalece una clasificación fenotípica y cuanto más oscura es la piel, mayor es la incidencia del racismo y peores son los indicadores de salud. El color de la piel es, por tanto, la variable utilizada para el análisis del racismo estructural y para el diseño e implementación de políticas de salud que aborden el tema. Las malas traducciones y la mala aplicación de estos términos pueden obstaculizar el desarrollo de soluciones a las desigualdades raciales. Los estudios muestran cómo la comunidad negra enfrenta barreras para acceder a los servicios de salud y lograr mejores condiciones de vida, que en última instancia resultan en peores resultados de salud.^{7, 8}

Por último, para que un análisis de la desigualdad racial genere cambios, debe ir acompañado de una crítica más profunda del racismo estructural y recomendaciones para abordar el problema.⁹ La desigualdad racial en los resultados de salud es una consecuencia del racismo estructural que, en una pandemia, resulta desproporcionadamente en enfermedades y muertes en personas negras. Las políticas que perpetúan estas desigualdades han sido descritas como necropolíticas: el uso del poder social y político para dictar quién debe vivir y quién debe morir.¹⁰ La pandemia de COVID-19 agrega una carga más que deben soportar las comunidades negras, junto con el genocidio de los negros, juventud, encarcelamiento, pobreza y otras formas de opresión sistémica. Además de estas cargas, uno también debe preguntarse: ¿Cuáles podrían ser las consecuencias para la salud mental individual y la organización comunitaria de saber que tiene un mayor riesgo de morir por COVID-19 debido al color de su piel?

La falta de datos no solo dificulta el análisis de la desigualdad racial durante la pandemia, sino que también dificulta el desarrollo de soluciones. Proponemos que las autoridades federales, estatales y municipales: (1) garanticen que se recopilen datos sobre la raza, (2) pongan los datos a disposición de los científicos y el público en general, (3) desarrollen políticas basadas en datos para abordar las desigualdades raciales, según lo previsto en la política nacional integral de salud para la población negra, y (4) implementar estas políticas con urgencia, asegurando que las comunidades vulnerables tengan acceso a agua potable, saneamiento y máscaras, y ampliando el acceso a fondos de emergencia para permitir el aislamiento social.

Referencias

1. Laurencin CT McClinton A- *La pandemia de COVID-19: un llamado a la acción para identificar y abordar las disparidades raciales y étnicas*. *J Disparidades raciales en salud por etnias*. 2020; 7: 398-402- Ver en el artículo- Scopus (44)/PubMed Crossref- Google Académico
2. Baqui P Bica I Marra V Ercole A van der Schaar M- *Variaciones étnicas y regionales en la mortalidad hospitalaria por COVID-19 en Brasil: un estudio observacional transversal*.- *Lancet Glob Health*. 2020; 8: e1018-e1026-Ver en el artículo-Scopus (7)- PubMed/Resumen-Texto- completo-PDF de texto completo-Google Académico
3. Garcia R. *Em um mês e meio, número de infectados por COVID-19 dobra no país; adesão à quarentena cai*. *J. O Globo*.<https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/em-um-mes-meio-numero-de-infectados-por-covid-19-dobra-no-pais-adesao-quarentena-cai-24512139>- Fecha: 2 de junio de 2020
4. Borjas GJ-*Determinantes demográficos de la incidencia de las pruebas y las infecciones por COVID-19 en los vecindarios de la ciudad de Nueva York*.-*SSRN Electron J*. 2020; (publicado en línea en abril).- <https://doi.org/10.2139/ssrn.3572329>
5. Aldridge RW Lewer D Katikireddi SV et al. *Los grupos étnicos negros, asiáticos y minoritarios en Inglaterra tienen un mayor riesgo de muerte por COVID-19: estandarización indirecta de los datos de mortalidad del NHS*. *Bienvenidos Open Res*. 2020; 5:88
6. Ministério da Saúde-Ordenanza 344, de 1 de febrero de 2017.- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html-Fecha: 2017
7. IBGE-*Desigualdades sociales por color o raza en Brasil*. Rio de Janeiro.- https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf-Fecha: 2019
8. IBGE- *Síntesis de indicadores sociales: un análisis de las condiciones de vida de la población brasileña: 2019*.-IBGE, *Coordenação de População e Indicadores Sociais*, Rio de Janeiro, Brasil 2019-<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>- Fecha de acceso: 12 de julio de 2020
9. Iacobucci G. *COVID-19: la revisión de las disparidades étnicas está etiquetada como "encubrimiento" por falta de recomendaciones* *BMJ*. 2020; 369:m2208- Ver en el artículo- Scopus (2)- PubMed/ Crossref/ Google Académico
10. Mbembe A .*Necropolítica*.-en: Morton S Bygrave S Foucault en una era de terror. *Palgrave Macmillan*, Londres, Reino Unido 2008: 152-182

LA BIOSEGURIDAD DE LAS VACUNAS ANTI-COVID 19

Contribución para el Boletín AASAP de la Dra. Isabel Kantor

En la *Decisión Administrativa 1721/2020*, publicada el 18 de septiembre¹, el Gobierno nacional dispuso las pautas para la adquisición de las vacunas contra el coronavirus y los principios a



tener en cuenta para las compras directas de vacuna destinada a generar inmunidad en la población. Existen actualmente varias vacunas candidatas en fase preclínica o clínica, con diferentes plataformas, que tendrán un altísimo nivel de demanda global en un entorno de suministro limitado, lo que requiere tomar medidas para asegurarse el acceso oportuno. La decisión gubernamental sostiene que "para la selección del proveedor o de los proveedores se deberá priorizar la seguridad sanitaria, la inmediatez en la provisión y los criterios de eficiencia y eficacia en los tiempos de los distintos desarrollos que se encuentran en marcha"¹.

