

BOLETIN DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD PUBLICA (AASAP)

AÑO 2021 NRO. 39

14 DE ENERO 2021

Comisión Directiva de AASAP

Julio N. Bello	Presidente
Ana C. Pereiro	Vice Presidenta
Mirta Levis	Secretaria
Facundo Nahuel	Tesorero
Silvia Necchi	Vocal
Noemí Bordoni	Vocal
Tony Pagés	Vocal

INDICE

1. Datos globales, regionales, nacionales y provinciales de Covid-19.
2. Vacunas, esperanza y desinformación. [Silvia Necchi](#)
3. Se debe cambiar el sistema de salud en la Argentina. [E. Filippo](#)
4. Experiencia española frente a la Covid-19. [Salvador Illa](#)
5. La política de etiquetado frontal como herramienta de salud pública. [Enrique Pérez Gutiérrez](#)
6. Objetivos de la presión arterial en adultos con hipertensión ([Revisión Cochrane](#))
7. Recomendaciones sobre buenas prácticas clínicas en la atención a los pacientes al final de la vida.
8. Cuatro preguntas y respuestas para explicar a la ciudadanía la importancia de las vacunas contra la Covid-19
9. Noticias de interés
10. Otros links de interés y anuncios de cursos
11. Cómo inscribirse en la AASAP
12. Beneficios por ser miembro de AASAP



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

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

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

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

VACUNA, ESPERANZA Y DESINFORMACIÓN

Por: *Silvia Necchi - Vocal AASAP*

“Lo último que se pierde es la esperanza”, dice un dicho muy frecuente que se apoya en el deseo del ser humano de vencer a la



muerte. En la mitología griega la esperanza se vincula con la caja de Pandora quien al

abrirla dejó escapar todos los males quedando sólo en su fondo Elpis, el espíritu de la esperanza. O sea que se concibe como lo bueno que permanece frente a todos los males.

Los romanos la honraron como divinidad y le elevaron muchos templos. Era, según los poetas, hermana del Sueño que da tregua a nuestras penas y de la Muerte que las termina

En el cristianismo es considerada una de las tres virtudes teologales. Santo [Tomás de Aquino](#), la define como «virtud infusa que capacita al hombre para tener confianza y plena certeza de conseguir la vida eterna y los medios, tanto sobrenaturales como naturales, necesarios para llegar a ella con ayuda de Dios».

Tomando en cuenta las distintas acepciones a lo largo de la historia podemos resumir que la esperanza es un estado de ánimo que fortalece a las

personas para enfrentar amenazas que atentan contra su vida o aspectos vitales y buscar confianza para abordarlos. Es una actitud que prevalece cuando se percibe como factible algo que se desea.

Volviendo a nuestros días en los que la vacuna contra la COVID ocupa el centro de la lucha contra la pandemia que atraviesa el mundo, la esperanza que se deposita en ella devuelve confianza en hacer posible las expectativas por prevenir la enfermedad en infinidad de personas y evitar más muertes de la ya padecidas

Las vacunas, han sido un pilar clave en la atención médica al prolongar la esperanza de vida evitando millones de muertes por año. Son uno de los grandes avances de la historia de la humanidad y la medida de salud pública que más vidas salva después del agua potable: unos tres millones al año, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud . Son un claro ejemplo de los avances del sistema científico-tecnológico al haber logrado eliminar enfermedades mortales prevenibles y controlar la morbilidad y complicaciones de otras muchas patologías causadas por virus y bacterias

Frente al desconocimiento asociado a este nuevo virus, las cautelosas y a veces contradictorias afirmaciones de la ciencia sobre su comportamiento, y el escaso conocimiento que se ha ido construyendo con grandes esfuerzos mundiales, existen dudas, resistencia o rechazo hacia la vacunación. Todo esto pone en riesgo la construcción de una esperanza compartida, minando los esfuerzos que realizan los científicos por alcanzar con prontitud una solución a la pandemia. Si pocas personas

se vacunan, las enfermedades vuelven. Por eso, en tiempos de pandemia y de esfuerzos mundiales para la aprobación de vacunas anti-Covid, uno de los mayores desafíos es brindar una comunicación clara para reforzar la confianza y generar adhesión de la población.

Muchas encuestas de opinión pública han encontrado que una proporción significativa de personas es escéptica a las vacunas, o al menos tiene algunas dudas. Es necesario que la información sobre la seguridad y efectividad de las vacunas sea clara y precisa, esto creará confianza para que cada vez se vacunen más y más personas mejorando los resultados.

La desinformación, las malas y/o erradas noticias sobre las vacunas, circulan cada vez más en las redes sociales y se esparce con mayor velocidad que las noticias que informan sobre la verdad. Se debe tomar conciencia de la dificultad que causa la distribución de estas “fake news”, esparcidas lamentablemente con intencionalidad ideológica y/o política o por mera desinformación.

Algunos expertos en salud pública se muestran preocupados por la desinformación y la presión de algunos gobiernos a aprobar vacunas contra la covid-19 antes de que se finalicen las etapas del testeo ya que esto, puede inducir a la desconfianza de la población y limitar el acceso a las mismas. La urgencia se justifica en la mayoría de los casos en el rápido y sostenido contagio del virus, que se expande más allá de lo previsto ya sea por mutaciones o por el cansancio social de la población que baja las medidas de prevención.

Se adoptan en muchos países conductas ejemplares de dirigentes sobresalientes que se aplican testimonialmente las vacunas para explicar la importancia y la seguridad de las vacunas y contrarrestar la desinformación que circula al respecto.

En un estudio realizado en Estados Unidos de América y Reino Unido se afirma que las teorías de conspiración y desinformación alimentan la desconfianza en las vacunas y podrían influir en los niveles de vacunación contra el COVID-19 necesarios para proteger a las comunidades contra la enfermedad. En el estudio sobre desinformación, 3.000 encuestados en cada país estuvieron expuestos entre junio y agosto a información errónea de amplia circulación en las redes sociales sobre una vacuna para el COVID-19. A los 1.000 restantes de cada país, que actúan como grupo de control, se les mostró información fáctica sobre las vacunas. Antes de estar expuestos a la desinformación, el 54% de los británicos dijo que "definitivamente" aceptaría una vacuna, y un 41,2% respondió igual en Estados Unidos. No obstante, después de mostrarles la información errónea de internet, ese número se redujo en 6,4 puntos porcentuales en el grupo del Reino Unido y en 2,4 puntos en Estados Unidos.

Este estudio reafirma lo que se piensa sobre el efecto de las redes sociales en la formación de opinión de las personas y el uso dañino que se hace de ellas en algunos casos. Frente a ello Twitter dijo que comenzará a eliminar de su plataforma la desinformación sobre las vacunas contra el COVID-19. Señaló que retirará los textos que incluyan aseveraciones falsas o ya refutadas y aquéllas que tienen como fin dañar o controlar a la gente

Según la agencia Reuters, la plataforma social YouTube ha prohibido las “fake news” sobre este tema. Hasta ahora, la plataforma había recibido numerosas críticas por la política de permitir la diseminación de la desinformación, de modo que ha modificado su estrategia, de manera que no publicará noticias que contradigan la evidencia científica apoyada por la OMS o por otras agencias de salud.

