

BOLETIN DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD PUBLICA (AASAP)

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

AÑO 2021 NRO. 41

28 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. Mejor prevenir que curar, pero de curar que sea rápido. **Ana C. Pereiro**
 3. Declaración de la Alianza de Asociaciones de Salud Pública de las Américas (AASPA)
 4. **A diez años de su sanción: aportes principales de la ley nacional de salud mental. Martin De Lellis**
 5. Comunicado de la Fundación Instituto Leloir - Argentina
 6. La salud mental del personal de la UCI.
 7. Relación global-local, territorialidad, paz y desigualdades en salud
- Alvaro Franco**
8. Plan de Acción para la defensa paneuropea contra las nuevas variantes de SARS-CoV-2 **The Lancet**
 9. La salud pública de los Wichí (**Silvana Melo, en Pelota de Trapo**)
 10. Noticias de interés
 11. Otros lincs de interés y anuncios de cursos
 12. Cómo inscribirse en la AASAP
 13. 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.gov.ar donde encontrará información actualizada sobre Covid-19

MEJOR PREVENIR QUE CURAR, PERO DE CURAR QUE SEA RÁPIDO. Ana Cristina Pereiro, Vicepresidenta de AASAP

A un año de conocer la enfermedad Covid-19 y su agente causal el SARS-CoV2, podemos compartir algunas certezas y aún muchas dudas. En esta nota nos enfocaremos en las certezas. Como dice el viejo refrán, es mejor prevenir que curar. Y en este caso, podemos decir que la prevención radica en medidas sencillas: barbijos (bien colocados cubriendo nariz y boca), distanciamiento entre personas de 2 metros, ventilar los ambientes y evitar los espacios



cerrados y lavado de manos frecuente. Este mensaje ha llegado a la población de manera reiterada y hay información e investigaciones de calidad que muestran evidencias del porqué de dichas medidas. Si no se cumplen es por decisión individual, pero debe tenerse en cuenta que esa decisión puede implicar consecuencias sociales adversas y por ende son moralmente cuestionables.

Ahora bien, qué pasa si nos contagiamos. Acá es donde, a mi criterio, se ha comunicado menos. Es importante que se difunda que esta enfermedad, una vez establecida, tiene - simplificando mucho el

proceso fisiopatológico para ser didáctica- dos grandes momentos: una etapa viral y una etapa inflamatoria. En este año desde que se conoce la enfermedad, se ha avanzado en tratamientos para la etapa viral pero los mismos deben ser administrados de manera temprana. Vencida la ventana temporal de su utilidad, las posibilidades terapéuticas se restringen. Por lo tanto, resulta imprescindible la consulta precoz y con la mayor cantidad de datos precisos posibles para poder decidir si es necesario iniciar el tratamiento.

Hay una cantidad de elementos que pueden retrasar la consulta: una muy frecuente es negar la posibilidad de estar cursando la enfermedad. En ese contexto los síntomas son subvalorados y se dejan de lado. El cansancio puede ser atribuido al exceso de trabajo, la anosmia a un proceso alérgico, etc. Esto es un error, cuando se perciben cambios en la dinámica corporal se deben tener en cuenta, tanto para esta enfermedad como para cualquier otra. Son las primeras luces de alarma que se prenden y tapar el tablero no parece ser la mejor opción. Otra situación que observamos es que las personas deciden, por su cuenta, apelar a una metodología diagnóstica (no siempre acertada) y esperar sus resultados, con lo cual, a veces, dejan pasar muchos días. O peor aún, recibir un resultado negativo y pensar que no están enfermos.

También vemos que muchos recurren a medicaciones recomendadas por terceros y descansan en la idea que con ellas se ha solucionado el problema, llegando a veces muy tarde a la consulta. Otros entienden que pueden estar enfermos por haber tenido contacto estrecho con alguien positivo para Covid 19 y que deben permanecer aislados en su casa y con ello solo es suficiente. Finalmente, muchos no realizan los controles mínimos indispensables que nos permiten a los médicos tomar decisiones racionales y demoran el diagnóstico o hacen un insuficiente seguimiento como son: día del comienzo de los síntomas (cualquiera de ellos, cefalea, fiebre, tos, falta de gusto y/ olfato, diarrea), curva febril (temperatura tomada con termómetro al menos una vez al día) y, si se cuenta con la posibilidad de un saturómetro, el nivel de saturación de oxígeno en reposo.

Falta mucho aún para decir que este problema ha terminado. Continuemos ejercitando las medidas de prevención y estemos atentos si enfermamos. Los primeros días son muy importantes, no los dejemos pasar.

DECLARACION DE LA ALIANZA DE ASOCIACIONES DE SALUD PUBLICA DE LAS AMERICAS (AASPA) POR EL “ACCESO UNIVERSAL, OPORTUNO Y EQUITATIVO A VACUNAS SEGURAS Y EFICACES CONTRA LA COVID-19” (18 de enero 2021). [TEXTO COMPLETO AQUÍ](#)

A DIEZ AÑOS DE SU SANCION: APORTES PRINCIPALES DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.

Por Martin De Lellis - Psicólogo, titular de la Cátedra de salud pública de la Facultad de Psicología de la UBA

La reforma en el modelo de atención en salud mental en Argentina se sustentó, a lo largo de varias décadas, en un abigarrado conjunto de leyes, decretos, acuerdos y declaraciones



internacionales orientados hacia la protección y defensa de los derechos humanos del paciente. En la primer década del siglo XX, la sanción de una ley nacional resultaba una necesidad acuciante para influyentes sectores de opinión y referentes académicos, quienes expresaban la necesidad de contar con un instrumento legislativo que rigiera en todo el territorio nacional.

En la mayoría de las jurisdicciones que contaban con legislación vigente, tal como es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y Río Negro no se constataba una definición clara que apostara a la reforma del modelo de atención y subsistía aún un número importante de jurisdicciones en las cuales no se había avanzado aún en la sanción de una ley que defina las políticas a adoptar en el campo de la Salud Mental.

El panorama asistencial exhibía, entre otros aspectos, el fracaso de las redes sanitarias, dado que los servicios del primer y segundo nivel de atención no disponían de recursos humanos capacitados ni de la infraestructura adecuada para la atención, y las personas con padecimientos mentales severos terminaban invariablemente referidos a instituciones totales que se convirtieron en el recurso excluyente para dar, si no atención sanitaria, al menos un mínimo de cuidado, alojamiento y manutención.

Este proceso, en el cual se conjugó la incapacidad de los establecimientos generales de salud por resolver las urgencias y crisis subjetivas, terminó reforzando prácticas segregativas que no aseguraron un sistema de apoyos adecuado al alto nivel de vulnerabilidad, profundizaron

los problemas de hacinamiento y produjeron, como efecto de la internación prolongada, la privación social y afectiva de los internos.

Dado este cuadro de situación, resultante de un prolongado devenir histórico, la ley plantea algunos avances significativos, que se resumen a continuación.

Por un lado, plantea taxativamente en el Art. 27º la prohibición de crear nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicos o privados, en tanto que los existentes se deberán adaptar a los objetivos y principios establecidos en la ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

En el Artículo 28º establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en los hospitales generales, y que el rechazo de la atención de los pacientes por motivos de su salud mental bajo esta modalidad se considerará un acto discriminatorio. Señala expresamente que la internación deberá ser lo más breve posible, en función de criterios interdisciplinarios, intersectoriales y de trabajo en red.