¿Qué tipos de vacunas se hallan en etapas avanzadas de desarrollo, en septiembre 2020?²

De vector viral: Adenovirus que expresa la proteína S viral. Las 4 más conocidas son Cansino, Astra Seneca, Gamaleya y Janssen (en fases II/III).

De ADN que codifica la proteína S. Hay 4 vacunas en fase I/II.

De ARN: mRNA encapsulado en sistema de nanopartículas lipídicas, que codifica la proteína S: 6 vacunas, de las que Moderna se halla en etapa III y Pfizer en etapa II/III.

De virus inactivado: dos vacunas, Sinopharm (Wuham) y Sinovac Biotech, en etapa III, y dos (Beijing Sinopharm y Chinese Academy of Science) en etapa I/II.

Compuestas por proteínas, que incluyen proteínas recombinantes, partículas semejantes a virus, o a base de péptidos. Hay 9 proyectos, de los que dos (Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical y Novavax) se hallan en fase II.

La vacuna Oxford-AstraZeneca³

El 12/9 los voceros de la Universidad de Oxford declararon que la pausa aplicada a los ensayos en fase III fue necesaria para permitir la revisión de los datos de seguridad por un comité independiente, y por los reguladores nacionales. Después de este proceso de revisión independiente y por el ente regulador MHRA [*Medicines and Healthcare products Regulatory Agency*], los ensayos se reanudaron en el Reino Unido⁴. Los programas de desarrollo clínico están diseñados para explorar los beneficios de las vacunas, en que la demostración de eficacia es el objetivo principal. Estos ensayos generalmente no tienen poder estadístico para respaldar los análisis de eventos adversos posteriores a la inmunización. Los datos de seguridad allí recopilados son suficientes para caracterizar los eventos adversos más comunes – reacciones locales y sistémicas relacionadas con la inmunogenicidad de la vacuna – que ocurren poco tiempo después de la vacunación. Solo después de administrar la vacuna a grandes poblaciones, post-licenciatura, es posible detectar cualquier evento adverso raro que no se haya observado en los ensayos clínicos⁵. El monitoreo de la seguridad de la vacuna después de la licencia, se basa en una combinación de vigilancia pasiva y activa. Los sistemas de vigilancia pasiva son la base de farmacovigilancia, con bases de datos en los que se recopilan informes espontáneos de efectos adversos, como el sistema de notificación *CDC/FDA Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)* en EE.UU. y *EudraVigilance* en la Unión Europea (UE). La vigilancia de rutina para la seguridad está basada en un análisis estadístico por pares que detecta desproporcionalidad entre el número de informes observados y el número de los esperados de un evento adverso para una vacuna

(como convulsión febril para la vacuna antineumocócica), seguida de la validación clínica y evaluación estadística de la serie de casos de esa vacuna. Por otro lado, los sistemas de vigilancia activa buscan conocer todos los informes de efectos secundarios en una muestra representativa (sitios centinela). Una ventaja de estos sistemas es que se conoce el "denominador", o tamaño de la población de la que surgió el efecto adverso post vacunal (EAPV). A esto le siguen análisis comparativos de incidencia de EAPV en subpoblaciones que no han recibido la vacuna (o en un período de tiempo previo a la vacunación para sujetos que experimentaron un EAPV después de la vacunación), usando definiciones de casos estandarizadas y redes del sistema de salud^{5, 6}.

La vigilancia de la seguridad para vacunas COVID-19

La evolución de la infraestructura actual para la vigilancia de la seguridad de las vacunas será fundamental en esta etapa, para la vacuna (o vacunas) contra COVID-19. Existe variación interindividual en las respuestas a esta como a otras vacunas. Y como siempre, se puede aprender de la historia. En los numerosos estudios sobre relación entre vacunación y síndrome Guillain Barré (SGB), no se comprobó un aumento de casos relacionado con la vacunación para influenza A (H1N1). En uno de esos estudios realizado en 5 países europeos: Dinamarca, Francia, Holanda, Suecia y Reino Unido (2009-2010), se concluyó que el riesgo de ocurrencia de SGB no aumentó después de la vacunación, OR 1.0 (IC95% 0.3-2.7), lo que mostró que el efecto de la vacunación podría variar entre un caso evitado de SGB hasta 3 casos en exceso por millón de vacunados⁶.

Entre 1985 y 2017 se investigó en EE.UU., a través del VAERS, la posible relación entre mielitis transversa, síndrome neurológico aislado, neuritis óptica y otros síntomas neurológicos, y la vacunación contra 3 enfermedades causadas por virus: hepatitis B, influenza, y HPV. Se halló que las tasas de notificación por millón de estos síndromes, se encontraban dentro del rango esperado para la población general. Esos sistemas de vigilancia continúan activos^{7,8}. Se han descrito casos de mielitis transversa post vacunal, entre ellos uno en EE.UU. post vacunación influenza A(H1N1) nasal⁹, y otro en Argentina, en 2010, durante la campaña de vacunación contra la gripe A, con vacuna monovalente a virus inactivado de la cepa viral pandémica A/California/7/2009 con adyuvante MF 9¹⁰.

Las campañas anti vacunas

Abundan las teorías conspirativas sobre las vacunas. Algunas campañas sugieren que la literatura científica sobre vacunas está influenciada por las compañías farmacéuticas, o que las leyes que reglamentan la vacunación son contrarias a los derechos humanos. Tales campañas de desinformación y conspiración en torno a los riesgos asociados a las vacunas han provocado una disminución del número de vacunaciones en varios países, incluida la Argentina, y la aparición de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación, como sarampión, con el consecuente número de víctimas^{11,12}. La percepción pública sobre la revisión de medicamentos y vacunas para el COVID-19 también se ha visto enredada en la política¹³. La mejor respuesta es una vacuna COVID-19 eficaz, y ampliamente disponible que además, según todo lo indica, es el único camino de salida de la pandemia actual.