El clima general de turbulencias que acompaña esta pandemia afecta la esperanza que genera la búsqueda de la ciencia tras las vacunas que la frene. El resurgimiento de nuevas olas de contagio acompañando las dificultades de gestión de las mismas en muchos países del planeta, contribuyen a las protestas y al rechazo de las medidas preventivas, Esto crea mayor malestar y alimenta la circulación de “fake news”

Fuentes Consultadas

<https://es.wikipedia.org/wiki/Esperanza>

<https://www.caeme.org.ar/vacunas-un-pilar-clave-en-la-atencion-medica-que-prolonga-la-esperanza-de-vida/>

<https://www.pagina12.com.ar/297470-coronavirus-la-esperanza-de-bill-gates-por-el-tratamiento-us>

<https://theconversation.com/la-desinformacion-en-las-redes-sociales-alimenta-las-dudas-sobre-las-vacunas-151504>

<https://cnnespanol.cnn.com/2020/12/01/las-noticias-falsas-sobre-la-vacuna-de-covid-19-se-han-convertido-en-una-segunda-pandemia-dice-el-jefe-de-la-cruz-roja/#0>

<https://www.infobae.com/america/agencias/2020/11/12/la-desinformacion-podria-hacer-que-la-gente-se-vuelva-contra-las-vacunas-del-covid-19-estudio/>

<https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2020-12-16/twitter-retirara-desinformacion-sobre-vacunas-anti-covid>

SE DEBE CAMBIAR EL SISTEMA DE SALUD DE LA ARGENTINA

Por **Dr. Edmundo Filippo**
Presidente de la Asociación de Médicos de General San Martín y Tres de Febrero
Secretario General de FEMECON
Secretario de Prensa y Difusión de la Confederación Médica de la República Argentina

La AASAP comparte con los lectores de este boletín de las posiciones referidas a los posibles cambios en el Sistema de Salud de la Argentina. Continuaremos divulgando algunas de las otras visiones que se están presentando.

Desde hace muchísimos años vengo afirmando que nuestro sistema de salud es



el mejor para la Argentina y lo sostengo aún. Es el producto de haberme interiorizado

permanentemente de lo que regía en otros países, muchos de los cuales tuve oportunidad de conocer personalmente. Las obras sociales para atender a todos los trabajadores en relación de dependencia, la medicina prepaga que vino a reemplazar en su casi totalidad a la medicina privada y que también sirvió a los afiliados de obras sociales que querían mejorar su cobertura, y el hospital público para atender a quienes carecían de recursos o de alguna de las anteriores coberturas.

Y durante mucho tiempo fue bueno y de una forma u otra brindó atención al 100% de los argentinos, y a muchos residentes de países vecinos. Qué pasó para que todo cambiara.

El hospital público crónicamente desfinanciado, perdió infraestructura, aparatología e insumos, manteniendo gran parte de su calidad en base el esfuerzo, adaptación y sacrificio de sus trabajadores, particularmente de sus profesionales, un orgullo para los argentinos.

Las obras sociales, especialmente las sindicales, desviando sus fondos para otros fines ajenos a la atención de la salud, particularmente el enriquecimiento de sus dirigentes, dejaron de brindar servicios otorgando turnos con meses de retraso, aunque se tratara de casos graves, y negando coberturas a pesar de estar obligados, pagando a los profesionales por hora de trabajo, en algunos casos por debajo de lo que cobra el personal doméstico.

Por último la medicina prepaga, único servicio privado por contrato con sus afiliados que cobra lo que autoriza el Estado, pero tiene que cubrir todo lo que se le ocurra al Poder Legislativo, a veces sin responder a lo aconsejado por las entidades científicas, ha encontrado

también la forma de no perder ganancia precarizando el honorario médico y dilatando el pago a veces por 3 o 4 meses. La pandemia ha puesto de manifiesto en forma dramática todas estas deficiencias. Cambiar el sistema de salud ha dicho la Vicepresidenta.

Inmediatamente han salido al ruedo los opinólogos financiados por aquellos que quieren recibir parte de la torta, y algunos especialistas en medicina sanitaria, probablemente bien intencionados, que han tildado a nuestro sistema de fragmentado, caótico, ineficiente y con fuertes inequidades.

¿Es cierta esta afirmación?. Probablemente en muchos aspectos sea cierta. Pero ¿es necesario cambiar el sistema? ¿Por cual?, ¿El cubano (que probablemente sea el que prefieran), el norteamericano, el inglés, el alemán, el de los países escandinavos?, y así podría seguir la lista hasta el infinito. Esto sí sería verdaderamente caótico e interminable, además si lo permitieran los poderosos intereses que se afectarían en ese caso.

Lo que habría que hacer es establecer una política de Estado para la salud, que por otra parte nuestro país no la posee, para volver a mejorar los recursos para el hospital público, descendidos por todos los gobiernos sistemáticamente desde hace más de cuarenta años.

Controlar por medio de la Superintendencia de Servicios de Salud el destino de los fondos de las Obras Sociales, poner coto al escandaloso aumento del precio de los medicamentos, poner en funcionamiento de una vez por todas la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET) que racionalice el uso de la aparatología entre otras funciones, y establecer un PMO razonable y acorde con los recursos y posibilidades de nuestro sistema.

Acordar con el Poder Judicial para que los recursos de amparo y las indemnizaciones de los juicios contra los médicos no lleven a la quiebra a las instituciones ni a la miseria a los profesionales.

Destinar los recursos ahorrados mediante la racionalización del gasto en los rubros antedichos, a dignificar los sueldos y los honorarios percibidos por los profesionales, única forma que se puedan cubrir los cargos hoy vacantes de guardias y especialidades críticas.

Y lo más difícil de todo: terminar con la corrupción, presente aunque parezca increíble, también durante la pandemia. La dirigencia política argentina no tiene idoneidad ni autoridad moral para encarar estas reformas, pero estamos seguros que existen dirigentes idóneos, honestos y patriotas capaces de hacerlo en el momento adecuado.

A ellos apelamos.

EXPERIENCIA ESPAÑOLA FRENTE A LA COVID-19. ENTREVISTA AL MINISTRO DE SALUD SALVADOR ILLA.

Tomado de Redacción Médica - Madrid - 6 de enero 2021

El 13 de enero de 2020, **Salvador Illa**,
juraba su cargo como ministro de



Sanidad. Con una formación y trayectoria profesional muy alejadas de la gestión sanitaria, asumía la cartera con el deseo de “escuchar y

resolver” los **retos del sistema sanitario.** Un sistema que no tardó en dar un vuelco con la llegada del coronavirus. **La primera infección del SARS-CoV-2 en España** se diagnosticaba tan solo 17 días más tarde de que Illa jurara el cargo y, en apenas dos meses, España estaba sumida en un **estado de alarma** que dejaba en sus manos la gestión de todas las autonomías.

Ahora, cuando se acerca su aniversario en el Paseo del Prado, Illa analiza en una entrevista exclusiva encuadrada en la

segunda edición del documento '[Lecciones Covid-19' de Redacción Médica](#) la gestión del coronavirus. En ella asegura que la epidemia ha supuesto "una lección de humildad para todos" y aboga por enfrentarse a ella con precaución y "extremando las medidas de contención" pese a que **la vacuna esté a un paso de empezar a dispensarse.**

¿Qué medidas considera que fueron más acertadas ante la primera ola ante el Covid-19?

En primer lugar, reitero mi agradecimiento –y el de todo el Gobierno–, a todos los que con su dedicación y su compromiso han salvado vidas. Me refiero a los profesionales sanitarios. Ellos forman parte de lo mejor de nuestro país que esta pandemia ha mostrado. Y ahora nos toca cuidar de ellos, cuidar a los que nos cuidan.