Consecuente con este planteo la ley destaca que, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud la finalidad de las redes de servicios de salud debería ser asegurar a los usuarios la integralidad y continuidad en los procesos asistenciales, tanto a nivel de la respuesta local, como de aquella que debe ser coordinada entre servicios sanitarios de distinto nivel de complejidad:

Además de proponer la superación de un régimen custodial señala en el Artículo 11º que, por la diversidad de actores que involucran y la variedad de satisfactores que intercambian, es necesario potenciar la accesibilidad a respuestas intersectoriales, las cuales deben acoplarse sinérgicamente para el logro de una mayor inclusión social.

Sustentada en una concepción que incorpora las actuales corrientes bioéticas, centradas en el respeto a los principios de la autonomía y la dignidad personal, la Ley Nacional instaló un modelo en el cual se concibe a los sujetos con padecimientos mentales como sujetos de derecho. Consecuente con estos principios, plantea que las decisiones que atañen a la salud no recaigan de forma unilateral en el equipo profesional sino que se tomen también en cuenta las preferencias subjetivas y el consentimiento informado de las personas atendidas.

Destaca también que el paciente tiene derecho a ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas o historias clínicas, a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado, a establecer directivas anticipadas sobre decisiones vinculadas a las secuelas del tratamiento recibido.

Otra de las cuestiones que recibe un tratamiento específico y detallado en su articulado es la necesaria protección ante las internaciones indebidas, indefinidas e involuntarias, *un recurso*

terapéutico de carácter restrictivo que se aceptó naturalmente en el devenir de las instituciones totales, que agravó los problemas y afectó negativamente las condiciones del tratamiento: hacinamiento, omisión de cuidados, violencia y anomia institucional.

Inspirada en los principios de protección a los enfermos mentales, la norma da prioridad al tratamiento ambulatorio al considerar que la internación: (...), *sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social [y] debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios* (Art. 14^a) y sustituye el atávico concepto de peligrosidad por el concepto de *riesgo cierto e inminente para sí y para terceros* como motivo de una internación compulsiva (Art.20).

Resulta relevante plantear las medidas contempladas en la ley cuyo objetivo es la *protección de las Internaciones*, en la cual se establecen los requisitos que deben cumplir las mismas en materia de consentimiento expreso del paciente, condiciones para el alta, dictámenes de los profesionales que deben participar en la decisión de internar, rol de la justicia y/o periodicidad de los informes a elevar, a cargo de las instituciones asistenciales.

Con el objetivo de controlar la situación de las personas institucionalizadas, la ley propone instituir los denominados órganos de revisión, los cuales tienen entre sus competencias evaluar el tratamiento de las personas con padecimiento mental, fiscalizar el cumplimiento de las pautas procesales, los plazos y la justificación que el equipo interdisciplinario puede efectuar en torno al riesgo cierto e inminente que el paciente puede expresar y que justifica la práctica de la internación.

Respecto de la concepción de salud mental, la ley incorpora dimensiones tales como proceso, determinantes sociales, construcción social y enfoque de derechos; así como relacionan la salud mental a un enfoque integral vinculado al desarrollo físico y social de la persona y, en cuanto a la modalidad de abordaje señala expresamente en su Art. 8º que *“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente”*.

La existencia de un marco normativo de carácter nacional y jurisdiccional constituye una base importante sobre la cual efectuar un abordaje sustentado en un paradigma innovador, donde el eje principal está sustentado en el trabajo con sujetos sobre los cuales debe presumirse siempre la existencia de capacidad para decidir y participar, y en la cual las redes de servicios deben potenciar las oportunidades de inclusión de los sujetos en la comunidad para así quebrar los muros del abandono y la soledad.

Pero la multiplicación de servicios sustitutivos implica inversión de recursos, que a su vez requieren un incremento importante del presupuesto destinado al Area, lo cual no se ha visto

reflejado al analizar el conjunto de las gestiones desarrolladas a nivel nacional desde el año 2010 a la fecha y, tampoco se registran significativas inversiones de recursos a nivel jurisdiccional.

Del mismo modo, requerirá una gran movilización de esfuerzos para capacitar a los profesionales en un tipo de padecimientos no habituales para ser tratados desde la perspectiva biomédica que ha signado el trabajo hospitalario e ir impulsando y habilitando progresivamente los dispositivos de base comunitaria para sustituir la respuesta que actualmente dispensan los manicomios.

En síntesis, si las propuestas contenidas en la norma no se sostienen en la capacitación continua de profesionales y técnicos, una adecuada reasignación presupuestaria, la adhesión de los colectivos profesionales y de los usuarios así como el involucramiento sustentable del Estado en su aplicación será difícil producir los cambios institucionales que hoy reclaman todos los actores y referentes destacados del campo de la Salud Mental.

Y la ley corre el riesgo del vaciamiento y/o la manipulación, al alimentar una retórica que promueve la autocomplacencia pero que no logra constituirse en una herramienta clara de transformación.

COMUNICADO FUNDACION INSTITUTO LELOIR - ARGENTINA

En la FIL arrancamos con muchas novedades que nos llenan de orgullo. Este mes llegamos a las **800 mil determinaciones del test serológico CovidAr IgG distribuidas en más de 70 hospitales y centros de salud de todo el país**, en donde son usadas para el control de la transmisión en barrios e instituciones geriátricas y el cuidado del personal de salud.

Esta capacidad para producir estos kits a gran escala, le brinda al sistema médico y científico argentino las herramientas para realizar ensayos diagnósticos para COVID-19 en distintos proyectos orientados al control de la pandemia.

Como el que recientemente ha publicado en la revista PLOS Pathogens el grupo de la Dra. Gamarnik, junto a médicos e investigadores de otros institutos, y que permitió determinar que **más del 90% de los pacientes ya presentaba anticuerpos después de la tercera semana de la infección**, y un 35% ya los tenía a los 7 días.

Los resultados surgen del **análisis de más de 3.000 muestras de personas infectadas** en nuestro país con manifestaciones severas, leves y asintomáticas, cuyos datos fueron recolectados junto a profesionales del Hospital de Clínicas y la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA, y nos permitió observar también que en los primeros tres meses de la infección los niveles de anticuerpos persisten elevados.

Contar con esta información nos permite **entender mejor la enfermedad causada por el COVID-19** para diseñar mejores estrategias de prevención y tratamiento, pero aún hay muchos

interrogantes por resolver. ¿Acaso la aparición temprana de anticuerpos mejora el pronóstico de supervivencia? ¿Por cuánto tiempo estamos protegidos una vez que desarrollamos anticuerpos? Para conocer las respuestas **tenemos que seguir investigando.**

Tu ayuda es fundamental para poder adquirir la tecnología e insumos necesarios para realizar más descubrimientos en el ámbito de la salud. ¿Contamos con tu apoyo?

DONÁ AHORA



Equipo de Desarrollo de Fondos

Fundación Instituto Leloir

Av. Patricias Argentinas 435, C1405BWE - CABA, Argentina

0-800-345-5356

www.leloir.org.ar

LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE LA UCI

Autor/a: N Greenberg, D Weston, C Hall, T Caulfield, V Williamson, K Fong Fuente: Occupational Medicine, kqaa220, <https://doi.org/10.1093/occmmed/kqaa220> Mental health of staff working in intensive care during COVID-19

Investigación del King's College de Londres

Los resultados de un estudio de trabajadores de la salud de la UCI, publicado en [Occupational Medicine](#), muestran el marcado impacto de trabajar en cuidados críticos durante la pandemia de COVID-19. *Los investigadores encontraron que la mala salud mental era común en muchos médicos de la UCI, aunque eran más pronunciadas en las enfermeras que en los médicos u otros profesionales de la salud.*

Nuestros resultados muestran una carga sustancial de síntomas de salud mental informados por el personal de la UCI hacia el final de la primera ola en julio de 2020. Es muy probable que la gravedad de los

síntomas que identificamos afecte negativamente la capacidad de algunos miembros del personal de la UCI para brindar atención de alta calidad. impactando en su calidad de vida. - Autor principal, profesor Neil Greenberg, del Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencia (IoPPN) del King's College de Londres.