Isabel N. Kantor // isabel.kantor1@gmail.com

1. Boletín Oficial N° 34.477 - Primera Sección. 18/9/2020. Ministerio de Salud. Decisión Administrativa 1721/2020 DECAD-2020-1721-APN-JGM - Adquisición de vacunas para generar inmunidad adquirida contra el COVID-19. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/suplementos/2020091801NS.pdf>
2. Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape. Supplementary Table 1 | COVID-19 vaccines in clinical development. *Nature Reviews Drug Discovery*. En: <https://doi.org/10.1038/d41573-020-00151-8>

3. Folegatti PM, Ewer KJ, Aley PK, et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2020; 396: 467-78.
4. Cyranovsky D, Mallapaty S. Relief as coronavirus vaccine trials restart — but transparency concerns remain. *Nature* 2020; 585: 331-2.
5. Chandler R. Optimizing safety surveillance for COVID-19 vaccines. *Nature Rev Immunol* 2020. En: <https://doi.org/10.1038/S41577-020-0372-8>
6. Dieleman J, Romio S, Johansen K, et al. Guillain-Barré syndrome and adjuvanted pandemic influenza A (H1N1) 2009 vaccine: multinational case-control study in Europe. *BMJ* 2011;343: d3908 doi: 10.1136/bmj.d3908
7. Shah S, Patel J, Rahman A, Fagher M, Souayah N. Development of transverse myelitis after vaccination, a CDC/FDA Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) study, 1985–2017. (P5.099). *Neurology* 2018; 90 (15 Suppl). Abstract.
8. Fagher Eddin M, Patel J, Rahman A, Souayah N. Development of clinically isolated syndrome after vaccination, a CDC/FDA Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) study, 1985–2017. (S51.001). *Neurology* 2018; 90 (15 Suppl). Abstract.
9. Akkad W, Salem B, Freeman JW, Huntington MK. Longitudinally extensive transverse myelitis following vaccination with nasal attenuated novel influenza A(H1N1) vaccine. *Arch Neurol* 2010; 67: 1018-20.
10. Arcondo MF, Wachs A, Zylberman M. Mielitis transversa relacionada con vacunación anti-influenza A (H1N1). *Medicina (B Aires)* 2011; 71: 161-4.
11. Luthy IA, Kantor I. Sarampión. *Medicina (B Aires)* 80: 162-8.
12. Phadke VK, Bednarczyk RA, Omer SB. Vaccine refusal and measles outbreaks in the US. *JAMA* Aug 14, 2020. En: <https://jamanetwork.com>
13. Bauchner H, Malani PN, Sharfstein J. Reassuring the public and clinical community about the scientific review and approval of a COVID-19 vaccine. *JAMA* Sept 10, 2020. En: <https://jamanetwork.com>

COVID-19: TRES RAZONES POR LAS QUE ES POCO PROBABLE QUE PODAMOS VACUNARNOS ANTES DEL 2021

Por: Adelaida Sarakhan, redactora científica en el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal)

Todas las vacunas parten del mismo principio: inocular al patógeno inactivado o partes del mismo para generar una respuesta inmune que nos protegerá contra el mismo. Sin embargo, cada patógeno tiene sus particularidades, y desarrollar una vacuna contra un nuevo virus requiere identificar la mejor manera de generar inmunidad. Para ello, se necesitan estudios preclínicos en modelos animales, antes de pasar a estudios clínicos en humanos, donde primero se prueba su seguridad en un número pequeño de voluntarios (fase 1), antes de probar su eficacia y comprobar su seguridad a mayor escala (fases 2 y 3). Normalmente, todo el proceso toma por lo menos diez años y muchas vacunas candidatas se quedan en el camino porque no son seguras o no son eficaces. En el caso del nuevo coronavirus, el proceso se está acelerando de una manera sin precedentes, gracias a ciertos atajos como combinar las fases para probar la vacuna en un número mayor de personas



En el caso del nuevo coronavirus, el proceso se está acelerando de una manera sin precedentes, gracias a ciertos atajos como combinar las fases para probar la vacuna en un número mayor de personas, o usar parámetros inmunitarios como indicadores de eficacia. En menos de seis meses tras la identificación del virus, ya hay más de 100 vacunas candidatas en fases preclínicas, más de cinco en ensayos de fase 1 y tres vacunas listas a comenzar ensayos de fase 2 (aunque ninguna de ellas usa tecnología ya aprobada para uso humano). A pesar de la urgencia, **es vital no tomar atajos en lo que respecta a la seguridad** –las consecuencias serían catastróficas para la COVID-19 y para la frágil confianza en las vacunas de una parte de

la población, particularmente en países occidentales. Aún si se llega a demostrar la seguridad y eficacia de una o incluso varias vacunas antes de que finalice el año, esto no significa que estén disponibles para la población. Quedan por resolver **tres grandes desafíos que van más allá del reto científico**: la producción a escala, la gobernanza del proceso y la propiedad de la vacuna.

La producción

Una cosa es desarrollar una vacuna, otra diferente es producirla a la escala y la velocidad requeridas para esta pandemia. **Vacunar el 50% de la población mundial significa producir alrededor de 4.000 millones de dosis**, suponiendo que una sola dosis confiera protección para toda la vida (lo que no suele ser habitual).

Cada tipo de vacuna requiere instalaciones especiales, con el equipo e infraestructura necesarias para su producción. Este desafío ha desencadenado diferentes iniciativas para acelerar la producción, incluso antes de saber cuál será la o las vacunas “ganadoras”. EE.UU. por ejemplo ha anunciado una inversión de más de mil millones de dólares en la iniciativa **Warp Speed**, para comenzar la producción de una o varias vacunas, antes de comprobar su eficacia.