El trabajo conjunto, la cogobernanza y la unión han sido sin duda el mayor ejemplo de fortaleza frente al virus, que es el adversario común. Una muestra del buen resultado la tenemos, por ejemplo, en el estudio nacional de seroprevalencia, cuya cuarta ola comenzó el pasado 6 de noviembre. Otro ejemplo es la Estrategia europea de vacunas, que va a permitir el acceso equitativo a vacunas seguras y eficaces. También son ejemplo de la fuerza del trabajo conjunto todas las medidas que se han ido aprobando, así como los grupos de trabajo creados en el marco del Consejo Interterritorial, con las comunidades autónomas.

Si queremos seguir siendo eficaces frente al virus, debemos continuar reforzando los instrumentos de coordinación y cooperación en materia de salud pública. Se lo debemos a quienes se están enfrentando a diario a la enfermedad.

¿Cuáles fueron los mayores errores ante la primera ola, visto con perspectiva?

Lo he dicho en otras ocasiones: todo el mundo llegó tarde y esta pandemia es una cura de humildad para todos. Durante los primeros meses, había muchas cosas que nadie conocía. No se había podido aportar evidencia sobre la transmisión asintomática. No conocíamos el ritmo de contagio del virus. Muchas de estas cosas las hemos ido conociendo con el paso del tiempo. Por eso he dicho y vuelvo a decir que esta epidemia ha sido una lección de humildad en toda regla, para todos.

Porque todos los países del mundo nos hemos enfrentado a un nuevo virus, en gran parte desconocido y del que todavía no sabemos muchas cosas. Y hemos tenido que trabajar y tomar decisiones sabiendo que existían muchas incertidumbres respecto a este virus, su gravedad y transmisibilidad.

¿Qué cree que ha hecho que España se enfrente a una segunda ola de esta naturaleza?

Esta segunda ola, que está azotando con fuerza a toda Europa, nos muestra que el virus está entre nosotros y debemos aprender a convivir con él. Esta epidemia nos está enseñando que la situación es muy cambiante y que vamos aprendiendo día a día sobre el comportamiento del Covid-19, como el resto de los países de nuestro entorno.

Esta segunda ola es distinta a la primera porque actuamos de otra manera. Detectamos antes y detectamos más. Estamos mejor preparados y nuestro sistema sanitario ha reforzado sus capacidades. Además, nuestra capacidad de diagnóstico ha aumentado muchísimo y sigue incrementándose semana a semana.

¿Qué medidas se deberían tomar para frenar la pandemia en nuestro país?

En estos momentos existe un conjunto de medidas muy potentes. El Gobierno ha puesto a disposición de las comunidades

autónomas todos los medios económicos, materiales, digitales y legales para hacer frente a la situación.

Además, a través del estado de alarma del 25 de octubre, las comunidades autónomas tienen la posibilidad de restringir los horarios de salida nocturnos, establecer restricciones perimetrales, así como restringir el número de participantes en los encuentros sociales. Estas medidas están empezando a mostrar sus frutos en los territorios. Es tan importante tomar medidas como cumplirlas. Hago un llamamiento a la ciudadanía: hay que pensar en que si cumplimos las medidas en vigor estabilizaremos y doblegaremos la curva.

¿Confía en la vacuna como solución a la situación creada por este coronavirus?

Las vacunas, junto a los tratamientos eficaces contra el Covid-19, nos van a

permitir hacerle frente con contundencia. Pero mientras el virus esté con nosotros, debemos acostumbrarnos a convivir con él. Es imprescindible la higiene de manos, el uso de mascarillas, mantener la distancia interpersonal, airear los espacios cerrados, así como la reducción de nuestro círculo de contactos.

Quiero insistir en que debemos seguir extremando las medidas para contener al virus, para que los contagios se mantengan y empiecen a bajar, para que nuestro sistema sanitario pueda atender a todas las personas que lo necesiten. [Podemos doblegar la curva si lo hacemos bien.](#)

LAS POLITICAS DE ETIQUETADO FRONTAL COMO HERRAMIENTA DE SALUD PUBLICA

Por Enrique Perez Gutiérrez, Representante interino de OPS/OMS en la Argentina



La obesidad, la presión arterial alta y la glucosa sanguínea elevada son los principales factores de riesgo derivados de la mala

alimentación, que producen unas 140.000 muertes cada año en Argentina.

Esto se debe, en gran parte, a la ingesta excesiva de nutrientes críticos como azúcares, grasas y sodio que se encuentran en productos comestibles y bebidas, procesados y ultraprocesados, y que no

pueden ser identificados por las personas al decidir consumirlos.

Por consiguiente, gran parte de la respuesta efectiva para la prevención de estas problemáticas consiste en la aplicación de leyes y regulaciones que informen adecuadamente sobre los productos que contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos que afectan la salud.

El propósito de las advertencias en el frente del envase es informar a los consumidores de una manera rápida, correcta y sencilla si el producto tiene una cantidad excesiva de azúcares, grasas o sodio. No prohíbe a las

personas comprar los productos, solo les ayuda a tomar una decisión fundamentada.

El Modelo de Perfil de Nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el instrumento desarrollado a pedido de los países de la región para poder establecer qué productos deben ser alcanzados por las regulaciones y llevar la advertencia sanitaria.

Señala umbrales para identificar el contenido excesivo de los nutrientes críticos en los productos procesados y ultraprocesados, y se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las metas de ingesta de nutrientes para proteger a las personas de los principales factores de riesgo que perjudican su salud.

En este sentido, es importante señalar que este modelo no se aplica a los productos frescos, naturales o mínimamente procesados como frutas, verduras, carnes, legumbres, leche, granos, ni tampoco a los ingredientes para cocinar como lo son el aceite, la sal de mesa o el azúcar.

En línea con lo anterior, las “Guías alimentarias para la población argentina” recomiendan consumir alimentos naturales, frescos y variados, y limitar el consumo de bebidas azucaradas y productos envasados con altas cantidades de sodio, azúcares y grasas. El perfil de nutrientes de la OPS no hace más que acompañar y ayudar a cumplir estas recomendaciones.

En relación con la economía, el empleo y el comercio internacional, la evidencia muestra que las etiquetas frontales con advertencias sanitarias no tienen una repercusión negativa. Por el contrario, esta medida ofrece una oportunidad para que

muchas empresas reformulen sus productos, desarrollen y amplíen la oferta de alimentos recomendados como parte de una alimentación saludable.

En la región, Argentina cuenta con uno de los niveles más altos de obesidad en la infancia y la adolescencia, con una pendiente de crecimiento que alienta a hacer todos los esfuerzos posibles por detenerla; de lo contrario, las consecuencias para el futuro serán mayores.

Toda la población se beneficiaría del sistema de etiquetado de advertencias, pero, sin lugar a duda, la protección de la población infantil es lo que requiere actuar con premura. Las consecuencias de su mala alimentación tendrán efectos futuros directos en la salud, la calidad de vida, la economía y el desarrollo.

En el contexto del tratamiento legislativo de la ley de Promoción de la Alimentación Saludable, que ya cuenta con media sanción del Senado, es importante señalar que el etiquetado frontal con advertencias sanitarias en forma de octágono, basado en el perfil de nutrientes de la OPS, es el mejor sistema probado para cumplir con el propósito de salud pública.