Continuó: 'La alta tasa de mortalidad entre los pacientes con COVID-19 ingresados ??en la UCI, junto con la dificultad para comunicarse y brindar apoyo adecuado al final de la vida a los pacientes y a sus familiares debido a las restricciones de visitas, es muy probable que se haya han sido factores de estrés muy desafiantes para todo el personal que trabaja en las UCI.'

709 trabajadores de la salud, de nueve UCI en Inglaterra, completaron encuestas anónimas basadas en la web en junio y julio de 2020 que incluían a 291 (41 por ciento) médicos, 344 (49 por ciento) enfermeras y 74 (10 por ciento) otro personal de salud. Más de la mitad (59 por ciento) informó un buen bienestar, sin embargo, el 45 por ciento alcanzó el umbral de probable importancia clínica para al menos uno de: depresión grave (6 por ciento), trastorno de estrés postraumático (40 por ciento),

ansiedad grave (11 por ciento) o problemas con la bebida (7 por ciento).

Es preocupante que más de uno de cada ocho encuestados (13 por ciento) informaron frecuentes pensamientos de estar mejor muertos o de hacerse daño a sí mismos en las últimas dos semanas.

El profesor Greenberg continúa: ``Si bien estos resultados en cierto modo no son sorprendentes, deberían servir como un claro recordatorio para los gerentes del NHS de la urgente necesidad de proteger la salud mental de los trabajadores de la UCI ahora para garantizar que puedan brindar atención vital a los necesitados ". El personal de la UCI se ha enfrentado a un momento particularmente desafiante trabajando con frecuencia en áreas donde el riesgo percibido de exposición al COVID-19 es alto durante períodos prolongados, usando EPP, con los desafíos de administrar la escasez de personal y equipo a diario, especialmente durante la primera ola. También han tenido que lidiar con decisiones éticamente desafiantes, además de tener el potencial de tener miedo de contraer COVID-19 y potencialmente transmitirlo a sus seres queridos.

Deben existir mecanismos basados ??en la evidencia para que todos los trabajadores de la salud, incluido el personal de la UCI, puedan acceder rápidamente al tratamiento para problemas de salud mental. Si protegemos la salud mental de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19, el personal estará en mejores condiciones de brindar atención de alta calidad de manera sostenible a un gran número de pacientes que se encuentran gravemente enfermos con

Puntos claves de aprendizaje

Lo que ya se sabe sobre este tema:

El personal de la unidad de cuidados intensivos está expuesto regularmente a situaciones traumáticas como parte de su trabajo. Estudios anteriores han demostrado que corren el

COVID-19.

- Autor principal, profesor Neil Greenberg, del Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencia (IoPPN) del King's College de Londres. Se necesita más trabajo para comprender mejor el nivel real de necesidad clínica entre el personal de la UCI, ya que los cuestionarios de autoinforme pueden sobrestimar la tasa de síntomas de salud mental clínicamente relevantes.

El profesor Greenberg concluye: 'Nuestros resultados destacan el profundo impacto potencial que COVID-19 ha tenido en la salud mental del personal de primera línea del Reino Unido e indican una necesidad urgente de una estrategia nacional para proteger la salud mental del personal y disminuir el riesgo de deterioro funcional del personal de la UCI mientras realizan su trabajo esencial durante COVID-19 y más allá'.

Conclusiones

Encontramos tasas sustanciales de probables trastornos de salud mental y pensamientos de autolesión entre el personal de la UCI; estas dificultades fueron especialmente frecuentes en las enfermeras. Si bien se necesita más trabajo para comprender mejor el nivel real de necesidad clínica entre el personal de la UCI, estos resultados indican la necesidad de una estrategia nacional para proteger la salud mental y disminuir el riesgo de deterioro funcional del personal de la UCI mientras realiza sus tareas esenciales. trabajar durante COVID-19.

riesgo de sufrir angustia psicológica y moral. Se sabe poco sobre la salud mental del personal de la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia actual.

Lo que agrega este estudio: Casi la mitad del personal de la unidad de cuidados intensivos que participó en este estudio reporta síntomas consistentes con un diagnóstico probable de trastorno de estrés postraumático, depresión o ansiedad severa o problemas con la bebida. Aproximadamente uno de cada siete miembros del personal de la unidad de cuidados intensivos en este estudio informa pensamientos recientes de autolesión o de querer estar mejor muerto. El personal de enfermería en este estudio tenía más probabilidades de informar niveles más altos de angustia que los médicos u otro personal clínico.

Qué impacto puede tener esto en la práctica o la política: Los gerentes de atención médica deben priorizar el apoyo de salud mental del personal y el acceso oportuno a tratamientos basados ??en evidencia para el personal de la unidad de cuidados intensivos. Los supervisores y gerentes deben ser conscientes de que una proporción sustancial del personal de la unidad de cuidados intensivos puede tener un desempeño peor debido a su actual estado de salud mental. Se necesita más trabajo para comprender si los altos niveles de síntomas de salud mental identificados en este estudio son realmente indicativos de altos niveles de necesidad clínica de atención de la salud mental.

Discusión. Examinamos el impacto en la salud mental del trabajo en entornos de UCI durante la última parte de la primera ola de la oleada pandémica de COVID-19 para el personal del NHS durante junio y julio de 2020. Identificamos una serie de hallazgos clave, entre los que destacan las altas tasas de probables trastornos mentales. mala salud con alrededor del 45% de la muestra de síntomas autoinformados de probable PTSD, depresión severa o un trastorno de ansiedad severa. Más de **uno de cada siete** miembros del personal de la UCI que participó en este estudio informaron pensamientos de que estarían mejor muertos o de hacerse daño de alguna manera durante varios días durante las últimas 2 semanas y que las enfermeras tenían más probabilidades de informar sobre problemas de salud mental e ideas de autolesión o ideación suicida que los médicos u otro personal sanitario.

Por último, aunque alrededor del 8% de la muestra parecía estar en riesgo de sufrir dificultades relacionadas con el **alcohol**, este nivel de consumo de alcohol no se asoció significativamente con peores resultados de salud mental. Nuestros resultados destacan el profundo impacto potencial que COVID-19 ha tenido en la salud mental del personal de primera línea del Reino Unido. El estudio de morbilidad psiquiátrica en adultos de 2014 encontró que las tasas de probable TEPT en el público en general del Reino Unido eran de ~ 4% y otros estudios informaron una prevalencia general de TEPT en el personal militar del Reino Unido de alrededor del 7% con la tasa más alta, del 17%, en veteranos que habían servido recientemente en un papel de combate [12]. Por lo tanto, la tasa probable de TEPT que informamos (40%) fue alrededor de **nueve veces** la encontrada en la población general y más del doble que la encontrada en los veteranos de combate recientes.