Se necesitará una colaboración global entre el sector privado y el sector público para producir miles de millones de dosis de la vacuna o las vacunas en los próximos años

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha el llamado acelerador de herramientas para la COVID-19 (**ACT-Accelerator**). Junto con la [Coalición para la Innovación en Prevención de Epidemias](#) (CEPI) y la [Alianza Mundial para la Inmunización](#) (GAVI), proponen un objetivo ambicioso: que **la vacuna sea accesible y asequible para todos los países**. La idea es adelantar los recursos necesarios para expandir la capacidad de manufactura ya existente en algunos países de renta media –como India o Brasil– junto con la de laboratorios privados en países de economías avanzadas, a cambio de acuerdos para su posterior distribución. Esta apuesta implica un riesgo económico –no se sabe qué vacuna funcionará– a cambio de un ahorro significativo de tiempo.

Hay otros retos asociados a la producción, empezando por la fabricación de los viales para contener la vacuna. El stock mundial de estos viales con cristal especial sería de unos **200 millones de unidades**, lejos de los 4.000 millones necesarios a nivel mundial.

Está claro que se necesitará una **colaboración global entre el sector privado y el sector público** para producir miles de millones de dosis de la vacuna o las vacunas en los próximos años. Todo ello, al tiempo que se mantiene la producción de las vacunas existentes contra otras enfermedades.

La gobernanza

Es lógico, pues, asumir que la vacuna contra la COVID-19 no llegará a todos al mismo tiempo. Por esta razón, es fundamental garantizar su **distribución justa y equitativa** mediante un sistema global de gobernanza que anteponga los criterios de salud pública a los de mercado.

La comunidad internacional ha subrayado la necesidad de establecer mecanismos para garantizar **que todos los países tengan acceso a las terapias y vacunas** que se están desarrollando. El papel de la OMS sigue siendo crítico para establecer prioridades, apoyar su implementación y fijar pautas de salud pública, pero carece de los recursos o el poder para garantizar la producción y acceso universal.

Es fundamental garantizar su distribución justa y equitativa mediante un sistema global de gobernanza que anteponga los criterios de salud pública a los de mercado

CEPI y GAVI han propuesto un modelo alternativo para la toma de decisiones sobre la vacuna —un modelo financiado por la comunidad internacional y que combina las capacidades de las instituciones públicas y privadas para implementar las políticas directamente en los países. CEPI se centra en el desarrollo y producción de las vacunas candidatas más prometedoras, mientras que GAVI busca garantizar un abastecimiento suficiente, oportuno y asequible para los países de bajos recursos. Por su parte, la OMS definirá las guías para distribuir y administrar la vacuna en base a criterios de salud pública.

La propiedad intelectual

En última instancia, la disponibilidad y asequibilidad de la o las vacunas estarán estrechamente relacionadas con el tercer reto: **¿de quién es la vacuna?**

Muchas de las vacunas candidatas han sido financiadas en sus primeras fases de investigación con dinero público o de fundaciones privadas sin ánimo de lucro. Sin embargo, a medida que se avanza en su desarrollo, la mayoría pasan a ser propiedad privada de laboratorios.

Una **patente** es necesaria para garantizar el retorno a los inversores, pero al mismo tiempo puede ser un obstáculo decisivo para su distribución mundial. Frente a esta situación, la gran mayoría de los Estados miembros de la OMS declaró que **la vacunación de la población contra la COVID-19 debe considerarse un bien público mundial** para la salud, y que deben adaptarse los acuerdos de comercio y propiedad intelectual para hacerla accesible a todo el mundo. Pero cuando la petición llegó a la asamblea de la OMS, **la declaración de la vacuna como bien público global acabó reduciéndose a una referencia genérica a la inmunización**.

Compartir los beneficios de una patente con las poblaciones afectadas no es renunciar por completo a los derechos de la misma. Hace diez años, UNITAID creó el Fondo Común de Patentes de Medicinas, que permite a las empresas farmacéuticas ceder sus derechos de forma voluntaria. Este modelo hizo posible fabricar genéricos que benefician a decenas de millones de personas. Con este precedente, la Unión Europea está apoyando la iniciativa impulsada por CEPI, GAVI y OMS, que combina mecanismos de “empuje” —financiar la capacidad de manufactura, por ejemplo— con un compromiso de compra por parte de los países, a precio asequible. El desafío será no solo limitar los precios de la vacuna en los países más pobres, sino también en los países de renta baja y media que no califican para subvenciones de GAVI, pero a quienes el precio elevado de una vacuna les dejaría sin acceso.

Aunque contemos con una vacuna antes de un año, es probable que no esté disponible para su distribución en ese horizonte. Sin embargo, aún sin vacuna hay esperanza, como nos muestra el caso del VIH. En los próximos meses es probable que identifiquemos **tratamientos** existentes que ayuden a reducir la gravedad de los síntomas, acelerar la recuperación o disminuir la transmisibilidad del virus. Esto, junto con buenas **herramientas de diagnóstico e identificación de contactos**, puede hacer una **gran diferencia**, aún sin vacuna.

MESES DESPUÉS DE LA INFECCIÓN CON SARS-COV-2, ALGUNAS PERSONAS TODAVÍA LUCHAN CONTRA LA FATIGA APLASTANTE, EL DAÑO PULMONAR Y OTROS SÍNTOMAS DEL 'COVID PROLONGADO'

Autor/a: Michael Marshall Fuente: Nature 585, 339-341 (2020) [The lasting misery of coronavirus long-haulers](#)

La exploración pulmonar fue el primer signo de problemas. En las primeras semanas de la pandemia de coronavirus, el radiólogo clínico Ali Gholamrezanezhad comenzó a notar que algunas personas que habían eliminado su infección por COVID-19 todavía tenían signos distintivos de daño. “**Desafortunadamente, a veces la cicatriz nunca desaparece**”, dice.