Más aún, el proyecto de ley también suma otras medidas complementarias, como son la regulación de la publicidad dirigida a la infancia o la protección de los entornos alimentarios escolares.

Todas estas son parte de las principales políticas aprobadas por los países miembros de la OPS/OMS en 2015 en el “Plan de acción para la prevención de la obesidad en la infancia y adolescencia”.

OBJETIVOS DE PRESION ARTERIAL EN ADULTOS CON HIPERTENSION

Revisión Cochrane - Tomado de Intramed , 5 de enero de 2021

Antecedentes

Ésta es la primera actualización de esta revisión publicada por primera vez en 2009. Cuando se trata la presión arterial elevada, los médicos suelen intentar alcanzar un objetivo de presión arterial. Ese objetivo es el valor de la presión arterial por debajo del cual supuestamente se obtiene un beneficio clínico óptimo. El enfoque de *"cuanto más baja mejor"* que guió el tratamiento de la hipertensión arterial durante muchos años ha sido cuestionado durante la última década debido a la falta de evidencia de ensayos aleatorizados que apoyaran esa estrategia. Por esa razón, el objetivo estándar de la presión arterial en la práctica clínica durante los últimos años ha sido menos de 140/90 mmHg para la población general de pacientes con presión arterial elevada.



Sin embargo, nuevos ensayos publicados en los últimos años han reintroducido la idea de tratar de lograr objetivos inferiores de presión arterial. Por lo tanto, es importante saber si los efectos beneficiosos superan a los efectos perjudiciales cuando se intentan alcanzar objetivos inferiores al objetivo estándar.

Objetivos

El **objetivo principal** fue determinar si los objetivos de presión arterial más bajos (cualquier objetivo inferior o igual a 135/85 mmHg) se asocian con la reducción de la mortalidad y la morbilidad en comparación con los objetivos estándar de presión arterial (inferior o igual a 140/90 mmHg) en el tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial crónica.

Los **objetivos secundarios** fueron: determinar si hay un cambio en la media alcanzada en la presión arterial sistólica (PAS) y en la presión arterial diastólica (PAD) asociada con los "objetivos inferiores" en comparación con los "objetivos estándar" en pacientes con hipertensión crónica; y determinar si hay un cambio en los retiros debidos a eventos adversos con los "objetivos inferiores" en comparación con los "objetivos estándar", en pacientes con hipertensión.

Métodos de búsqueda

El documentalista del Grupo Cochrane de Hipertensión (Cochrane Hypertension Group) buscó ensayos controlados aleatorizados en las siguientes bases de datos hasta mayo de 2019: el Registro especializado del Grupo Cochrane de Hipertensión, CENTRAL (número 4, 2019), Ovid

MEDLINE, Ovid Embase, la Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos de la OMS y en ClinicalTrials.gov. También se estableció contacto con los autores de los artículos relevantes con respecto a otros trabajos publicados y no publicados. En la búsqueda no hubo restricciones de idioma.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA) que comparen pacientes asignados a objetivos de presión arterial más bajos o estándar (ver arriba).

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión (JAA, VL) evaluaron de forma independiente los ensayos incluidos y extrajeron los datos. Los desenlaces principales fueron la mortalidad total; el total de eventos adversos graves; el infarto de miocardio, el accidente cerebrovascular, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad renal terminal y otros eventos adversos graves.

Los desenlaces secundarios fueron la media lograda de PAS y PAD, los retiros debidos a efectos adversos y el número medio de fármacos antihipertensivos utilizados. El riesgo de sesgo de cada ensayo se evaluó mediante la herramienta Cochrane "Risk of bias" y la certeza de la evidencia con el enfoque GRADE.

Resultados principales

Esta actualización incluye 11 ECA con a 38 688 participantes con un seguimiento medio de 3,7 años. Esto representa siete nuevos ECA en comparación con la versión original.

Al inicio, la edad media ponderada fue 63,1 años y la presión arterial media ponderada fue 155/91 mmHg.

Los **objetivos más bajos** no reducen la mortalidad total (razón de riesgos [RR] 0,95; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,86 a 1,05; 11 ensayos, 38 688 participantes; evidencia de certeza alta) ni el total de eventos adversos graves (RR 1,04; IC del 95%: 0,99 a 1,08; seis ensayos, 18 165 participantes; evidencia de certeza moderada).

Esto significa que los efectos beneficiosos de los objetivos más bajos no superan los efectos perjudiciales en comparación con los objetivos estándar de presión arterial.

Los objetivos más bajos podrían reducir el infarto de miocardio (RR 0,84; IC del 95%: 0,73 a 0,96; seis ensayos, 18 938 participantes, reducción del riesgo absoluto [RRA] 0,4%; número necesario a tratar para lograr un resultado beneficioso [NNTB] 250 durante 3,7 años) y la insuficiencia cardíaca congestiva (RR 0,75; IC del 95%: 0,60 a 0,92; cinco ensayos, 15 859 participantes, RRA 0,6%; NNTB 167 durante 3,7 años) (certeza baja para ambos desenlaces).

La reducción del infarto de miocardio y de la insuficiencia cardíaca congestiva no se reflejó en el total de eventos adversos graves. Lo anterior se podría deber a un aumento de otros eventos adversos graves (RR 1,44; IC del 95%: 1,32 a 1,59; seis ensayos, 18 938 participantes,

aumento del riesgo absoluto [ARI] 3%; número necesario para tratar para un resultado perjudicial [NNTD] 33 durante cuatro años) (evidencia de certeza baja).

Los participantes asignados a un objetivo "inferior" recibieron medicación antihipertensiva adicional y alcanzaron una PAS media significativamente menor (122,8 mmHg versus 135,0 mmHg, y una PAD media menor (82,0 mmHg versus 85,2 mmHg, que los asignados a un "objetivo estándar".

Conclusiones de los autores

En la población general de personas con hipertensión, los efectos beneficiosos de tratar de alcanzar un objetivo de presión arterial más baja en lugar de un objetivo estándar (\leq 140/90 mmHg) no superan los efectos perjudiciales asociados con esa intervención.

Se necesitan más estudios de investigación para determinar si algunos grupos de pacientes se verían beneficiados o perjudicados con objetivos más bajos. Los resultados de esta revisión se aplican principalmente a las personas mayores con un riesgo cardiovascular de moderado a alto. Es posible que no sean aplicables a otras poblaciones.

Resumen de los principales resultados

El objetivo del uso de fármacos antihipertensivos en pacientes con presión arterial elevada es reducir la morbilidad y la mortalidad. No se sabe cuánto hay que bajar la presión arterial para optimizar ese objetivo. Muchos estudios epidemiológicos han mostrado una relación lineal directa continua entre la presión arterial y la incidencia de eventos cardiovasculares, pero no se ha establecido el umbral más bajo para esta relación (Prospective Studies Collaboration 2002).

Un tratamiento más agresivo en pacientes con presión arterial elevada que apunta a objetivos de presión arterial más bajos asumió que los beneficios de intentar alcanzar esos objetivos de presión arterial más bajos a través de la terapia con medicamentos antihipertensivos superan los daños causados por el tratamiento intensivo.

La evidencia de los ensayos controlados aleatorios (ECA) y su metanálisis puede sugerir lo que se puede esperar en grupos de pacientes similares a los estudiados en los ECA, pero no puede predecir el balance de beneficios o daños en ningún individuo.