Si bien se requieren más estudios de validación para comprender mejor qué proporción realmente cumpliría los criterios de diagnóstico para el PTSD en la evaluación clínica, estos datos sugieren que los médicos de la UCI tienen un riesgo significativamente elevado de sufrir PTSD. Nuestros hallazgos de altos niveles de TEPT y otras dificultades de salud mental, como los trastornos depresivos de ansiedad, son muy relevantes dado que existe una fuerte

evidencia de que la mala salud mental está asociada con un deterioro funcional que aumentaría el riesgo de incidentes de seguridad del paciente. Si bien no es posible estar seguro de por qué los médicos de la UCI informaron niveles tan altos de mala salud mental, durante el tiempo en que se recopilaban estos datos (junio-julio de 2020), el personal todavía se enfrentó a una serie de factores estresantes sustanciales, incluidos los turnos prolongados, el cuidado de niños dependientes y otras responsabilidades del hogar y exposición regular a dilemas éticos con el consiguiente riesgo de daño moral. Algunos también pueden haber experimentado dificultades por la falta de EPP. Si bien es posible que los altos niveles de probables trastornos mentales sean el resultado de que la UCI siempre ha sido un entorno desafiante, un estudio de 2015 de 335 miembros del personal de la UCI encontró tasas de probable PTSD del 8% entre el personal que trabaja con adultos y del 17% entre el personal que trabaja con niños, lo que sugiere que las tasas en este estudio son realmente elevadas.

Encontramos que las enfermeras tenían más probabilidades de informar que experimentaban dificultades de salud mental que los médicos u otro personal de la UCI.

No está claro si este grupo ocupacional es más vulnerable a la mala salud mental en virtud de factores de riesgo demográfico, o si otros factores están afectando indebidamente a este grupo. Sin embargo, observamos que es más probable que las enfermeras de la UCI del Reino Unido sean adultos más jóvenes y mujeres, y se ha demostrado que este grupo demográfico tiene un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental en la población general durante la pandemia. Otros informes recientes también han destacado que las enfermeras tienen un riesgo considerable de agotamiento y que las enfermeras corren el riesgo de sufrir una salud mental deficiente que probablemente afecte las tasas de retención, lo que sugiere que la enfermería puede ser una profesión que tiene un riesgo particular de sufrir mala salud mental. También puede ser que los médicos fueran más propensos a subnotificar los síntomas que las enfermeras, aunque no pudimos investigar esto más a fondo en este estudio.

Nuestro hallazgo de que más de uno de cada siete médicos (y casi una de cada cinco enfermeras) en nuestra muestra que trabaja en la UCI informaron pensamientos de autolesión o suicidio también es muy preocupante.

Sin embargo, nuestra encuesta no preguntó si los encuestados habían hecho planes para llevar a cabo conductas autolesivas o suicidas. Tampoco está claro qué tan comunes pueden ser estos pensamientos en las personas que se convierten en trabajadores de la salud. Por ejemplo, un artículo de 2014 informó que alrededor del 14% de los estudiantes de enfermería informaron pensamientos autolesivos que los convertían en un riesgo sustancial de suicidio. Cualquiera que sea la causa de tales pensamientos, sugerimos que es importante que los gerentes de atención médica los conozcan y que se implementen de manera oportuna medidas para apoyar con compasión a cualquier miembro del personal en riesgo de suicidio. Quizás, como era de esperar, nuestros datos mostraron que las personas que alcanzaron el umbral para una forma de trastorno mental probable tenían muchas más probabilidades de alcanzar el umbral para otro trastorno. La excepción a esto fue el abuso de alcohol. Si bien identificamos que alrededor del 10% de la muestra informó beber de una manera consistente con el abuso de alcohol, no encontramos asociación entre la mala salud mental y el abuso de alcohol, lo que sugiere que dentro de esta muestra la automedicación con alcohol no era común. Además, la tasa de consumo indebido de alcohol identificada coincidió en gran medida con las estimaciones anteriores del personal sanitario, que oscila entre el 2 y el 24%. Este hallazgo puede deberse a que el personal ya cansado y angustiado reconoció que el consumo excesivo de alcohol habría dificultado aún más su capacidad para hacer frente al trabajo al día siguiente.

o porque, como personal sanitario, reconoció los peligros del consumo excesivo de alcohol. Cualquiera sea la razón, este hallazgo es alentador.

Este estudio identificó que, entre los participantes que formaban parte del personal que trabajaba en la UCI durante la pandemia actual, muchos informaron niveles sustancialmente elevados de mala salud mental y, en particular, altas tasas de probable TEPT. El aumento del riesgo fue particularmente evidente entre el personal de enfermería. Dado el requisito de que el personal de la UCI sea altamente funcional mientras atienden a pacientes críticamente enfermos, estos datos sugieren que es imperativo garantizar que los empleadores del NHS brinden el apoyo adecuado, quienes tienen el deber moral y legal de salvaguardar adecuadamente el bienestar del personal. Además, a menos que los empleadores protejan adecuadamente la salud mental del personal de la UCI, es más probable que funcionen mal con un impacto consecuente en su capacidad para brindar atención al paciente de alta calidad, que ahora más que nunca se necesita.

Esta investigación fue una colaboración entre King's College London y University College London con importantes contribuciones del Equipo de Ciencias del Comportamiento, el Departamento de Ciencia y Tecnología de Respuesta a Emergencias, Salud Pública de Inglaterra y la Universidad de Oxford. La investigación fue financiada por la Unidad de Investigación de Protección de la Salud del Instituto Nacional de Investigación en Salud (NIHR HPRU) en Preparación y Respuesta ante Emergencias en el King's College de Londres en asociación con Public Health England (PHE), en colaboración con la Universidad de East Anglia y la Universidad de Newcastle.

RELACION GLOBAL - LOCAL, TERRITORIALIDAD, PAZ Y DESIGUALDADES EN SALUD

El Profesor Universitario Álvaro Franco, colombiano, Médico Salubrista, Ex Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) - Medellín, ha decidido amablemente compartir con la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP) varios artículos de su autoría que iremos presentando en diferentes números de nuestra edición. Este segundo trabajo que divulgamos se titula: **RELACION GLOBAL - LOCAL, TERRITORIALIDAD, PAZ Y DESIGUALDADES EN SALUD.**



Resumen

El propósito del artículo es explorar las conexiones de la salud y el desarrollo de los territorios locales y regionales, para la construcción de la paz en un contexto condicionado por las relaciones global – local y el modelo de desarrollo capitalista, generador de riqueza, desigualdad social y violencia. Metodológicamente se basa en la configuración territorial, la cual es centro de encuentro de esas relaciones globales y locales; en ella, las condiciones de vida de las gentes están determinadas siguiendo la lógica de la glocalización, en una dirección de doble sentido, de

lo macro a lo micro y viceversa. Posteriormente se analiza el concepto de salud global, y cómo este se define desde varias perspectivas, y su relación con la glocalización que se constituye en una categoría trazadora. Por último, se refiere al concepto de territorio y la necesidad de apuntarle al desarrollo territorial para el mejoramiento de la salud, siguiendo una perspectiva de paz, basada en la diversidad cultural, la equidad y los derechos humanos, en el marco del proceso de paz en Colombia en la segunda década del siglo XXI.

-----*Palabras clave:* salud global, sistemas salud, inequidad social, Colombia. [Artículo 3 UAM Global local y desigualdad social.pdf](#) **TEXTO COMPLETO**

UN PLAN DE ACCIÓN PARA LA DEFENSA PANEUROPEA CONTRA LAS NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2 - The Lancet 21 de enero 2021

Por: Viola Priesemann, Rudi Balling, Melanie M. Brinkmann, Sandra Ciesek, Thomas Czypionka, Isabella Eckerle et al: 21 de enero de 2021 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00150-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00150-1)

Los casos de COVID-19 son muy altos en Europa. Las medidas actuales no están reduciendo suficientemente la propagación del virus y están surgiendo nuevas variantes del SARS-CoV-2. Las variantes B.1.1.7 y B1.351, identificadas por primera vez en el Reino Unido y Sudáfrica, respectivamente, se han extendido a muchos países europeos^{1, 2, 3, 4, 5}. Aunque las propiedades biológicas de estas variantes aún no se conocen, caracterizados, los datos epidemiológicos sugieren que tienen una transmisibilidad más alta que la variante original^{6, 7}.