Gholamrezanezhad, de la Universidad del Sur de California (Los Ángeles) y su equipo, comenzaron a rastrear a los pacientes en enero utilizando una tomografía computarizada (TC) para estudiar sus pulmones. Hicieron un seguimiento de 33 de ellos más de un mes después, y sus datos aún no publicados sugieren que más de un tercio tenía muerte tisular que provocó cicatrices visibles. El equipo planea seguir al grupo durante varios años.

Es probable que estos pacientes representen el peor de los casos. Debido a que la mayoría de las personas infectadas no terminan en el hospital, Gholamrezanezhad dice que es probable que la tasa general de daño pulmonar a mediano plazo sea mucho menor; su mejor estimación es que es menos del 10%.

Sin embargo, dado que hasta ahora se sabe que **28,2 millones** de personas han sido infectadas y que los pulmones son solo uno de los lugares donde los médicos han detectado daños, incluso ese bajo porcentaje implica que cientos de miles de personas están experimentando consecuencias duraderas para su salud.

Los médicos ahora están preocupados de que la pandemia lleve a un aumento significativo de personas que luchan contra afecciones y discapacidades duraderas. Debido a que la enfermedad es tan nueva, nadie sabe todavía cuáles serán los impactos a largo plazo. Es probable que parte del daño sea un **efecto secundario** de tratamientos intensivos como la intubación, mientras que otros problemas persistentes podrían ser causados por el propio virus. Pero los estudios preliminares y la investigación existente sobre otros coronavirus sugieren que el virus puede dañar múltiples órganos y causar algunos síntomas sorprendentes.

La evidencia de brotes de coronavirus anteriores, especialmente la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), sugiere que estos efectos pueden durar años. Y aunque en algunos casos las infecciones más graves también causan los peores impactos a largo plazo, incluso los casos leves pueden tener efectos que cambian la vida, en particular un malestar persistente similar al síndrome de fatiga crónica.

Muchos investigadores ahora están lanzando estudios de seguimiento de personas que habían sido infectadas con SARS-CoV-2. Varios de estos se centran en daños a órganos o sistemas específicos; otros planean rastrear una variedad de efectos. Lo que encuentren será crucial para tratar a aquellos con síntomas prolongados y tratar de evitar que persistan nuevas infecciones.

“Necesitamos pautas clínicas sobre cómo debería ser la atención de los sobrevivientes de COVID-19”, dice Nahid Bhadelia, médico especialista en enfermedades infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston, que está estableciendo una clínica para ayudar a las personas con COVID-19. “Eso no

puede evolucionar hasta que cuantifiquemos el problema".

En los primeros meses de la pandemia, mientras los gobiernos se esforzaban por detener la propagación mediante la implementación de cierres y los hospitales luchaban por hacer frente a la marea de casos, la mayoría de las investigaciones se centraron en el tratamiento o la prevención de infecciones.

Los médicos eran muy conscientes de que las infecciones virales podían provocar enfermedades crónicas, pero explorar eso no era una prioridad. "Al principio, todo era agudo y ahora estamos reconociendo que puede haber más problemas", dice Helen Su, inmunóloga del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas en Bethesda, Maryland. "Hay una necesidad definida de estudios a largo plazo".

El lugar obvio para verificar si hay daño a largo plazo es en los pulmones, porque COVID-19 comienza como una infección respiratoria. Se han publicado pocos estudios revisados por pares que exploren el daño pulmonar duradero. El equipo de Gholamrezanezhad analizó imágenes de TAC de pulmón de 919 pacientes de estudios publicados y encontró que los lóbulos inferiores de los pulmones son los que se dañan con mayor frecuencia.

Las imágenes estaban plagadas de parches opacos que indican inflamación, que podría dificultar la respiración durante el ejercicio sostenido. El daño visible normalmente se reduce después de dos semanas. Un estudio austriaco también encontró que el daño pulmonar disminuyó con el tiempo: el 88% de los participantes tenían daño visible 6 semanas después de ser dados de alta del hospital, pero a las 12 semanas, este número había caído al 56%.

Los síntomas pueden tardar mucho en desaparecer; un estudio publicado en agosto hizo un seguimiento de las personas

que habían sido hospitalizadas y descubrió que incluso un mes después del alta, más del 70% informaba falta de aire y el 13,5% seguía usando oxígeno en casa.

La evidencia de personas infectadas con otros coronavirus sugiere que el daño persistirá para algunos. Un estudio publicado en febrero registró daños pulmonares a largo plazo por el SARS, que es causado por el SARS-CoV-1. Entre 2003 y 2018, Zhang et al. (Beijing) rastrearon la salud de 71 personas que habían sido hospitalizadas con SARS. Incluso después de 15 años, el 4,6% todavía tenía lesiones visibles en los pulmones y el 38% tenía una capacidad de difusión reducida, lo que significa que sus pulmones eran deficientes para transferir oxígeno a la sangre y eliminar el dióxido de carbono de la misma.

El COVID-19 a menudo ataca primero a los pulmones, pero no es simplemente una enfermedad respiratoria, y en muchas personas, los pulmones no son el órgano más afectado. En parte, eso se debe a que las células en muchos lugares diferentes albergan el **receptor ACE2**, que es el principal objetivo del virus, pero también porque la infección puede dañar el sistema inmunológico.