Esta revisión sistemática y metanálisis de ECA resume la evidencia actualmente disponible de los ensayos que evaluaron los resultados clínicos asociados con "*objetivos de presión arterial más bajos*" preespecificados en comparación con los "*objetivos de presión arterial estándar*". Se encontraron 11 ensayos que incluyeron 38.688 pacientes, con un período de seguimiento medio de 3,7 años que cumplieron con los criterios de inclusión para esta revisión.

En promedio, los participantes asignados al "objetivo inferior" recibieron un medicamento antihipertensivo adicional y lograron una PAS 7,5 mm Hg más baja y una PAD 4,3 mm Hg más baja que los asignados al "objetivo estándar". Los datos de presión arterial obtenidos fueron muy heterogéneos.

Los hallazgos más importantes de esta revisión son que la evidencia de certeza alta demuestra que los objetivos más bajos **no reducen la mortalidad total** (cociente de riesgos (CR) 0,95; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,86 a 1,05; $p = 0,32$) y no reducen el total eventos adversos graves (CR 1,04; IC del 95%: 0,99 a 1,08; $P = 0,10$; evidencia de certeza moderada).

De acuerdo con la definición de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA), un evento adverso grave incluye cualquiera de las siguientes condiciones: muerte, amenaza la vida, requiere hospitalización o prolonga la hospitalización existente, resulta en una discapacidad / incapacidad persistente o significativa, puede haber causado una anomalía congénita / defecto congénito, o requiere intervención para prevenir un deterioro o daño permanente.

Esto significa que, en promedio, los beneficios de los objetivos más bajos no superan los daños en comparación con los objetivos estándar de presión arterial.

Por lo tanto, en el tratamiento de pacientes con hipertensión, los objetivos estándar de presión arterial siguen siendo apropiados para la mayoría de las personas con hipertensión.

Como se puede ver en el resumen de los hallazgos de la Tabla 1, los objetivos más bajos redujeron el infarto de miocardio (RR 0,84; IC del 95%: 0,73 a 0,96; $P = 0,01$, reducción del riesgo absoluto (RRA) 0,7% durante 3,7 años) e insuficiencia cardíaca congestiva. (CR 0,75; IC del 95%: 0,60 a 0,92; $P = 0,007$, (ARR 0,6% durante 3,7 años. Sin embargo, se consideró que ambos resultados eran evidencia de certeza baja debido al alto riesgo de sesgo, en particular la falta de sesgo de cegamiento, para la verificación). de estos resultados.

La razón por la que la reducción del infarto de miocardio y la insuficiencia cardíaca congestiva no se reflejó en el total de eventos adversos graves probablemente se deba al hecho de que el tratamiento con objetivos inferiores aumentó otros eventos adversos graves, como ha demostrado esta revisión (RR 1,44; IC del 95%: 1,32 a 1,59, $P < 0,00001$, aumento del riesgo absoluto (IRA) del 3% durante 3,7 años). Esto se ve reforzado por el examen de los datos de eventos adversos graves de los dos ensayos más grandes.

En ACCORD 2010, hubo un aumento significativo en otros eventos adversos graves atribuidos a los medicamentos para la presión arterial: RR 2,58 (IC del 95%: 1,70 a 3,91), $P < 0,00001$, aumento del riesgo absoluto del 2%, lo que significa que un evento adverso grave adicional ocurrió por cada 50 pacientes tratados intensivamente durante 4,7 años.

Los eventos adversos graves atribuidos a los medicamentos para la presión arterial en ACCORD 2010 incluyeron hipotensión, síncope, bradicardia o arritmia, hiperpotasemia, angioedema e insuficiencia renal.

En SPRINT 2015, los eventos adversos graves clasificados como posible o definitivamente relacionados con la intervención también aumentaron en el grupo objetivo bajo: RR 1,87 (IC del 95%: 1,50 a 2,33), $P < 0,001$, aumento del riesgo absoluto del 2,2%, lo que significa uno adicional. Se produjo un evento adverso grave por cada 46 pacientes tratados durante 3,3 años. En SPRINT 2015, el mayor número de eventos adversos relacionados con la intervención en el grupo de presión arterial más baja se debió principalmente a un aumento absoluto del 1,2% en la injuria renal aguda o insuficiencia renal aguda.

RECOMENDACIONES SOBRE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA

Enero, 2021 Con el objetivo principal de definir recomendaciones de buenas prácticas para



los médicos internistas que atienden a **pacientes que fallecen durante la hospitalización**, la **Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)**, ha publicado en la Revista Clínica Española (RCE) una Guía de Consenso de las Sociedades Española (SEMI) y Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) que establece, homogeneiza y define **37 recomendaciones sobre normas de buena práctica clínica en la atención a los pacientes al final de la vida**. En la elaboración de este documento, ha participado un **Comité de expertos de 12 miembros** (10 españoles y 2 portugueses), de ellos, 11 médicos internistas y un médico residente de Medicina Interna.

Dos miembros del Comité hicieron una revisión de la bibliografía y elaboraron las **recomendaciones sobre atención a los pacientes en los últimos días de vida**.

Estas recomendaciones fueron revisadas y consensuadas entre los restantes miembros del comité y se agruparon en los siguientes bloques:

- Identificación de los pacientes
- Conocimiento, valores y preferencias del paciente
- Información
- Necesidades del paciente
- Atención y cuidados
- Sedación paliativa
- Atención tras la muerte

150 expertos (125 de España y 25 de Portugal) fueron invitados a participar en la **evaluación y valoración del grado de consenso y fortaleza de las recomendaciones** mediante el **método Delphi** en dos rondas. A cada participante se le envió un cuestionario con 37 afirmaciones para las que debía cuantificar su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala de 1 a 5. Participaron **105** panelistas y hubo consenso fuerte en **33** recomendaciones (89,2%) y débil en **4**(10,8%) recomendaciones.

El proceso de elaboración de la guía contó también con la participación de los grupos de trabajo de **Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada** y de **Cuidados Paliativos** de la **SEMI** y de los grupos de **Cuidados Paliativos** y de **Bioética** de la **SPMI**. Las **37 recomendaciones en la atención al final de la vida** surgidas de este trabajo son las siguientes:

Recomendación 1. En el momento del ingreso, y de forma repetida durante la hospitalización, deben evaluarse las necesidades de cuidados paliativos de cada paciente.

Recomendación 2. En el momento del ingreso, y de forma repetida durante la hospitalización, deben identificarse a los pacientes en situación de sus últimos días de vida.

Recomendación 3. Para evaluar las necesidades de cuidados paliativos e identificar a los pacientes en sus últimos días de vida es recomendable utilizar instrumentos y escalas validadas.

Recomendación 4. La condición de enfermo que precisa cuidados o en situación de últimos días de vida se debe registrar en la historia clínica.

Recomendación 5. En los pacientes con enfermedades en situación avanzada, que ingresan en el hospital, hay que evaluar su conocimiento de la enfermedad y explorar sus valores y preferencias.

Recomendación 6. Hay que evaluar el conocimiento de la enfermedad y explorar los valores y preferencias de los familiares de pacientes con enfermedades en situación avanzada que ingresan en el hospital.

Recomendación 7. Hay que registrar en la historia clínica el conocimiento de la enfermedad, los valores y las preferencias de los pacientes con enfermedades en situación avanzada que ingresan en el hospital y de sus familiares.

Recomendación 8. Hay que consultar el registro de voluntades/directrices anticipadas cuando ingresa en el hospital un paciente con enfermedad en situación avanzada.