Estas propiedades virales podrían aumentar el número de reproducción efectiva R en la población. En el caso de B.1.1.7, las estimaciones sugieren que R podría aumentar de 1 a aproximadamente 1,4 sin cambios en el comportamiento de la población.^{3, 4} Si es cierto, muchos países que han logrado reducir R a 1 o menos se enfrentarán a una nueva ola de propagación viral a pesar de las medidas actuales^{8, 9}. Una vez que se haya establecido una variante más contagiosa, la estabilización del número de nuevas infecciones será cada vez más difícil. A pesar de la disponibilidad de vacunas eficaces, la producción para satisfacer la demanda y la implementación de los programas de vacunación llevará meses.

Los países tendrán que gestionar un elevado número de casos y su impacto adverso durante los próximos meses. Con el lento aumento de la inmunidad de la población y la presión de selección evolutiva sobre el virus, continuará la aparición de nuevas variantes del SARS-CoV-2, lo que podría conducir a variantes más contagiosas, y quizás incluso variantes para las que las vacunas existentes son menos efectivas. Tales variantes podrían exacerbar rápidamente la crisis, mucho antes de que se vacune a suficientes personas. Mientras se esperan los datos experimentales para comprender las nuevas variantes, deben tomarse decisiones paneuropeas y deben tomarse acciones de inmediato para contener la propagación de nuevas variantes. • Ver contenido relacionado para este artículo. Si no se toman medidas para prevenir la propagación de nuevas variantes con ventajas selectivas, aumentará el número de casos y los ingresos hospitalarios. Un aumento de los casos podría conducir al colapso de los sistemas de atención médica.

En muchos países, los hospitales ya no pueden brindar una atención de la calidad habitual a todos los pacientes. Muchas unidades de cuidados intensivos ya están por encima de su capacidad y los procedimientos que no son urgentes se han pospuesto durante semanas o meses. El diagnóstico tardío y la atención comprometida para las personas con otras enfermedades plantean riesgos de salud adicionales, no solo para los pacientes con COVID-19, sino para toda la población. Los profesionales de la salud y otros trabajadores de primera línea ya han estado trabajando en condiciones extremas durante la mayor parte del año pasado, y esto ha tenido un impacto severo en su salud física y mental. Si variantes como B.1.1.7 conducen a un nuevo aumento de casos, esto podría abrumar a los profesionales de la salud y llevar los sistemas de salud al límite. Garantizar que se alivie la carga que pesa sobre los profesionales de la salud mientras se salvaguarda la sostenibilidad del sistema es de vital importancia.

El apoyo adecuado para estas fuerzas cruciales podría requerir fondos adicionales. La contención y la mitigación se vuelven más desafiantes con el surgimiento de una variante más infecciosa. Suponiendo que la variante B.1.1.7 aumenta R de 1 a 1.4, permitir que se propague sin un cambio en el comportamiento de la población significará que el número de casos se duplica cada semana. Será necesario realizar grandes esfuerzos para reducir R a 1 o menos y recuperar el control. Actuar antes de que B.1.1.7 se haya extendido ampliamente significa que esos mismos esfuerzos importantes podrían reducir considerablemente el número de casos nuevos y ralentizar el establecimiento de B.1.1.7.

Europa debe actuar ahora para retrasar y prevenir una mayor propagación del SARS-CoV-2,8, 9, en particular B.1.1.7, incluso en ausencia de datos experimentales finales. Es necesario formular un plan claro para la acción paneuropea inmediata y el establecimiento rápido de medidas de salud pública, ya que es probable que sigan surgiendo nuevas variantes con mayor infectividad. Sugerimos posibles medidas básicas en el panel. El principio rector es reducir el número de casos lo más rápidamente posible, ya que esto tiene grandes ventajas para la salud, la sociedad y la economía. La acción conjunta de todos los países europeos hará que cada esfuerzo nacional y local sea más eficaz e impactante y salvaguardará la salud pública en toda Europa.⁸

Cuanto más duran las restricciones y menos eficaces se vuelven, más se agotan los recursos psicológicos, sociales y económicos de las personas. Cuando las variantes novedosas requieren medidas aún más estrictas y más extensas que las medidas existentes, es de suma importancia garantizar que las personas con cargas particularmente pesadas reciban apoyo financiero y social, que las cargas sociales se distribuyan de manera justa y que los servicios de salud mental satisfagan la creciente demanda de duelo, aislamiento, pérdida de ingresos, miedo, abuso de alcohol y drogas, insomnio y ansiedad como resultado de la pandemia y las estrategias de encierro. También se deben considerar los factores contextuales y los factores que afectan el comportamiento de riesgo, como la percepción del riesgo.

Los principios básicos de acción son evitar la importación de nuevas variantes, prevenir su propagación y mejorar la vigilancia molecular. Cuanto antes y más eficazmente actúen los países, antes se podrán relajar las restricciones. Todos los tipos de medidas deberían coordinarse y sincronizarse en toda Europa. Cada reducción adicional de contagio (es decir, de R) cuenta, ya que reduce la duración necesaria de las medidas estrictas más que proporcionalmente. Esta correspondencia no fue apoyada, financiada o patrocinada directa o indirectamente por ninguna organización o entidad. RB es fundador y accionista de MEGENO y accionista de ITTM. SC informa subvenciones de Roche y Janssen y honorarios personales de Euroimmun, no relacionados con esta Correspondencia. Todos los demás autores declaran no tener intereses en competencia. Los signatarios se enumeran en el apéndice. Las traducciones de los autores de esta correspondencia están disponibles en línea.

1. European Centre for Disease Prevention and Control - **Rapid increase of a SARS-CoV-2 variant with multiple spike protein mutations observed in the United Kingdom. Dec 20, 2020.**- ECDC, Stockholm2020- [View in Article](#)
2. **Ny status på forekomsten af cluster B.1.1.7 i Danmark. Jan 2, 2021.** Statens Serum Institut, Copenhagen2021- [View in Article](#)
3. Volz E ; Mishra S ; Chand M et al. **Transmission of SARS-CoV-2 Lineage B. 1.1. 7 in England: Insights from linking epidemiological and genetic data.** *medRxiv.* 2021; (published online Jan 4.) (preprint) <https://doi.org/10.1101/2020.12.30.20249034> [View in Article](#)

4. Davies NG ; Barnard RC ;Jarvis CI ;et al.**Estimated transmissibility and severity of novel SARS-CoV-2 Variant of Concern 202012/01 in England.***medRxiv.* 2020; (published online Dec 26.) (preprint) <https://doi.org/10.1101/2020.12.24.20248822>- [View in Article](#)
5. Callaway E - **Could new COVID variants undermine vaccines? Labs scramble to find out.** <https://www.nature.com/articles/d41586-021-00031-0>- Date: Jan 8, 2021- Date accessed: January 19, 2021[View in Article](#)
6. Abbott S ; Funk S ; CMMID COVID-19 Working Group**Local area reproduction numbers and S-gene target failure.** <https://cmmid.github.io/topics/covid19/local-r-rgtf.html> Date: Jan 8, 2021- Date accessed: January 19, 2021 - [View in Article](#)
7. Public Health England- **Investigation of novel SARS-CoV-2 variant: Variant of Concern 202012/01. Technical briefing document on novel SARS-CoV-2 variant. Jan 8, 2021.**-Public Health England, London2021 [View in Article](#)
8. Priesemann V ; Brinkmann MM ; Ciesek S ;et al.- **Calling for pan-European commitment for rapid and sustained reduction in SARS-CoV-2 infections.** *Lancet.* 2021; **397**: 92-93[View in Article](#)
9. Alwan NA ; Burgess RA ; Ashworth S ; et al. **Scientific consensus on the COVID-19 pandemic: we need to act now.** *Lancet.* 2020; **396**: e71-72

LA SALUD PUBLICA DE LOS WICHI, Y MUCHO MAS. UN MENSAJE PARA TODA LA SOCIEDAD ARGENTINA. CUANDO HABLAMOS DE SALUD PUBLICA TENEMOS QUE CONSIDERAR LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

(Título aportado por la redacción de este Boletín; publicado en Pelota de Trapo 19 de enero 2021).