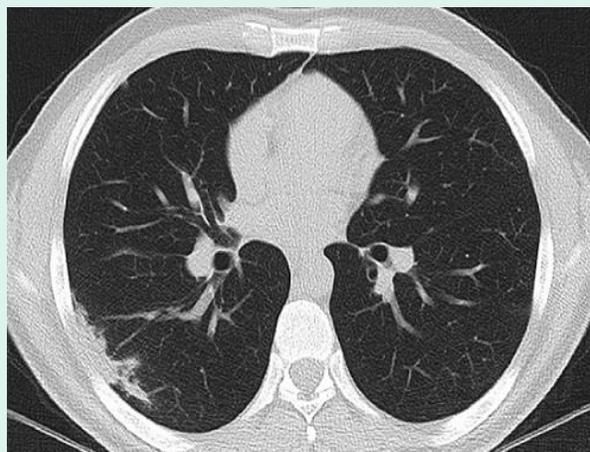
Se cree que muchos otros virus hacen esto. "Durante mucho tiempo, se ha sugerido que las personas que han sido infectadas con sarampión están inmunosuprimidas durante un período prolongado y son vulnerables a otras infecciones", dice Daniel Chertow, quien estudia patógenos emergentes en el Centro Clínico de los Institutos Nacionales de Salud en Bethesda, Maryland. "No estoy diciendo que ese sería el caso de COVID, solo digo que hay muchas cosas que no sabemos". Se sabe que el SARS, por ejemplo, disminuye la actividad del sistema inmunológico al reducir la producción de moléculas de señalización llamadas interferones.

Su y colegas esperan inscribir a miles de personas en todo el mundo en un proyecto llamado **COVID Human Genetic Effort**, que tiene como objetivo encontrar variantes genéticas que comprometen el sistema inmunológico de las personas y las hagan más vulnerables al virus. Planean ampliar el estudio a las personas con deterioro a largo plazo, con la esperanza de comprender por qué persisten sus síntomas y encontrar formas de ayudarlos.

El virus también puede tener el efecto opuesto, provocando que partes del sistema inmunológico se vuelvan hiperactivas y provoquen una inflamación dañina en todo el cuerpo. Esto está bien documentado en la fase aguda de la enfermedad y está implicado en algunos de los impactos a corto plazo. Por ejemplo, podría explicar por qué una pequeña cantidad de niños con COVID-19 desarrollan inflamación generalizada y afectación de diferentes órganos.

Esta **sobrerreacción inmunitaria** también puede ocurrir en adultos con COVID-19 grave, y los investigadores quieren saber más sobre los efectos colaterales una vez que la infección por el virus ha seguido su curso. Para Adrienne Randolph, del Boston Children's Hospital **"La cuestión es que, a largo plazo, cuando se recuperan, ¿cuánto tiempo le toma al sistema inmunológico volver a la normalidad?"**

Durante la fase aguda de COVID-19, alrededor de un tercio de los pacientes muestran síntomas cardiovasculares, dice Mao Chen, cardiólogo de la Universidad de Sichuan (China). "Es absolutamente una de las consecuencias a corto plazo". Uno de esos síntomas es la miocardiopatía, en la que los músculos del corazón se dilatan, se ponen rígidos o se engrosan, lo que afecta la capacidad del corazón para bombear sangre. Algunos pacientes también tienen trombosis pulmonar, en la que un coágulo bloquea un vaso sanguíneo en los pulmones. El virus también puede dañar el



sistema circulatorio más ampliamente, por ejemplo, al infectar las células que recubren los vasos sanguíneos.

"Mi mayor preocupación también es el impacto a largo plazo", dice Chen. En algunos pacientes, dice, el riesgo para el sistema cardiovascular "persiste durante mucho tiempo". Chen y sus colegas revisaron los datos anteriores a la pandemia para un estudio publicado en mayo, señalando que las personas que han tenido neumonía tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular 10 años después, aunque el riesgo absoluto sigue siendo pequeño. Chen especula que podría estar involucrado un sistema inmunológico hiperactivo y la inflamación resultante.

Los estudios ya están comenzando. A principios de junio, la **British Heart Foundation** en Londres anunció seis programas de investigación, uno de los cuales seguirá a los pacientes hospitalizados durante seis meses, rastreando los daños en el corazón y otros órganos. Las iniciativas de intercambio de datos, como el registro CAPACITY, lanzado en marzo, están recopilando informes de docenas de hospitales europeos sobre personas con COVID-19 que tienen complicaciones cardiovasculares.

Se necesitan estudios similares a largo plazo para comprender las consecuencias neurológicas y psicológicas del COVID-

19. Muchas personas que se enferman gravemente experimentan complicaciones neurológicas como el delirio, y existe evidencia de que las dificultades cognitivas, incluidas la confusión y la pérdida de memoria, persisten durante algún tiempo después de que los síntomas agudos hayan desaparecido. Pero no está claro si esto se debe a que el virus puede infectar el cerebro o si los síntomas son una consecuencia secundaria, tal vez de la inflamación.

Durante los últimos nueve meses, un número creciente de personas ha informado de un agotamiento y malestar paralizante después de tener el virus. Los grupos de apoyo en sitios como Facebook albergan a miles de miembros; luchan por levantarse de la cama o por trabajar más de unos minutos u horas seguidas.

Un estudio de 7 de 143 personas con COVID-19 dadas de alta de un hospital en Roma encontró que el 53% había informado fatiga y el 43% tenía dificultad para respirar 2 meses (en promedio) después de que comenzaron sus síntomas. Un estudio de pacientes en China mostró que el 25% tenía una función pulmonar anormal después de 3 meses, y que el 16% todavía estaba fatigado.

Paul Garner, investigador de enfermedades infecciosas de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, lo ha experimentado de primera mano. Sus síntomas iniciales fueron leves, pero desde entonces ha experimentado "una montaña rusa de mala salud, emociones extremas y agotamiento total". Su mente se volvió "**nebulosa**" y aparecían nuevos síntomas casi todos los días, desde dificultad para respirar hasta artritis en sus manos.

Estos síntomas se parecen al síndrome de fatiga crónica, también conocido como **encefalomielitis miálgica (EM)**. La profesión médica ha luchado durante décadas para definir la enfermedad, lo que

ha provocado una ruptura de la confianza de algunos pacientes. No se conocen biomarcadores, por lo que solo se puede diagnosticar en función de los síntomas. Debido a que la causa no se comprende completamente, no está claro cómo desarrollar un tratamiento. Persisten las actitudes despectivas de los médicos, según algunos pacientes.