Recomendación 9. Cuando se identifica a un paciente en sus últimos días de vida y no puede expresar su voluntad, hay que consultar el registro de voluntades/directrices anticipadas.

Recomendación 10. En los pacientes en sus últimos días de vida, se informará a la familia y a los cuidadores de la situación de muerte cercana.

Recomendación 11. Es indispensable conocer los límites de confidencialidad establecidos por el paciente durante sus últimos días de vida.

Recomendación 12. Hay que registrar en la historia clínica el proceso de información al paciente y a sus familiares.

Recomendación 13. La información al paciente y a sus familiares se proporcionará manteniendo la intimidad y la privacidad.

Recomendación 14. Los servicios dispondrán de un despacho de información y de tiempos apropiados para la comunicación con el paciente y la familia.

Recomendación 15. En los pacientes en sus últimos días de vida hay que evaluar y registrar de forma sistemática en la historia clínica la presencia de síntomas y el grado de control de los mismos.

Recomendación 16. Todos los servicios deben tener recomendaciones clínicas actualizadas de tratamiento paliativo y de últimos días, orientado al confort y control de los síntomas.

Recomendación 17. La adecuación del plan terapéutico a la situación actual del paciente y la limitación del esfuerzo terapéutico deben ser compartidas por el equipo asistencial y consensuadas con el paciente y/o su familia.

Recomendación 18. La adecuación del plan terapéutico a la situación actual del paciente y la limitación del esfuerzo terapéutico se registrarán de forma justificada en la historia clínica.

Recomendación 19. En los pacientes en sus últimos días de vida se evitarán todos los exámenes y procedimientos diagnósticos que no aporten bienestar al enfermo.

Recomendación 20. En los pacientes en sus últimos días de vida se valorará la conveniencia de las órdenes de no reanimación y se registrarán en la historia clínica.

Recomendación 21. En los pacientes en sus últimos días de vida se valorarán las

necesidades espirituales del enfermo y la familia.

Recomendación 22. Los pacientes en sus últimos días de vida se atenderán preferentemente en una habitación individual.

Recomendación 23. Se facilitará el acompañamiento familiar de los pacientes en sus últimos días de vida.

Recomendación 24. Todos los pacientes en sus últimos días de vida deben tener un plan de cuidados de enfermería.

Recomendación 25. El plan de cuidados de enfermería incluirá al menos los cuidados de la piel, la boca, la alimentación, la eliminación, el patrón respiratorio, el descanso y el manejo del dolor y de otros síntomas de la enfermedad terminal.

Recomendación 26. En los pacientes en sus últimos días de vida se efectuará una comunicación estructurada de las transiciones asistenciales (guardias, cambios de turno, fines de semana, vacaciones).

Recomendación 27. En los pacientes en sus últimos días de vida se facilitará el acceso a cuidados religiosos y psicológicos del paciente y la familia.

Recomendación 28. En los pacientes en sus últimos días de vida con síntomas refractarios se valorará la necesidad de sedación paliativa.

Recomendación 29. El paciente otorgará, bien de modo verbal o en documento escrito, el consentimiento explícito para la sedación paliativa. Si el paciente no es competente, y actuando por este orden, se consultará el registro de instrucciones previas, se valorarán los deseos

previamente expresados del paciente a su familia o allegados y, en su ausencia, se pactará la sedación con la familia, siempre quedando registrado en la historia clínica.

Recomendación 30. La indicación de la sedación paliativa debe ser deliberada por el equipo terapéutico.

Recomendación 31. Todos los servicios deben tener un protocolo de sedación paliativa.

Recomendación 32. Las normas de orientación clínica para la sedación paliativa incluirán las indicaciones, los síntomas refractarios a aliviar, los fármacos, las dosis de inducción, el mantenimiento y rescate, y la monitorización del nivel de sedación.

Recomendación 33. Para monitorizar el nivel de sedación se utilizará la escala de Ramsay u otra similar.

Recomendación 34. Todas las circunstancias que rodean a la sedación paliativa se registrarán en la historia clínica.

Recomendación 35. Todos los servicios tendrán un protocolo de cuidados post mortem del cadáver.

Recomendación 36. Tras la muerte del paciente se proporcionará atención al duelo inmediato de los familiares.

Recomendación 37. Antes y después de la muerte se identificarán y derivarán las situaciones de riesgo de duelo complicado.

Las personas interesadas pueden [consultar aquí](#) la «Guía de práctica clínica de consenso sobre buenas prácticas en los cuidados al final de la vida de las Sociedades Española y Portuguesa de Medicina Interna».

CUATRO PREGUNTAS Y RESPUESTAS CLAVES PARA EXPLICAR A LA CIUDADANIA LA IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19

Tomado de www.redaccionmedica.com

El Grupo de Vacunas de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) comparte las siguientes cuatro preguntas y respuestas claves para explicar a las personas la importancia de las vacunas contra la Covid-19:

1. Primero hay que preguntar al paciente **por qué tiene miedo**. La duda más común es que dicen que la vacuna ha llegado muy rápido. En este caso, **lo mejor es explicar al paciente que no se ha saltado ninguna fase, sino que "se han solapado"**. "Hay que explicar que se ha probado la vacuna en muchas personas. Es lo que más asusta a la gente y es lo primero que hay que decirles. **Que la vacuna hacía falta pero que no se ha obviado ninguna fase"**.
2. La segunda clave es explicar al paciente que para el desarrollo de esta vacuna **"se ha puesto mucho dinero encima y por ello se ha ido tan rápido"**, unido a la idea de que la vacunación es **"una de las mayores armas que tenemos en la mano para poder vencer a esta pandemia, aunque no es la única"**.
3. Tercera clave para despejar dudas de la vacuna **es comparar esta vacunación con otras**. Es decir, preguntar al paciente: **"¿Usted ha vacunado a sus hijos-nietos de la polio? ¿Y de la meningitis?"** Y cuando dicen que sí lanzarle la siguiente pregunta: **"¿cuántas polio tuvieron que pasar para que usted vacunara a su hijo?"**. **"Normalmente eso funciona", apunta la especialista**.
4. La cuarta clave es recurrir a la explicación "más clara". **¿es consciente de que estamos viviendo una pandemia? ¿Se está dando cuenta de la situación?"** y a partir de ahí "intentar dialogar con el paciente". **Intentar imponer nunca es bueno, pero sí informar**.

Nota de AASAP: Es casi seguro que existen muchos otros aspectos claves para explicar la importancia de la vacunación contra la Covid-19. Lo dejamos a su consideración. Lo importante destacar el rol que los trabajadores de la salud tenemos para concientizar a toda la ciudadanía sobre estos asuntos.