Por Silvana Melo

(APE).- Ahora ni siquiera el resto del mundo se asoma a su ventana por la muerte de sus niños. Más invisibilizados que nunca, los wichís sufren el hambre pandémico de su historia. Cuando el desmonte los dejó sin farmacia ni almacén y la falta de alimentos mata más que el covid. Mientras el médico Rodolfo Franco da de comer en su casa a más de un centenar de sus pacientes en Misión Chaqueña, en Santa Victoria Este Abel Mendoza asegura que la muerte originaria está despublicada en Salta. Ellos recogen frutas, miel, hacen artesanías. Pero no se las pueden vender a nadie. Hay una madre que se fue del hospital sin un solo pañal para su niño y hay un adolescente de 18 años al que lo llevó el río desbocado porque la tierra ya no enjuga esa furia. La tierra es un piso de cemento. Y los wichís más confinados siguen sin acceder a una gota de agua buena.

El mismo doctor Franco estuvo varios días sin agua en su salita sin que nadie se hiciera cargo. Reclamando al aire, enviando videos por whatsapp, dejando testimonio casi en soledad. Y su gente con hambre. Con el hambre atroz de no comer en días. Esa hambre que anula los sentidos y la voluntad.



Abel Mendoza es referente de la comunidad Santa Victoria 2, en el norte de Salta, donde el castigo se multiplica. Donde la desidia se ensaña con un pueblo que se va muriendo despacito, en vías ciertas de extinción. El asegura que la muerte de los niños no cesó este verano. Sino que "no se publica".

El cacique, presidente de la Unión Autónoma de Comunidades Originarias del Pilcomayo (UACOP), recuerda la marcha por la capital salteña el 16 de noviembre. Cuando los originarios salieron de sus comunidades e invadieron el territorio criollo para dejar en claro que antes de extinguirse resistirán. La ministra de Desarrollo Social, dice Abel Mendoza, insiste en que "están llegando las mercaderías mensualmente y triplicándose por los niños que han fallecido y eso es mentira. Tenemos que esperar cada tres meses y se están escondiendo cada vez más desnutridos en Santa Victoria".

En aquella manifestación "se sumó Tartagal, Pocitos, Pichanal y Embarcación. Los hermanos de distintas comunidades que denunciaban lo básico para la vida: la escasez de agua". Vivir sin agua bebible en enero, cuando en el norte salteño la temperatura supera largamente los 30 grados, es inhumano. "Como el municipio es grande, hacen los pozos de agua en las comunidades más cercanas, no en los lugares más alejados. Son dos o tres pozos no más. A los más alejados no les llega. Estamos necesitando tinacos, que son los depósitos de agua". Y se queja del titular del IPIS, el instituto de pueblos indígenas de Salta, que es un originario. Que, como el intendente wichi, deberían ser voces de su pueblo. Pero él asegura que el poder los subyuga y los aísla de su origen.

"Acá hay hambre", denuncia Mendoza. "Todos en el área de salud están escondiendo las muertes. Cuando fallece un niño dicen que es una enfermedad. A veces ni siquiera mandan el informe correspondiente. Las necesidades son el alimento y el pozo de agua". Pero no sólo. "Hace como tres semanas un viento muy fuerte voló techos, paredes y la gente sigue ahí, a la intemperie. Nadie hizo nada". El Pilcomayo se embravece ante las lluvias. "Estamos corriendo peligro porque la nuestra es una zona llana. Siempre se inunda el pueblo. No tenemos las defensas firmes. En esta época de lluvias crece el río y se inundan las comunidades". El problema, dice, "son los desmontes que están haciendo en Bolivia" pero también en toda la zona del Chaco salteño. En los últimos 10 años el agronegocio implantó un millón de hectáreas de soja transgénica, maíz y porotos, a costa de la devastación de 1.200.000 hectáreas de monte chaqueño, selva de yunga y bosque del

"Umbral del Chaco". La tasa de deforestación del 2,5% de los bosques nativos remanentes por año es la más alta del mundo. Se arrancan 100 mil hectáreas por año.



Entonces cuando llueve "no se agarra bien el agua". Es que no están los montes que sostienen el agua en las copas, que la absorben, que le permiten una llegada tranquila al suelo sediento. Sin los montes ese suelo se transforma en piso de cemento, agotado por el sol y el monocultivo. Y el agua resbala y sigue, enloquecida, hacia las comunidades y se lleva las casitas precarias.

"Es un peligro que estamos pasando como todos los años. Es la preocupación más grande como cacique. Hace poco falleció un vecino mío de 18 años, cuando creció el río. Recién apareció su cuerpecito una semana después", lamenta Mendoza. "Hay una cadena de corrupción para esconder todo. Nos estamos enfrentando a un tigre muy poderoso". En la comunidad se dedican "a la recolección de frutas; hacemos artesanías para poder vender. Recolectamos miel de abejas y como ahora el río está crecido no podemos pescar nada".

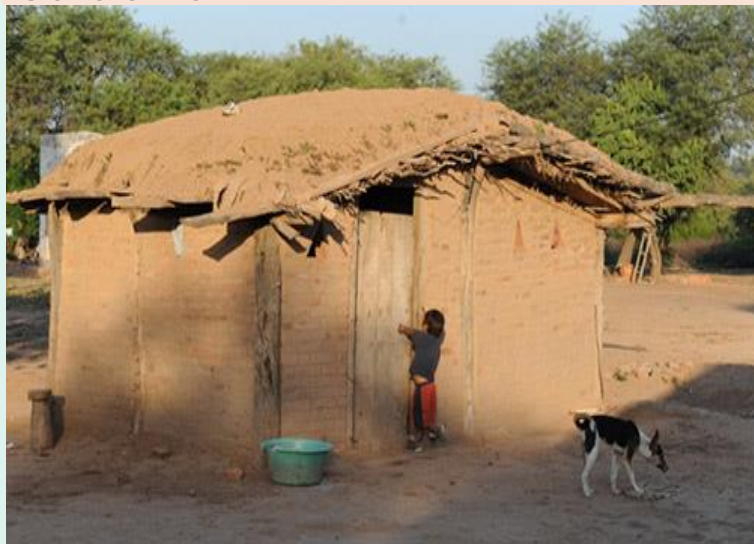
En estos días, equipos de salud del gobierno salteño encontraron más de 50 niños en "riesgo nutricional" en cinco localidades del norte que incluyeron a Santa Victoria Este. Rastrillajes sanitarios *pour la gallerie* de los que Rodolfo Franco –a cargo de la salud de 8 mil personas, la mayoría con hambre- descrece amargamente.