Las personas que informan fatiga crónica después de tener COVID-19 describen dificultades similares. En los foros, muchos dicen que han recibido poco o ningún apoyo de los médicos, tal vez porque muchos de ellos solo mostraban síntomas leves, o ninguno en absoluto, y nunca fueron hospitalizados o en peligro de muerte. No será fácil establecer con certeza los vínculos entre COVID-19 y la fatiga, dice Randolph. **La fatiga no parece limitarse a los casos graves.** Es común en personas que tenían **síntomas leves** y que, por lo tanto, es posible que no se hayan realizado la prueba del virus.

La única forma de averiguar si el SARS-CoV-2 está detrás de estos síntomas es comparar a las personas que se sabe que han tenido el virus con las que no, dice Chertow, para ver con qué frecuencia se manifiesta la fatiga y de qué forma. De lo contrario, existe el riesgo de agrupar a personas cuya fatiga se ha manifestado por diferentes razones y que podrían necesitar tratamientos distintos.

Después de la epidemia de ébola en África Occidental en 2014-16, investigadores estadounidenses colaboraron con el Ministerio de Salud de Liberia para realizar un estudio de seguimiento a largo plazo llamado **Prevail III**. El estudio identificó seis secuelas a largo plazo del ébola, que van desde dolor en las articulaciones hasta pérdida de memoria.

La situación es más clara para las personas que han estado gravemente enfermas con COVID-19, especialmente aquellas que

necesitaron ventiladores, dice Chertow. En el peor de los casos, los pacientes experimentan lesiones en los músculos o los nervios que los abastecen y, a menudo, se enfrentan a "una batalla muy duradera del orden de meses o hasta años" para recuperar su salud y estado físico anteriores, dice.

Una vez más, hay evidencia del SARS de que la infección por coronavirus puede causar fatiga a largo plazo. En 2011, investigadores de la Universidad de Toronto describieron a 22 personas con SARS, todas las cuales seguían sin poder trabajar 13 a 36 meses después de la infección. En comparación con los controles, tenían fatiga persistente, dolor muscular, depresión y trastornos del sueño.

Otro estudio, publicado en 2009, rastreó a personas con SARS durante 4 años y encontró que el 40% tenía fatiga crónica. Muchos estaban desempleados y habían experimentado estigmatización social.

No está claro cómo los virus pueden causar este daño, pero una revisión de 2017 de la literatura sobre el síndrome de fatiga crónica encontró que muchos pacientes tienen **inflamación de bajo grado persistente**, posiblemente provocada por una infección. Si COVID-19 es un desencadenante, una ola de efectos psicológicos "puede ser inminente", escribe un grupo de investigadores del **St Patrick's Mental Health Services** en Dublín.

En muchos países, la pandemia no muestra signos de disminuir y los sistemas de salud ya están en capacidad de responder a los casos agudos. Sin embargo, los investigadores dicen que es crucial comenzar a investigar ahora los efectos a largo plazo. Pero las respuestas no llegarán rápidamente. "El problema es", dice Gholamrezanezhad, "que para evaluar las consecuencias a largo plazo, lo que se necesita es tiempo".

NOTICIAS DE INTERES

La ONU cumple 75 años ¿Hay algo para celebrar?. En medio de una pandemia y el aumento de las tensiones mundiales los logros de la organización están en jaque. https://www.clarin.com/new-york-times-international-weekly/onu-cumple-75-anos-celebrar-0_WvLN9i7iL.html

Para la ONU, "el brote de coronavirus está fuera de control". "La crisis de la pandemia es diferente a cualquier otra de nuestra vida", afirmó el secretario de la organización, Antonio Guterres, en vísperas de la edición 75° de la Asamblea General <https://www.baenegocios.com/mundo/Para-la-ONU-el-brote-de-coronavirus-esta-fuera-de-control-20200916-0035.html>

La OMS dice que la transmisión del coronavirus en Europa es "alarmante". A raíz de un rebrote de la epidemia, pero también del hecho de una mayor cantidad de test en comparación a la ola de marzo-abril, el número de casos diarios se encuentra en torno a los 40.000 y 50.000. <https://www.telam.com.ar/notas/202009/515076-la-oms-dice-que-la-transmision-del-coronavirus-en-europa-es-alarante.html>

La OMS lanza un plan para proteger mejor a los profesionales de la salud. «Las tasas de infección en el personal sanitario son mucho más altas que entre el resto de la población»,

afirmó el comunicado de la Organización Mundial de la Salud. <https://elintransigente.com/2020/09/la-oms-lanza-un-plan-para-proteger-mejor-a-los-profesionales-de-la-salud/>

La OMS insta a "mover cielo y tierra" para un acceso "equitativo" a la vacuna contra el coronavirus. Así lo expresó en una rueda de prensa el director del organismo, Tedros Adhanom Ghebreyesus, quien aseguró que el mundo "sólo puede salir de este desafío común con un enfoque común". <https://www.telam.com.ar/notas/202009/516624-la-oms-insta-a-mover-cielo-y-tierra-para-un-acceso-equitativo-a-la-vacuna-contra-el-coronavirus.htm>

Más de 150 países adhirieron al plan de la OMS para garantizar el acceso global a la vacuna de Covid-19. La organización indicó que espera que un total de 64 naciones con ingresos considerados "altos" forman parte de la iniciativa, lo mismo que más de otros 90 con ingresos "bajos o medios". No participan ni Estados Unidos ni China. <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/09/21/mas-de-150-paises-adhirieron-al-plan-de-la-oms-para-garantizar-el-acceso-global-a-la-vacuna-de-covid-19/>