NOTICIAS DE INTERES

OMS: las variaciones del coronavirus no han de cambiar métodos de prevención. Las nuevas mutaciones del coronavirus que se han detectado en Reino Unido y Sudáfrica no parecen por ahora tener un impacto en las vacunas desarrolladas contra la COVID-19, ni obligan a cambiar las medidas de prevención individuales, señalaron hoy expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). https://www.clarin.com/agencias/efe-oms-variaciones-coronavirus-cambiar-metodos-prevencion_0_OHa60bKES.html

Cifras que alarman: el 30% de los niños nacidos en pandemia no recibieron las vacunas obligatorias. El número surge de un informe realizado por la Sociedad Argentina de Pediatría a nivel nacional y por Unicef y la OMS, a nivel mundial. <https://www.infobae.com/inhouse/2021/01/08/cifras-que-alarman-el-30-de-los-ninos-nacidos-en-pandemia-no-recibieron-las-vacunas-obligatorias/>

La OMS instó a Europa a intensificar las medidas ante la situación alarmante. "Las medidas de base, que todos conocemos, deben ser intensificadas para bajar la transmisión, aliviar nuestros servicios Covid-19 y salvar vidas" dijo el director para Europa del organismo de salud de la ONU, Hans Kluge. <https://www.telam.com.ar/notas/202101/540846-coronavirus-europa-oms.html>

China afirma que continúan negociaciones con la OMS por investigación sobre covid. China indicó este miércoles que continúan las negociaciones con la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras un equipo de esa agencia de la ONU que debe investigar sobre el origen de la pandemia aún espera los visados necesarios. <https://www.infobae.com/america/agencias/2021/01/06/china-afirma-que-continuan-negociaciones-con-la-oms-por-investigacion-sobre-covid/>

Cómo se aplicó el “toque sanitario” hasta ahora en la Argentina. ¿Cuál es la posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con respecto a los confinamientos como medio para luchar contra la COVID-19? <https://chequeado.com/hilando-fino/como-se-aplico-el-toque-sanitario-hasta-ahora-en-la-argentina/>

OTRAS INFORMACIONES Y LINGS DE INTERES

Coronavirus: el suero equino estará disponible en una semana + Ver en la web
www.programainfosalud.com

Tras haber sido aprobado por la ANMAT el pasado 22 de diciembre, dicho tratamiento comenzará a utilizarse en adultos enfermos antes del 10 de enero.

El suero equino, tratamiento aprobado por la **ANMAT** el pasado 22 de diciembre, estará disponible para su uso en pacientes adultos enfermos de **coronavirus** a partir de la semana próxima. Según especificó este miércoles la empresa argentina en **biotecnología**, Inmunova, se espera poder comenzar a utilizarlo antes del 10 de enero. "Una vez cumplimentados los procedimientos que establece la normativa", la disponibilidad para uso "está prevista para antes del 10 de enero" detalló. Asimismo, recalcó que actualmente "se están finalizando los procesos de etiquetado, embalaje y acondicionamiento" para la distribución del producto en la fecha pactada con anterioridad. Al ser un **medicamento** a aplicar en entornos **hospitalarios**, podrá accederse al mismo principalmente "a través de obras sociales y los ministerios de salud", concluyó el organismo.



La Administración Nacional de **Medicamentos**, Alimentos y **Tecnología** Médica (**ANMAT**) aprobó el martes 22 de diciembre el tratamiento con suero equino para pacientes adultos con enfermedad moderada a severa de Covid-19. Dicha decisión estuvo fundamentada en los resultados obtenidos en el estudio clínico de Fase 2/3, integrado por 243 pacientes de entre 18 y 79 años. Estos mostraron que la aplicación de esta terapia disminuyó la mortalidad casi a la mitad (45%) en los enfermos con **coronavirus** severo. Además, quienes fueron tratados redujeron la necesidad de internación en terapia intensiva del 24% y del requerimiento de asistencia respiratoria mecánica del 36%. El suero equino es una inmunoterapia basada en anticuerpos policlonales con gran capacidad neutralizante anti SARS-CoV-2. El mismo se obtiene utilizando como antígeno una proteína recombinante del **virus**, la cual se produce mediante técnicas de **biotecnología**. Los anticuerpos policlonales reconocen y unen en varias regiones a la molécula clave del **virus**, bloqueando los sitios de interacción con sus receptores. Tienen la capacidad, además, de producirse rápidamente y a gran escala.

La ivermectina para Covid-19. Sugerimos las siguientes diapositivas en video sobre la ivermectina para Covid-19. La Organización Mundial de la Salud está llevando a cabo actualmente un metanálisis de 56 ensayos clínicos de IVM (Ivermectina) para el tratamiento de COVID-19. Las conclusiones iniciales muestran un beneficio significativo del tratamiento con IVM. <https://www.youtube.com/watch?v=yOAh7GtvcOs>

Maestría de Salud Pública: La Fundación Barceló, a través de la socia de la AASAP Laura Tonelli, nos han pedido apoyo para divulgar la Maestría de Salud Pública que estará iniciándose el próximo 9 de abril de 2021 (modalidad virtual y presencial). Para mayor referencia www.barcelo.edu.ar, institución ubicada en Avenida Las Heras 1907, Teléfono (011) 4800 0200 informesba@barcelo.edu.ar. Puede ampliar la información **AQUI** <https://www.barcelo.edu.ar/carreras-maestria-en-salud-publica>

Nueva receta electrónica del IOMA. Tomado de www.femecon.com IOMA puso en marcha la receta electrónica para brindar nuevas facilidades en la accesibilidad a prestaciones y medicamentos. Con esta implementación los afiliados ya no necesitarán concurrir de manera continua a su médico para hacer la prescripción de sus recetas. El afiliado puede conservar la receta electrónica en su celular, sin necesidad de llevarla impresa a la farmacia, aunque también es viable la opción de la impresión o el envío por correo electrónico. Se completa con los mismos datos de los recetarios actuales y se accede a ella desde la web, en Autogestión Afiliadas/os, y en Portal Afiliados. Por su parte, los prestadores, ingresan a través de la web IOMA en Autogestión Prestadores, donde el sistema les permitirá buscar el vademécum en línea, codificar el diagnóstico y hacer transcripciones médicas. También podrán generar recetas de manera secuencial, acceder a una historia farmacológica, y validar online el estado de afiliación otorgando seguridad del reconocimiento de la prestación realizada. La prescripción se genera desde la web, en Autogestión Prestadores, luego de registrarse y darse de alta con los datos necesarios. Si los profesionales están declarados en convenios con entidades, el sistema los va a preacreditar a través de las asociaciones, instituciones, y está abierta a quienes trabajan de manera particular. Esta medida forma parte del proceso de modernización del IOMA que tiene como objetivo mejorar la accesibilidad a diversas gestiones de afiliados y prestadores. En este sentido, IOMA viene trabajando en diferentes desarrollos informáticos propios para agilizar y facilitar las gestiones administrativas mediante la implementación de herramientas tales como credencial digital, token de seguridad, receta electrónica, turnos online, afiliaciones web y la reconversión de las Delegaciones y Regiones en Delegaciones Digitales. Desde el Instituto aseguran que “el objetivo no es cambiar los procedimientos sino agilizarlos y desburocratizar, evitar congestión en las delegaciones y que los afiliados tengan mayor autonomía”.