El médico admite que, a partir de lo que lee como algunas mejoras, "la situación sigue siendo muy crítica porque la gente no tiene ingresos. Una chica tuvo familia acá y le digo ¿tenés pañales? y no tenía nada, no tenía un peso para comprar nada. Con mi señora le dimos pañales y un poco de ropa y con eso se fue del hospital. No tenían nada".

A partir de esas historias Franco decidió armar en su casa un sistema para cocinar y que unas 150 personas puedan alimentarse dos veces por semana. "La mayoría vive así porque no hay ingresos. Vienen a comer a casa los jueves y los sábados y se llevan alguna mercadería que conseguimos".

"Ellos vivían haciendo artesanías y muebles de madera, pero hoy nadie se los compra, el poco ingreso que tenían ya no lo tienen. Entonces comen, con suerte, una vez por día". Dice el médico: "la distribución de comida es para las embarazadas, los niños y los discapacitados, pero el resto de la gente también come". Pinta con crayones rojos la indolencia de los funcionarios: "es un gobierno conservador, el mismo de Patrón Costas, Romero y Urtubey. Todos patrones de estancia. Actúan con indiferencia. Cuando ya la sangre les salpica en la cara hacen algo, pero si no nunca. Cuando asumió (el gobernador Gustavo) Sáenz, muy relacionado con Urtubey, si yo hubiera sido él salía yo mismo con un

camión a repartir para que no se murieron todos los chicos que murieron el año pasado. Pero no lo hizo”.



El sistema de salud está permanentemente semicolapsado. Aunque aún no ha llegado al norte el rebote del covid que ya sufren capital y conurbano, “todo está siempre a media máquina. Los médicos que tienen que estar de 7 a 13 atienden de 8 a 10. Así no se curan las necesidades de la población. Cuando llegan nuestros colectivos al hospital de Embarcación a las 10, se perdieron todos los turnos. Y cuesta mucho conseguirlos”. La desidia que ya no es del gobierno, sino que se extiende a la

burguesía criolla, para Franco es clara: “hay una idiosincracia de elite conservadora en las clases sociales que se creen superiores a las más bajas; cualquiera que tiene un poquito de estudio ya se cree el rey de Francia. A ellos el originario no le importa en absoluto, lo desprecian. Hay un racismo espantoso”. Entonces “le dan un turno a las 7 a una persona que vive a 50 km. Muchos duermen en la plaza de Embarcación para llegar al turno de la mañana”.

Por eso y tantas otras cosas cien mujeres y hombres de Misión Chaqueña se llevan dos veces por semana, “la comida en ollitas” de la casa del doctor. Y comen más de 150. “Yo las veía llegar con chicos muy flaquitos a la salita. Y les preguntaba cuando le das de comer ¿qué le pasa?. No, es que no tenemos comida, no cenamos. ¿Y almorzar? No almorzamos. Ayer no comimos nada, por ejemplo. ¿Qué hago yo con esto? El hambre se cura con comida”.

Así como “me parte al medio que la mamá no tuviera un pañal para su hijo, tengo 25 personas con artritis reumatoidea y no consigo que el gobierno me mande los tratamientos. Me piden foto del dni, de la receta pero no me lo mandan. Las mujeres aborígenes tienen más incidencia en la artritis reumatoidea que las blancas, pero el gobierno ni se inmuta”.



En el verano del año pasado una veintena de chiquitos wichís murió de enfermedades directamente vecinas del hambre y del consumo de agua contaminada. La pandemia, cuando todo fue covid o no fue, silenció ese hambre y los escondió bajo su propia miseria. Ellos se hicieron visibles en medio de la hegemonía criolla con sus marchas a la linda capital de una provincia empobrecida en su población

más olvidada. O los ignoraron o les pegaron. Y sigue sin haber agua. Y si la hay, es marrón, contaminada por los jugos del agronegocio. Crecen y pierden los dientes, tienen diarreas, parásitos y herpes que se quedan a vivir, el chagas es una endemia histórica, los mosquitos le depositan el dengue en el patio de las casillas. Y el covid es un detalle, apenas. Los wichís salteños determinan a Salta como la provincia con mayor población originaria. Que sobreviven con la venta de carbón y artesanías, que no hablan el mismo idioma del dominador, que descreen de su medicina porque ellos tenían sus hierbas y sus mieles en el corazón del bosque que le robaron, que son víctimas de ese opresor que primero les saqueó su cultura y después los acusa de morirse por un problema cultural.

NOTICIAS DE INTERES

Ismael Bermúdez entrevista a Rubén Torres <https://t.co/BsrMzkWbFC?amp=1>

Rubén TORRES. Médico sanitarista. Magister en sistemas de salud y seguridad social. Ex Gerente del área de sistemas de salud basados en la APS, de la OPS.

La ONU advierte del riesgo de comprar vacunas “truchas” contra el coronavirus en internet. Las ventas ilegales de dosis en la deep web pueden contener material tóxico muy nocivo para la salud. https://www.clarin.com/sociedad/onu-advierde-riesgo-comprar-vacunas-truchas-coronavirus-internet_0_EHZwCfJEn.html

La OMS advirtió que los países ricos distribuyen vacunas y los pobres esperan. El máximo dirigente del organismo sanitario internacional de Naciones Unidas advirtió que el mundo "se enfrentaba a un fracaso moral catastrófico si no cumplía con la equidad de las vacunas". <https://www.telam.com.ar/notas/202101/542687-los-paises-ricos-distribuyen-vacunas-y-los-pobres-esperan-advierde-la-oms.html>

Las recomendaciones de la OMS para quienes tuvieron coronavirus pero siguen con síntomas. El organismo analiza definirlo como una nueva enfermedad. <https://www.pagina12.com.ar/319770-las-recomendaciones-de-la-oms-para-quienes-tuvieron-coronavi>

OMS: segunda dosis de la vacuna de Moderna puede administrarse a las seis semanas. El grupo asesor SAGE dijo que si bien lo ideal es aplicársela a los 28 días, se puede postergar el espacio hasta 42. Pero aún no recomiendan su aplicación prioritaria para viajeros internacionales. <https://www.ambito.com/vacuna/oms-segunda-dosis-la-moderna-puede-administrarse-las-seis-semanas-n5165310>

Fondo COVAX: cuáles son y cuándo llegarán los otros 9 millones de vacunas que anunció el Gobierno. La entrega de esa cantidad de dosis está prevista de acá a julio. Cómo funciona esta iniciativa que impulsan la OMS y la fundación de Bill Gates. https://www.clarin.com/sociedad/fondo-covax-llegaran-9-millones-vacunas-anuncio-gobierno_0_qTergE84P.html

Aborto legal vigente en toda la Argentina: los escenarios que se presentan en cada provincia. No existe un protocolo único de aplicación de la norma por el momento y queda a criterio de cada territorio provincial definir de qué modo lo

hará. https://www.clarin.com/sociedad/aborto-legal-vigente-toda-argentina-escenarios-presentan-provincia_0_Jk6Mle1I3.html

Confirmaron en Salta casos de pacientes con “coronadengue” y

“coronasalmonella”. Las autoridades sanitarias de la provincia notificaron que 7 personas se contagiaron salmonella y coronavirus a la vez mientras que otros 2 pacientes presentan COVID-19 y dengue en simultáneo. <https://www.infobae.com/salud/2021/01/24/confirmaron-en-salta-casos-de-pacientes-con-coronadengue-y-coronasalmonella/>

Villa Gesell incorpora la Agenda 2030 a su gestión municipal. Nuevo acuerdo para la localización de los Objetivos de Desarrollo

Sostenible. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/villa-gesell-incorpora-la-agenda-2030-su-gestion-municipal>

"La protección contra el Covid-19 de la primera dosis de la vacuna de Pfizer es menos efectiva de lo que la empresa informó". Esa fue la sentencia del máximo responsable de la campaña contra el coronavirus en Israel, Nachman Ash, quien aseguró que 12.400 personas dieron positivo en el test de coronavirus después de recibir la primera dosis de la vacuna, incluso 69 de ellas habían recibido la segunda dosis, por lo que Ash puso en duda que sea efectiva frente a las nuevas variantes del virus.