UNICEF y Google de Argentina les preguntan a las juventudes. La organización no gubernamental y la empresa tecnológica realizan un estudio sobre la adaptación de las y los adolescentes a la educación a distancia en tiempos de COVID19. <https://aptus.com.ar/unicef-y-google-de-argentina-les-preguntan-a-las-juventudes/>

Unicef presentó la campaña que busca prevenir embarazos no planificados en la adolescencia. "El 70 por ciento de los embarazos en adolescentes no son intencionales. La campaña es desafiante", dijo Fernando Sigman, especialista de salud de Unicef Argentina. <https://www.continental.com.ar/noticias/sociedad/unicef-presento-la-campana-que-busca-prevenir-embarazos-no-planificados-en-la-adolescencia/20200922/nota/4071963.aspx>

PERROS ENTRENADOS PARA IDENTIFICAR HUMANOS INFECTADOS CON EL NUEVO CORONAVIRUS

Los perros entrenados para detectar humanos infectados con el nuevo coronavirus (el SARS-CoV-2) pueden reducir la brecha en su localización, si se tiene en cuenta que los síntomas aparecen cuando la persona ya ha excretado el virus, comentó un reconocido experto cubano.

Estos animales tienen una alta sensibilidad olfatoria, con posibilidad discriminatoria de un olor particular, aunque esté mezclado, lo cual tiene antecedentes en el descubrimiento de explosivos y drogas, entre otras sustancias, y en padecimientos de salud en humanos, dijo a la Agencia Cubana de Noticias el doctor en Ciencias Veterinarias Pastor Alfonso Zamora.

A partir de estas experiencias, **la identificación de pacientes enfermos de COVID-19 mediante canes con solo una semana de adiestramiento ha tenido resultados promisorios** (mínimo del 82 por ciento de acierto en identificar enfermos y del 96 por ciento para discriminar las personas sanas), agregó.

El jefe del Grupo de Epidemiología de la Dirección de Salud Animal, del Centro Nacional de Sanidad Agropecuaria, en la provincia de Mayabeque, indicó que los grupos de investigación involucrados proceden de diversas instituciones, entre ellos de Alemania, Colombia, Francia y Líbano, y han evaluado muestras de sudor de las axilas, saliva y secreción de la tráquea.

También se han publicado noticias de su preparación con este fin, tanto en Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte como en Estados Unidos, pero posteriormente no se encontraron publicaciones sobre sus resultados en revistas científicas, aclaró.

Las derivaciones de los estudios divulgados, especificó, se basan en **muestras provenientes de pacientes con enfermedad confirmada y quedaría por ver cómo se comporta la localización en personas en estado incipiente de la infección**, aun sin presentar síntomas, lo cual sería la mayor demanda.

De hecho, dijo, si se logra de manera precisa y temprana en infectados, es probablemente el obstáculo más importante para la contención de la transmisión de SARS-CoV-2.

En estas nuevas alternativas, toda vez que los perros son susceptibles a la inoculación con el virus, se requieren precauciones para protegerlos en caso de implementarse el método e incluso durante el proceso de amaestrarlos, apuntó.

No obstante, recordó que los coronavirus zoonóticos emergieron con anterioridad, se excretaban después de aparecer los síntomas y eso facilitó la contención de su transmisión y hasta la erradicación del primero de ellos, alertó.

Estos virus son más patógenos (mayor capacidad de causar daño y malestar) que el SARS-CoV-2, lo cual hace menos probable que una persona con el patógeno mantenga interacción social y, por consiguiente, se autolimita la transmisión.

De acuerdo con el experimentado veterinario cubano, **no todos los países pueden permitirse una alta intensidad de pruebas, y los perros tendrían la ventaja de ofrecer el resultado en tiempo real** y al lado del presunto contaminado.

Sin embargo, advirtió que hasta que no estén disponibles vacunas efectivas contra la COVID-19, la interrupción de la transmisión de la enfermedad entre personas solo será posible con la reducción del contacto entre infectados y susceptibles.

Una de las formas de su disminución es el distanciamiento físico, aunque necesita complementarse con la rápida separación de los que tienen el virus y sospechosos de poseerlo del resto de la población, aseguró Alfonso Zamora.

Lidiar con el estrés durante el brote de 2019-nCoV



Organización Mundial de la Salud

Es normal sentirse triste, estresado, confundido, asustado o enfadado durante una crisis.

Puede ser de ayuda hablar con personas de confianza. Póngase en contacto con amigos y familiares.

Si debe permanecer en casa, mantenga un estilo de vida saludable, lo que incluye seguir una dieta adecuada, dormir, hacer ejercicio y mantener contactos sociales con sus seres queridos en casa y por correo electrónico y teléfono con otros familiares y amigos.

No recurra al tabaco, el alcohol u otras drogas para lidiar con sus emociones.

Si se siente superado por la situación, hable con un trabajador de la salud o un consejero en cuestiones de salud. Tenga un plan, sepa dónde y cómo buscar ayuda para atender sus necesidades de salud física y mental, si es necesario.

Infórmese sobre los hechos. Reúna información que le ayude a determinar con precisión su nivel de riesgo para poder tomar precauciones razonables. Busque una fuente creíble, en la que pueda confiar, como el sitio web de la OMS o una agencia de salud pública local o estatal.

Limite su nivel de preocupación y nerviosismo reduciendo el tiempo que usted y su familia pasan viendo o escuchando noticias de los medios de comunicación que les generen malestar.

Recurra a capacidades que ya haya utilizado en el pasado y le hayan ayudado a sobreponerse a las adversidades de la vida, y utilice esas capacidades para manejar sus emociones durante este difícil periodo de brote.

SUGERENCIAS DE CURSOS, SEMINARIOS, CONGRESOS Y CONFERENCIAS

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 Latino-Americano 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.

LINK PARA INSCRIPCION:

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

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

https://youtu.be/z_X5ULn4ZnY

LINK 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>

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.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.