ANUNCIOS DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS

WEBINAR

Instituto de Bioética | Facultad de Ciencias Médicas |  **UCA**

**NECESIDADES EN SALUD Y SU RESPUESTA
LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS**

 **09.03.2021**
13 hs. (Arg.) / 18 hs. (CET) / 11 hs. (Mex)

Transmisión en vivo por  **YouTube**

Expositores



IÑAKI GUTIERREZ-IBARLUZEA
Presidente de la Health Technology Assessment International (HTAi)



DARIO SACCHINI
Fundación Policlinico Universitario A Gemelli IRCCS - Universidad Católica, Roma, Italia



GRACIELA MOYA
Docente e investigadora del Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina



Moderadora
Isabel Iñigo Petralanda
Especialista en derecho de salud
Maestranda en Bioética - UCA



Apertura
Dr. Hernán Seoane
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas - UCA

AQUÍ TE PUEDES INSCRIBIR: 

https://nt.embluemail.com/p/cl?data=%2FE7yPWmD8ie1IPOHYonzdHewG73SlyP8ggCfATblOXAQiC9oMxdOWAvaggORN%2Fwz02KgB22rmXMZmPLrijclJIEGSJ8RW6XS%2FkS6lriZeWo%3D!-lai9e!-!https%3A%2F%2Fforms.office.com%2FPages%2FResponsePage.aspx%3Fid%3DI9b-Sf8B1kKlo25lunDYnsqzNj8p6HJDgpNkt8h8E3RUMEI5VE03ODNXVEhWSzNYTUNXRIVVRDdDMi4u%26utm_source=emBlue%26utm_medium=email%26utm_campaign=Webinars+ covid%26utm_content=webinar++hta--9%2F03+13+hs.+--+Webinar%3A+Necesidades+en+salud+y+su+respuesta.+%26utm_term=multiple--6--none--50-60--ENVIO+SIMPLE



Facultad de Derecho UBA

CURSO DE PACIENTES A CIUDADANOS SANITARIOS

NUEVA CONVOCATORIA A BECAS DIRIGIDA A ASOCIACIONES DE PACIENTES

Se otorgarán becas a dos representantes por asociación

Interesados enviar e-mail a fin de evaluar su solicitud

observatorioderechoysalud@derecho.uba.ar

Curso de Pacientes a Ciudadanos Sanitarios

Inicio 12 de marzo de 2021 | Duración 6 jornadas | Modalidad virtual

Organizan

Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho UBA

Dirección de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil



CIERRE DE CONVOCATORIA 24 DE FEBRERO DE 2021

Acompáñanos en el lanzamiento del libro el 21 de enero de 2021:

Critical Epidemiology and the People's Health

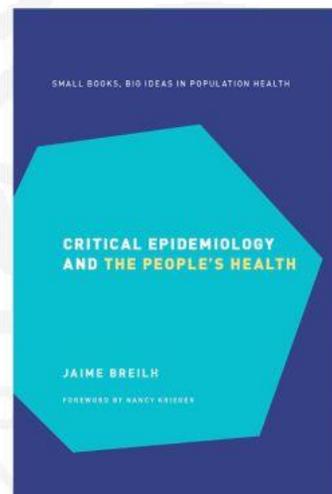
Autor: Jaime Breilh | Editora de la serie: Nancy Krieger

6:00 pm - 7:00 pm (Quito, GMT-5/EST)
 6:00 pm - 7:00 pm (Nueva York, GMT-4)
 3:00 pm - 4:00 pm (Berkeley, GMT-7)
 8:00 pm - 9:00 pm (Río de Janeiro, GMT-3)

Enlace (Zoom):

<https://us02web.zoom.us/j/85915674164?pwd=cDFiVFY1V3pqZVpydy9Tb3VCL1pRZz09>

Anfitrión local: César Montaña, PhD, Rector UASB-E
Oxford University Press: Sarah Humphreville, Editora
Editora de la serie: Nancy Krieger, PhD, Profesora de Epidemiología Social, Harvard T.H. Chan School of Public Health
Autor: Jaime Breilh, Md. MSc. PhD, Director del CILABSalud



"Este libro brillante es un modelo de traducción y transformación. Presenta décadas de investigación en la epidemiología crítica latinoamericana para audiencias de habla inglesa y académicos en otros campos, demostrando que la producción de análisis emancipadores e innovadores requiere confrontar reduccionismos cuantitativos y cualitativos profundamente arraigados".

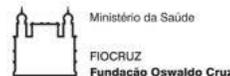
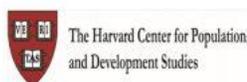
- Charles L. Briggs, PhD, Profesor Distinguido, Universidad de California, Berkeley.

"Jaime Breilh es uno de los más creativos e influyentes epidemiólogos críticos actualmente... cuya investigación transformadora ha desafiado los paradigmas conceptuales y metodológicos dominantes de la salud pública. A través de sus brillantes publicaciones, docencia y servicio público, ha influido en tres generaciones de académicos y activistas. La obra EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA Y LA SALUD DE LOS PUEBLOS ofrece una guía esclarecedora e inspiradora para nuestro trabajo científico para este período de transformación de la historia de nuestro planeta".

- Howard Waitzkin, MD, PhD, Profesor Emérito, Universidad de Nuevo México.

"Jaime Breilh debe ser elogiado por llamar la atención sobre la cultura en la transformación disciplinaria al subrayar cómo la contribución del conocimiento y el pensamiento indígena y popular complementa el pensamiento crítico académico... este libro ofrece una brisa intelectual oportuna y muy necesaria de aire fresco para nuestro pensamiento crítico... para los próximos años".

- Luisa N. Borrell, DDS, PhD, Profesora Distinguida, Departamento de Epidemiología & Bioestadística, Escuela de Graduados en Salud Pública y Políticas en Salud, Universidad de la Ciudad de Nueva York.



POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA IGUALDAD

Especialización y Curso Internacional

Organizan: CLACSO y FLACSO Brasil
 Modalidad: Virtual
 INSCRIPCIÓN 2021

Especialización: 40 créditos, 360 horas / cátedra
Curso Internacional: 9 créditos, 90 horas / cátedra
Duración: abril de 2021 a marzo de 2022

La acreditación y certificación de la Especialización y del Curso Internacional será realizada por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Brasil).

+ INFORMACIÓN

EQUIPO DOCENTE

DILMA ROUSSEFF(Ex Presidenta de Brasil); **I RENE MONTERO** (Ministra de Igualdad de España); **BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS**, (Universidad de Coímbra, Portugal); **ÁLVARO GARCÍA LINERA** (Ex Vicepresidente de Bolivia); **RITA SEGATO** (Universidad de Brasilia, Brasil); **EUGENIO RAÚL ZAFFARONI** (Juez de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Argentina); **GUILLAUME LONG** (Ex Ministro de Relaciones Exteriores de Ecuador); **GERARDO PISARELLO** (Ex Vicealcalde de Barcelona); **CARINA VANCE MAFLA**(Ex Ministra de Salud de Ecuador); **CARMEN BERAMENDI**(FLACSO, Uruguay); **BRENO BRINGEL** (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil); **FRANCISCO ROBLES RIVERA** (Universidad de Costa Rica); **MIGUEL SERNA** (Universidad de la República, Uruguay); **INÉS NERCESIAN** (Universidad de Buenos Aires, Argentina); **CECILIA NICOLINI** (Investigadora en el MIT Center for Collective Intelligence); **MARISA RUIZ TREJO** (Universidad Autónoma de Chiapas, México). **Coordinación General PABLO GENTILI** (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil); **FLORENCIA STUBRIN** (FLACSO, Brasil).

INSCRIPCIÓN 2021 - PREGUNTAS FRECUENTES

<https://www.clacso.org/politicas-publicas-para-la-igualdad-en-america-latina-6/>

[Cancelar la suscripción](#)

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 [clik](#)



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](https://www.facebook.com/aasaludpublica)

iiiiRECORDATORIO IMPORTANTE!!!!

Se recuerda a todos los miembros de AASAP que el pago de sus cuotas societarias deben hacerlo en Banco Santander CBU 072079302000000044536 - Cuenta Corriente 793-00445.3

¿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 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.