[LEER MÁS Italia demanda a Pfizer por demorar la entrega de vacunas | El país recibió un 29 por ciento menos de las dosis pactadas](#)

[LEER MÁS Coronavirus: la cepa británica fue detectada en 60 países | De acuerdo con los registros de la OMS](#)

Ante este panorama, el epidemiólogo propuso extender la cuarentena hasta el 4 de febrero, pese a que Israel es el país con el mayor porcentaje de personas vacunadas, con 2,4 millones de dosis aplicadas. Cabe recordar que Pfizer había informado que la vacuna tenía una efectividad de alrededor del 52 por ciento después de la primera dosis, y que esta aumenta a alrededor del 95 por ciento después de la segunda dosis. Sin embargo, la jefa del departamento de salud pública del Ministerio de Salud, Sharon Alroy-Preis, indicó que el porcentaje era levemente menor (50 por ciento) tras la primera dosis. Por su parte, el mayor proveedor de servicios de salud de Israel, Clalit, **había entregado información complementaria, que indicaba que el nivel de efectividad era del 33%.**

Las dudas sobre el nivel de efectividad de la vacuna surgió porque los números de casos diarios y de casos graves no se redujeron de acuerdo a lo esperado por las autoridades sanitarias del país.

Cuarenta y ocho horas atrás, el propio Ash había adelantado la creación de un "pasaporte verde" de circulación para los ciudadanos que tuvieron aplicadas las dos dosis de la vacuna.

Según las autoridades, el problema puede radicar en que las variantes más contagiosas del virus, en particular la cepa británica, está impactando en la efectividad de inmunización de la vacuna de Pfizer-BionTech, aunque los especialistas preveían que la aparición de nuevas cepas no modificaría los niveles de inmunización.

[LEER MÁS En diciembre una de cada ocho personas en el Reino Unido tenía coronavirus | Crecimiento de casos por la nueva variante](#)

Ash, según informó la *agencia AJN*, sostuvo ante las autoridades sanitarias que la variante británica del coronavirus está detrás del 30 por ciento de las infecciones actuales y se convertirá en la cepa dominante en Israel dentro de semanas, por lo que recomendó extender la cuarentena nacional por dos semanas hasta el 4 de febrero.

El Ministerio de Salud israelí **confirmó un récord de 10.021 infecciones en las últimas 24 horas, mientras que la tasa de positividad de los testeos se encontraba en el 10 por ciento, por primera vez en más de tres mese**

OTRAS INFORMACIONES Y LINCS DE INTERES

Innovación y Desarrollo productivo en la era del Covid-19. Lecciones de 2020 y desafíos de 2021

<https://click.mail.iadb.org/?qs=f1ff162d82f9725795589eae2ccb7272559bbcf3b207d8fd51b6cf4e17bbb62a2ac842c27fca280a4b88569c63578e65b5740f27dcccddbbedd08fb7994e88114>

Revista Medicina. Volumen 80. Suplemento Nro. 6 -2020. Acceder a todos sus contenidos. Ver aquí www.revistasam.com.ar

LA ANMAT APROBÓ EL PRIMER TEST ARGENTINO PARA LA DETECCIÓN RPAPIDA DE COVID-19

Se trata de un desarrollo del consorcio CINDEFI-Bamboo, mejorado por el INTI. En 5 minutos permite saber si una persona está o estuvo infectada con el virus SARS-CoV-2 y servirá para realizar estudios poblacionales a gran escala, mapeo y segregación de áreas

- La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó el primer test rápido serológico creado por científicos argentinos del Centro de Investigación y Desarrollo en Fermentaciones Industriales (CINDEFI CONICET, La Plata) que permite saber en cinco minutos si una persona está o estuvo infectada con el nuevo coronavirus. El Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI) “aportó al nuevo producto la provisión de un insumo clave que se emplea en el proceso de obtención de una proteína del coronavirus”, informó en un comunicado el organismo. En el marco de la actual pandemia de coronavirus y ante el aumento de casos, una de las acciones clave para controlar la propagación del coronavirus es la realización de testeos. “Teniendo en cuenta esta demanda, científicos del consorcio CINDEFI-Bamboo desarrollaron el primer test serológico rápido nacional, que mediante una gota de sangre indica si la persona está o estuvo en contacto con el virus SARS-CoV-2”, agrega la información del INTI. La herramienta diagnóstica se creó con la finalidad de hallar individuos infectados y trazar redes de contactos. Cuenta con características similares a los conocidos test de embarazo, posibilita obtener resultados en apenas cinco minutos. El dispositivo se comercializaría con el nombre de FarmaCov test. Desde el INTI explicaron que desde el consorcio se contactaron con ellos porque “necesitaban sustituir

importaciones de un insumo conocido como IPTG (Isopropil-β-D-1-tiogalactopiranosido), para inducir la producción de la proteína N del coronavirus. Esta proteína se coloca en las tiras reactivas del test y es clave porque al ponerse en contacto con la sangre de la persona testada permite detectar la presencia de anticuerpos -en caso de tenerlos indicaría que el virus ingresó a su organismo”, detalló Laura Hermida, subgerenta de Industria y Servicios del INTI, quien integró el equipo de trabajo junto a especialistas de los sectores de Química y Biotecnología. “El nuevo test rápido hará posible realizar estudios poblacionales a gran escala, mapeo y segregación de áreas. Podrá utilizarse, por ejemplo, en plazas, colectivos y escuelas para separar rápidamente a los positivos, a quienes luego se les podrá realizar un hisopado para aislar a los que están cursando actualmente la enfermedad”, abundó el INTI .

“Estos test actualmente existen pero la mayoría son importados de Oriente. El nuevo producto tiene un costo accesible que se calcula entre 5 y 7 dólares y permite ir siguiendo la infección de una manera activa, en lugar de atacarlo de forma pasiva sólo centrado en pacientes con síntomas”, destaca por su parte Sebastián Cavalitto, del CINDEFI.

“El desarrollo del insumo desde INTI acompaña al proyecto en la sustitución de importaciones, clave para que el test pueda tener un precio accesible”, concluyó Hermida.

Como resultado de la experiencia, la científica anticipa que “a futuro, está previsto transferir la tecnología de producción (del IPTG) para que una empresa nacional pueda fabricarlo”.

- **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>

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).

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

[Cancelar la suscripción](#)

INSCRIPCIÓN 2021 - PREGUNTAS FRECUENTES

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

Procedimiento:

Para integrar la AASAP como miembro ordinario o adherente es necesario llenar el formulario de suscripción y abonar la cuota correspondiente una vez haber sido admitido. Es conveniente recordar que el interesado debe tener más de 21 años, y estar identificado con los objetivos de la AASAP. El procedimiento institucional es el siguiente: una vez recibida la solicitud de inscripción, la Comisión Directiva -tal como determina el estatuto de nuestra entidad- decidirá si acepta o rechaza el ingreso sin obligación de manifestar las causas de su decisión en este último caso. Formulario de inscripción: Acceda aquí haciendo [clic](#)



INVITACION

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

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

!!!RECORDATORIO 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.